



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESTÁNDAR DE EMDR EN UN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS HOSPITALIZACIÓN EN UCI

M. Vega Trujillo López, Auxiliadora Brea Paez, Irene Casanova Menal

vegatrujlop@gmail.com

TEPT, EMDR, estimulación bilateral, trauma, recuerdos traumáticos.

PTSD, EMDR, bilateral stimulation, trauma, traumatic memories.

RESUMEN

El siguiente trabajo muestra la intervención realizada a nivel ambulatorio en una USMC a una mujer de 33 años que presentaba sintomatología compatible con un Trastorno de Estrés Postraumático que inició al alta de un ingreso en UCI durante 5 meses, tras un rechazo de trasplante aislado de páncreas.

Esta se llevó a cabo mediante terapia con EMDR, que se encuentra avalada por guías internacionales y por la OMS para el tratamiento del trauma. Se basa en la comprensión del efecto de las experiencias vitales adversas y traumáticas sobre la patología y en el procesamiento de dichas experiencias a través de procedimientos estructurados que incluyen movimientos oculares u otras formas de estimulación bilateral. Su aplicación se ha extendido a un amplio rango de problemas clínicos.

Realizamos entrevista clínica para profundizar en la evaluación de los síntomas y confirmar el diagnóstico de TEPT, realizando diagnóstico diferencial con otros trastornos que se recogen dentro de los Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en el DSM-5.

Aplicamos el Protocolo estándar de EMDR, que consta de 8 fases (1. Historia de la paciente, 2. Preparación y estabilización, 3. Medición del recuerdo, 4. Desensibilización, 5. Instalación, 6. Chequeo corporal, 7. Cierre y 8. Reevaluación). Las dos primeras se llevan a cabo al inicio, mientras que de la fase 3 a la 8 se repiten con cada recuerdo en cada sesión.

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESTÁNDAR DE EMDR EN UN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS HOSPITALIZACIÓN EN UCI

A continuación se explica detalladamente el uso de la técnica con el peor recuerdo relacionado con el suceso traumático, así como la evolución favorable que tuvo la paciente a lo largo de 12 sesiones.

Concluyendo que el EMDR es un tratamiento eficaz para el tratamiento del TEPT.

ABSTRACT

The following work shows the intervention performed at an outpatient level in a USMC to a 33-year-old woman who presented symptomatology compatible with a Post Traumatic Stress Disorder that started at discharge from an ICU admission for 5 months, after an isolated pancreas transplant rejection.

This was carried out by means of EMDR therapy, which is endorsed by international guidelines and by the WHO for the treatment of trauma. It is based on understanding the effect of adverse and traumatic life experiences on the pathology and processing these experiences through structured procedures that include eye movements or other forms of bilateral stimulation. Its application has been extended to a wide range of clinical problems.

We conduct a clinical interview to further evaluate the symptoms and confirm the diagnosis of PTSD, performing differential diagnosis with other disorders that are included in the Trauma and Stress Related Disorders in the DSM-5.

We apply the standard EMDR Protocol, which consists of 8 phases (1. Patient's history, 2. Preparation and stabilization, 3. Desensitization, 5. Installation, 6. Body check, 7. Closure and 8. Re-evaluation) The first two are carried out during the first consultations, and 3 to 8 are repeated with each memory in each session.

The use of the technique with the worst memory related to the traumatic event is explained in detail below, as well as the favorable evolution of the patient throughout 12 sessions.

It is concluded that EMDR is an effective treatment for the treatment of PTSD.

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESTÁNDAR DE EMDR EN UN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS HOSPITALIZACIÓN EN UCI

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Estrés Postraumático (en adelante TEPT) implica reacciones continuas y prolongadas relacionadas con acontecimientos pasados, que incluyen miedo, sensación de vulnerabilidad o de horror intenso.

Las reacciones ante el estrés pueden ser adaptativas, pero en ocasiones llegan a provocar trastornos si estas son repetidas y/o muy intensas. Es el caso de los recogidos en el Manual Diagnóstico para los Trastornos Mentales DSM-5 como Trastornos Relacionados con traumas y factores de estrés, que incluye el Trastorno de apego reactivo, el Trastorno de relación social desinhibida, el Trastorno de Estrés Postraumático, el Trastorno de estrés agudo y los Trastornos Adaptativos.

