

Volumen VI
Número 2
Septiembre
2016



*Overcoming
bereavement with
EMDR. A case*

Superación del duelo con EMDR A propósito de un caso

Maria Mayordomo Rabanal

Licenciada en Psicología

Experto en Psicoterapia Breve con niños y adolescentes y
Máster en Clínica e Intervención en Trauma con EMDR
por la SEMPYP

Abstract: *The dejection and sadness produced by the death of a beloved person can be palliated with EMDR (eye movements desensitization and reprocessing), a technique with we can process in a conscious way the traumatic situation to get over it.*

To achieve it, we work on the lost and the traumatic circumstances in which the patient found his mother's body. We have a case of big trauma ("T" trauma).

Thanks to EMDR, the patient process the traumatic incident through to an "adaptative resolution". It allows the patient to retrieve the positive memories and focus on love for the beloved person.

Keywords: *EMDR, trauma, loss, bereavement.*

Resumen: La sensación de abatimiento y tristeza producida por el fallecimiento de un ser querido puede ser paliada gracias a la aplicación de EMDR (desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares), una técnica que permite procesar de manera consciente un hecho traumático para superarlo.

Para conseguirlo, trabajamos además de la pérdida en sí, las traumáticas circunstancias en las que el paciente descubre la pérdida de su progenitora, encontrándonos ante el caso de un trauma con "T" mayúscula.

Gracias a EMDR, conseguimos que el paciente procese el incidente traumático llegando a una "resolución adaptativa" que le permita recuperar los recuerdos positivos y focalizar en el amor hacia la persona querida.

Palabras clave: *EMDR, duelo, pérdida, trauma.*

INTRODUCCIÓN A EMDR

El EMDR (**Desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares**) es un abordaje psicoterapéutico en el tratamiento de las dificultades emocionales causadas por experiencias difíciles en la vida del sujeto, desde fobias, ataques de pánico, muerte traumática y duelos o incidentes traumáticos en la infancia hasta accidentes y desastres naturales. También se usa EMDR para aliviar la angustia y/o la fobia de hablar en público, para mejorar el rendimiento en el trabajo, en los deportes y en las interpretaciones artísticas.

EMDR como método combina elementos teórico-clínicos de orientaciones tales como el psicoanálisis, cognitivo-conductual y otras. Para muchos pacientes EMDR resulta de mayor ayuda para sus problemas que otras terapias convencionales. En 1987, **Francine Shapiro**, psicóloga norteamericana, descubrió que los movimientos oculares voluntarios reducían la intensidad de la angustia de los pensamientos negativos. Inició una investigación (**Shapiro**, 1989) con sujetos traumatizados en la guerra de Vietnam y víctimas de abuso sexual para medir la eficacia del EMDR. EMDR reducía de manera significativa los síntomas del Trastorno por Estrés Post Traumático en estos sujetos.

En el proceso con EMDR, el terapeuta trabaja con el paciente para identificar un problema específico que será el foco del tratamiento. El paciente describe el incidente traumático, a partir del cual es ayudado por el terapeuta para que seleccione los aspectos más importantes y que más lo angustian de dicho incidente. Mientras el paciente hace movimientos oculares (o cualquier otra estimulación bilateral) le vienen a la mente otras partes del recuerdo traumático u otros recuerdos. El terapeuta interrumpe los movimientos oculares cada tanto para asegurarse que el paciente esté procesando adecuadamente.

La estimulación bilateral puede ser: a) visual (el paciente mueve los ojos de un lado al otro guiado por el terapeuta); b) auditiva (el paciente escucha sonidos alternados en ambos oídos) c) kinestésica (el terapeuta golpetea

suavemente y en forma alternada sobre las manos o los hombros del paciente). Esto facilita la conexión entre los dos hemisferios cerebrales logrando el procesamiento de la información y la disminución de la carga emocional.

El terapeuta guía el proceso, tomando decisiones clínicas sobre la dirección que debe seguir la intervención. La meta es que el paciente procese la información sobre el incidente traumático, llevándolo a una "resolución adaptativa". En las palabras de **Francine Shapiro**, esto significa: a) una reducción de los síntomas; b) un cambio en las creencias y c) la posibilidad de funcionar mejor en la vida cotidiana.

El abordaje empleado en EMDR se sustenta en tres puntos: 1) experiencias de vida temprana; 2) experiencias estresantes del presente y 3) pensamientos y comportamientos deseados para el futuro

La palabra trauma deriva del griego y significa "herida". El trauma es una "herida psicológica" que puede ser provocada por variadas situaciones. Por ejemplo, cuando oímos hablar de traumas lo asociamos a problemas originados por grandes desastres naturales o aquellos causados por el hombre, como guerras, accidentes, abusos, etc. Los especialistas los denominamos Traumas con "T" por la gran magnitud de sus causas. También existe otra categoría de traumas con "t", cuyo origen está relacionado con hechos, aparentemente, de menor importancia. Como por ejemplo: desprotección, humillación, cambio de roles en la familia, etc.

Sin embargo, la importancia de las causas del trauma no determina la calidad del daño que éste produce. Puede ser tan dañino un "Trauma" como un "trauma", porque sus efectos dependerán de cada persona, de su historia y entorno afectivo, del momento en que se haya producido y de su reiteración a lo largo del tiempo. El trauma, no importa su origen, afecta de tal manera la salud, la seguridad y el bienestar de la persona, que ésta puede llegar a desarrollar creencias falsas y destructivas de sí misma y del mundo

En 1987, la psicóloga norteamericana,

Francine Shapiro, observó por casualidad que los movimientos oculares en ciertas condiciones pueden reducir la intensidad de los pensamientos perturbantes. Esto fue el principio del desarrollo de este método terapéutico que utiliza la estimulación bilateral (visual, auditiva o kinestésica) para procesar recuerdos traumáticos, cambiar creencias autolimitantes y desensibilizar emociones y sensaciones negativas.