El TEPT que es el que nos ocupa en el caso clínico que expondré, se describe como: [SEP]

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes (Experiencia directa del suceso traumático, presencia directa del suceso ocurrido a otros, conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo, exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático).

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): (Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático. [SEP] Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño esta relacionado con el suceso traumático. [SEP] Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático). [SEP]

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras el suceso traumático (*). [SEP]

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después del suceso (*). [SEP]

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

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESTÁNDAR DE EMDR EN UN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS HOSPITALIZACIÓN EN UCI

(Comportamiento irritable y arrebatos de furia. Comportamiento imprudente o autodestructivo. Hipervigilancia. Respuesta de sobresalto exagerada. Problemas de concentración. Alteración del sueño).

F. La duración de la alteración es superior a un mes.^{[1][2]}_[SEP]

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.^{[1][2]}_[SEP]

H. No se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

^{[1][2]}_[SEP]

Especificar si existe despersonalización o desrealización.^{[1][2]}_[SEP]

Se trata por tanto, de una reacción tras la exposición a un hecho potencialmente mortal, con peligro de muerte o de heridas graves, o de amenaza a su integridad física o la de otro.

El Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) mantiene que existen varios tratamientos para el Trastorno de Estrés Posttraumático en adultos , dos de los cuales se recomiendan como respuesta de primera línea: la Terapia Cognitivo- Conductual centrada en el trauma y el EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares).

En 2013 la OMS declaró el EMDR como una de las técnicas más efectivas y de primera elección tras un evento traumático y son numerosos los estudios científicos que lo avalan como un tratamiento con evidencia para el TEPT.

El foco del EMDR está en que el recuerdo de la experiencia traumática es lo que ha contribuido al desarrollo de la patología actual del paciente.

La sintomatología se concibe como recuerdos no procesados. Para explicarlo se basa en el Modelo AIP (Procesamiento Adaptativo de la Información) de F. Shapiro que defiende que las experiencias negativas del pasado, quedan atrapadas en el cerebro y no cambian con el paso del tiempo.

Es decir, que cuando ocurre un suceso traumático, parece que este almacena las imágenes, las emociones y las sensaciones en el cerebro del mismo modo que entraron, haciendo que las personas lo revivan y reaccionen con la misma intensidad, a pesar de que el suceso ya no este presente. Eso nos indica que el material se ha guardado de forma aislada, no permitiendo el cambio, al no estar conectado a la red de memoria funcional.

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESTÁNDAR DE EMDR EN UN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS HOSPITALIZACIÓN EN UCI

En EMDR, es el recuerdo traumático lo que se trata terapéuticamente, comprendiendo el efecto que las experiencias vitales adversas han tenido sobre la patología y procesándolas a través de procedimientos estructurados que incluyen movimientos oculares u otras formas de estimulación bilateral.

Además de al TEPT su aplicación se ha extendido a un amplio rango de problemas clínicos.

Por todo lo expuesto anteriormente, voy a presentar un caso clínico de una chica con diagnóstico de TEPT y el tratamiento realizado con ella con El Protocolo Estándar de EMDR

DESCRIPCIÓN DEL CASO

María de 33 años acudía a la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) derivada por su médico de atención primaria por presentar sintomatología ansiosa de casi un año de evolución.

Refería el inicio de la misma al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en la que estuvo ingresada durante 5 meses tras rechazo de trasplante de páncreas aislado.

Este había sido propuesto tras evolución tórpida de la enfermedad (Diabetes Tipo 1 inestable con resistencia grave a insulina subcutánea) que le fue diagnosticada a los 12 años de edad.

Además de las múltiples limitaciones físicas, así como las complicaciones (polineuropatía diabética y retinopatía diabética) que la paciente verbalizaba como consecuencia y como parte de su enfermedad (tratamiento con infusión continua de insulina ambulatoria), refería sintomatología ansiosa muy intensa que relacionaba directamente con su estancia en la UCI.

Describía nerviosismo constante, hiperalerta ante sus síntomas corporales, recuerdos frecuentes sobre el ingreso hospitalario, insomnio, pesadillas y ocasionales crisis de pánico tanto inesperadas como con desencadenante previo (estímulos relacionados con centros sanitarios, especialmente con la realización de pruebas sin acompañamiento por familiares).

Negaba antecedentes familiares o personales de salud mental. Refería buena adaptación y aceptación de su proceso de enfermedad. En situación de Incapacidad Absoluta Permanente, en ese momento no realizaba ninguna actividad a nivel laboral ni escolar.

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESTÁNDAR DE EMDR EN UN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS HOSPITALIZACIÓN EN UCI

Contaba con numerosos recursos personales, de apoyo social y familiar y de ocio (labores de costura, moda, música, fotografía) que le funcionaban como estrategias distractoras y estabilizadoras.

Convive con sus padres y dos hermanas. Tiene otra hermana independizada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Realizamos entrevista clínica para profundizar en la evaluación de los síntomas ansiosos y confirmar el diagnóstico de TEPT.

Completamos la formulación del caso, valorando y reforzando las estrategias y capacidades con las que cuenta María, y que van a ser aliadas para el éxito terapéutico.

Decidimos abordar la intervención desde el EMDR al cumplir las características para ser beneficiaria de dicha técnica.

Seguimos el Protocolo Básico que explicaremos a continuación.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y JUICIO CLÍNICO

Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial cuando trabajamos con sintomatología reactiva a una situación traumática, ya que tanto la presentación del malestar como el tiempo y la relación que tiene con el suceso traumático va a determinar la intervención y el abordaje terapéutico. En este caso cumplía criterios claros de TEPT y decidimos intervención con EMDR (Desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular).

Realizamos diagnóstico diferencial con Trastorno de Estrés Agudo, Trastorno de adaptación con ansiedad y Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado, encontrando que la sintomatología encajaba mucho mejor con los criterios de TEPT ya que:

En este caso la paciente había estado expuesta de forma directa a una situación real de enfermedad que amenazó su vida (Criterio A). En la actualidad describía presencia de síntomas intrusivos asociados al evento traumático (Criterio B) (recuerdos angustiosos recurrentes con su estancia en la UCI, pesadillas continuas, crisis de ansiedad ante situaciones que simbolizan el suceso traumático), evitación continua a estímulos

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESTÁNDAR DE EMDR EN UN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS HOSPITALIZACIÓN EN UCI

relacionados (Criterio C) (hospitales, conversaciones sobre salud o enfermedades), estado emocional negativo persistente y disminución en la participación de actividades (Criterio D), así como alteración de la alerta y la reactividad asociada al trauma (Criterio E) (hipervigilancia, alteración del sueño y respuesta exagerada de sobresalto). Y Todo esto llevaba ocurriendo desde hacía un año y causándole un malestar clínicamente significativo.

TRATAMIENTO

Se aplica una psicoterapia con EMDR enfocada a la resolución de la sintomatología traumática, con el objetivo a corto plazo de que la paciente pueda someterse a los procedimientos y tratamientos médicos que requiere con menor nivel de angustia y malestar posible.

El componente central de la intervención es el Protocolo Estándar de EMDR, cuyo núcleo consiste en la transmutación de las experiencias almacenadas de modo disfuncional, hacia una resolución adaptativa que favorezca la salud psíquica.

Consta de ocho fases. Las dos primeras consisten en la formulación del caso (completar la historia de la paciente) y la preparación y estabilización del cuadro clínico si fuera necesario.

En el caso de María, necesitamos dos sesiones para completarlas.

Cumplimentamos el consentimiento y la Escala DES (Síntomas Disociativos), realizamos psicoeducación e información de la técnica y trabajamos expectativas y recursos (lugar seguro, señal de Stop).

En la escala obtuvo una puntuación de 18, señalando principalmente síntomas de disociación relacionados con su estancia en la UCI.

Una vez finalizada la comprensión y contextualización de la sintomatología de María, reforzamos sus habilidades y estrategias, comprobamos su estabilización, acordamos los objetivos a trabajar y pasamos a la fase 3.

Como he comentado anteriormente, el protocolo básico consta de 8 fases, dos de las cuales (la fase 1 y la fase 2) se completan y superan en las primeras sesiones de la intervención, mientras que de la fase 3 a la 8, se repite en cada sesión y con cada recuerdo a trabajar (diana).

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESTÁNDAR DE EMDR EN UN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS HOSPITALIZACIÓN EN UCI

Con una intención didáctica, me centraré en el primer recuerdo trabajado en la tercera consulta.

Al ser el factor precipitador una T, es decir, una situación real de amenaza, decidimos acceder al peor recuerdo.

Comenzamos la fase 3 (Medición), con el objetivo de evaluar y medir como está el recuerdo almacenado y si este se encuentra o no procesado. Son varios los aspectos a evaluar (la peor imagen del recuerdo, la creencia negativa, la creencia positiva, el VOC, la emoción, el SUDS y la sensación corporal) de cada diana.

Decidimos acceder al recuerdo de su estancia en la UCI, al tratarse del más perturbador y que más influencia tenía sobre su estado presente.

Comenzamos con la imagen más perturbadora de dicho recuerdo: "es un momento en el que me encuentro en la cama de la UCI tumbada, sola, entubada y es el momento del despertar...no se si es de día de noche, solo noto que en mi cuerpo algo no va bien...y siento mucho frío, soledad y miedo a la muerte...".

La creencia negativa actual, que se forjó en el momento del trauma es "soy débil, temerosa". Dudamos en utilizar la cognición "estoy todavía en peligro" que también era adecuada, pero decidimos finalmente trabajar con la falta de control, ya que las cogniciones asociadas al peligro las íbamos a abordar en posteriores recuerdos.

La creencia positiva deseada es "soy fuerte", cuya validez (VoC) al inicio es de 3, siendo 1 completamente falsa y 7 completamente verdadero.

Las emociones asociadas a la diana eran impotencia y miedo. Y la perturbación que le genera (SUDS) de 10, siendo 0 ninguna perturbación y 10 la perturbación más alta, localizándola en el cuerpo en el pecho y los brazos.

Una vez completada la medición de la diana, pasamos a la fase 4, la de desensibilización, que consiste en el procesamiento de la experiencia y los disparadores hacia una resolución adaptativa. Es la fase en la que iniciamos la estimulación bilateral. En este caso elegimos el tapping (estimulación táctil: golpeando con suavidad las rodillas de la paciente alternando derecha e izquierda) por manifestar la paciente dificultades con los movimientos oculares.

Las instrucciones que damos antes de comenzar son las siguientes: " Lo que haremos es un simple chequeo sobre lo que estas experimentando.

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESTÁNDAR DE EMDR EN UN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS HOSPITALIZACIÓN EN UCI

Necesito saber exactamente lo que sucede, tan claro como sea posible. A veces las cosas cambian y a veces no. No hay "supongo que" en este proceso. Así que lo que necesito es la retroalimentación tan exacta como puedas de lo que ocurre, sin juzgar si debería estar sucediendo o no. Deja que lo que tenga que pasar, pase. Traiga a su mente esa imagen, esas palabras negativas "soy débil, temerosa" y registre donde lo estas sintiendo en tu cuerpo" e iniciamos el tapping. Una vez terminada la tanda le preguntamos "¿Qué le viene a la mente ahora? o ¿Qué está notando ahora?".

Al presentar el procesamiento como objetivo, realizamos tandas de 25-30 movimientos hasta que no quede ninguna perturbación al traer el recuerdo (SUD=0).

Durante la primera sesión, María verbalizó angustia, sensaciones corporales variadas y en una ocasión recurrió a la señal de stop para solicitar parar el procesamiento.

Utilizamos recursos estabilizadores, analizamos lo que estaba surgiendo y recordamos información sobre la técnica para minimizar temores.

Comentaba que volver a experimentar la sensación de frío, la acercaba de nuevo a la sensación de muerte y eso le producía terror. Reforzamos el doble foco, anclándola al presente durante el recuerdo del pasado. Decidió continuar con la estimulación bilateral.

A lo largo de la sesión fueron apareciendo movimientos y cambios que indicaban que el procesamiento se estaba produciendo. No obstante, cerramos la sesión incompleta (fase 7, cierre) , ya que no pudimos continuar con la fase 5 (instalación) y fase 6 (examen corporal) al no desaparecer la perturbación SUD=5 y VOC=7.

En este caso después del trabajo que la paciente había realizado y el nivel de activación vivido, decidimos finalizar con el recurso del lugar seguro.

Es muy frecuente, que en recuerdos muy traumáticos, se necesiten varias sesiones para poder completar el procesamiento.

En la siguiente sesión, comenzamos con la fase 8 de re-evaluación, accediendo nuevamente a ese target (recuerdo sola en UCI) de la sesión anterior para evaluar si sigue teniendo perturbación. Había bajado a un SUD=4 y VOC=6, por lo que debíamos volver al recuerdo nuevamente.

Necesitamos dos sesiones para conseguir que el recuerdo no le generara perturbación, debido al elevado impacto que había tenido sobre la seguridad de la paciente.

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESTÁNDAR DE EMDR EN UN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS HOSPITALIZACIÓN EN UCI

Además en varias ocasiones presentó abreacciones (perturbación emotiva de elevada intensidad que pueden ocurrir cuando el paciente revive una parte de la experiencia traumática. La información está saliendo en ese momento e integrándose con el resto del recuerdo de la experiencia). Estas abreacciones se resolvieron de forma espontánea alargando el set de estimulación bilateral.

Este fue el comienzo del tratamiento con EMDR con esta paciente. Comenzamos procesando situaciones pasadas, para posteriormente procesar los miedos presentes y escenas futuras, aunque muchos de los síntomas y las dificultades fueron remitiendo a medida que avanzábamos la intervención.

Debido a la presencia de su enfermedad y la necesidad de exponerse a las situaciones temidas (pruebas médicas, ingresos hospitalarios..) fuimos comprobando la disminución del malestar y la angustia frente a las mismas, aspecto que motivó y reforzó el efecto del tratamiento.

EVOLUCIÓN

En 12 sesiones, la mejoría de María era muy evidente, así como su satisfacción en relación con su estado general y calidad de vida.

Su exposición y revisiones en el centro hospitalario cursaban sin angustia y sin crisis de pánico, redujo el uso de benzodiazepinas y decidió iniciar una actividad formativa con el objetivo de mantenerse más activa y trabajando por un proyecto al margen de las limitaciones de su enfermedad.

También comenzó a hacer manualidades, que vendía, con el fin de donar a una asociación que invertía en investigación sobre diabetes, aspecto que le generaba una cierta sensación de control y esperanza.

Refería que el cese de las pesadillas que tenía con frecuencia diaria y relacionadas con su estancia en la UCI, no le permitían encontrarse descansada y activa durante el día, por lo que de forma progresiva había ido abandonando tareas así como aislándose.

En la actualidad, mantenemos sesiones trimestrales de acompañamiento a su proceso de enfermedad con recursos de otros enfoques terapéuticos.

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESTÁNDAR DE EMDR EN UN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS HOSPITALIZACIÓN EN UCI

CONCLUSIÓN

El EMDR es un tratamiento eficaz para el abordaje de los TEPT. Además cuando existe un buen ajuste de la persona previo al suceso traumático, y este se trata de una T, la respuesta a la técnica se observa desde las fases iniciales, aspecto que no solo produce una mejoría en la psicopatología de los pacientes, sino que contribuye a su satisfacción y motivación.

En el caso de María, se confirma el beneficio del uso de esta técnica frente a otras para tratar su problemática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Bisson, J. L., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *The British journal of psychiatry*, 190(2), 97-104.
3. Haour F and Beaurepaire C. Summary: Scientific evaluation of EMDR pschotherapy. *Encephale*. 2016; 42(3): 284-288.
4. Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
5. Shapiro, F. (2013). *Supera tu pasado: Tomar el control de la vida con el EMDR*. Kairós.
6. Shapiro, F. (2017). *Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. Pax Mexico.