Hoy hay más de 50.000 terapeutas entrenados en la utilización de este abordaje terapéutico. En España han sido entrenados unos 1400 terapeutas aproximadamente de los cuales más de 600 asociados están presentes en internet.

Existen investigaciones hechas sobre la eficacia de EMDR para reducir el Estrés Post Traumático que muestran el mantenimiento de la mejoría de los síntomas en el tiempo frente a otras intervenciones terapéutica.

EMDR es un abordaje centrado en el paciente que permite que el terapeuta estimule los mecanismos de curación inherentes al propio sujeto. Pone en marcha un sistema de procesamiento de información del cerebro. El modelo EMDR toma en cuenta los componentes fisiológicos de las dificultades emocionales. El método de EMDR enfoca directamente estas sensaciones físicas además de las creencias negativas y estados emocionales de los síntomas que perturban al paciente

Teniendo en cuenta que el caso clínico que desarrollaremos a continuación se trata de un caso de duelo, el EMDR puede ser utilizado dentro de un marco comprensivo para el tratamiento de este proceso. Procesan los obstáculos que complican la expresión de la aflicción y el proceso de duelo, favoreciendo la recuperación de una narrativa funcional en la experiencia de la pérdida, el EMDR facilita la emergencia de recuerdos positivos del fallecido frente a los negativos, favoreciendo la formación de una representación interna adaptativa de la pérdida (Solomon y Rando, 2007).

La premisa fundamental del modelo de procesamiento adaptativo de información (PAI)

en la que se basa la terapéutica de EMDR sería: la perturbación que la persona sufre en la actualidad es el resultado de un almacenamiento disfuncional de la información (Shapiro, 2001).

El trauma produce un cambio en nuestro sentido del yo, en nuestro sentido del significado del mundo, de su seguridad, de su racionalidad. Una de las grandes fortalezas del EMDR es que específicamente reconoce la necesidad de la reestructuración cognitiva y sirve como vehículo para reformular las cogniciones negativas en cogniciones positivas. El proceso de duelo se ve facilitado al resolver temas relacionados con la responsabilidad, la seguridad presente y el control.

Es importante destacar que el EMDR no acorta el proceso de duelo, que va a seguir su curso normal, sino que ayuda a la persona a superar los obstáculos y facilita su evolución y la resolución eficaz del mismo.

El EMDR puede ser una herramienta muy útil para trabajar con el proceso de duelo. Mediante el reprocesamiento de recuerdos negativos relacionados con la pérdida y los disparadores actuales del malestar, se hace posible recuperar los recuerdos positivos y focalizar en el amor

hacia la persona querida. Por tanto, el EMDR se muestra como un facilitador para que emerja una representación interna y externa de la vivencia de la pérdida, lo que es esencial en el duelo saludable. Enriquecer el procesamiento con otras estrategias habituales en el acompañamiento y tratamiento del duelo ofrece a las personas con dificultades un buen marco de trabajo terapéutico para completar su proceso emocional con una vivencia decrecimiento interior muy valiosa

ESTUDIO DE UN CASO EN EMDR

1. Historia del paciente

Nos encontramos ante el caso de un varón de 40 años de edad, con pareja estable con la que convive desde hace 8 años y sin hijos. Tiene estudios medios y trabajo estable siendo el mismo trabajo desde hace varios años.

Acude a nuestra consulta debido a que presenta una intensa sintomatología a raíz de haber estado expuesto a una experiencia traumática hace varios meses (hace 11 meses) siendo dicha experiencia el suicidio de su madre. Su madre padecía una depresión crónica desde hace muchos años (prácticamente desde su juventud) habiendo estado en manos de psicólogos y psiquiatras no siguiendo sus pautas y acudiendo a las citas de manera intermitente. Su madre llamada Rosa se casó con su padre y tuvieron tres hijos, un hermano mayor con el que no mantienen relación, una hermana casada y con dos hijos que ha estado 5 años en el extranjero (hace unos meses volvió con sus hijos y viven en la misma ciudad que su padre y él), y él.

Entre sus padres han existido problemas girando siempre la relación en las necesidades de Rosa y en su enfermedad. Ella decidió separarse de su marido y estuvieron separados durante un tiempo no dejando de mantener contacto. En ese intervalo de tiempo, Rosa tuvo un primer intento autolítico tomándose una sobredosis de pastillas encontrándola su padre y él a tiempo de llevarla al hospital y que le hicieran un lavado de estómago. La idea del suicidio nunca desapareció de su mente llevando incluso a verbalizar en alguna ocasión que volvería a hacerlo. Tras ese primer intento, sus padres volvieron a convivir juntos estado él y su padre muy pendientes de su madre en todo momento ya que tenían miedo de que pudiese cometer “cualquier tontería”.

Rosa apenas salía de casa, permanecía en casa la mayor parte del tiempo tumbada en la cama durmiendo o leyendo, sólo en alguna ocasión iba a coser con las monjas, no tenía ilusión e interés por nada y rechazaba cualquier tipo de ayuda o acercamiento por parte de familiares, amigos o profesionales.

Fue en julio del año pasado cuando su hermana y sus dos hijos se trasladaron a vivir a España con sus padres (temporalmente hasta que arreglaban el piso que habían comprado). Esos 4 meses de convivencia fueron complicados para su madre ya que tuvo que cambiar sus hábitos y rutinas, estar pendiente de sus nietos y de su hija, desestabilizando a Rosa. La convivencia no era mala, pero entre su madre y su hermana existían roces respecto

a la mejor manera de educar a los niños, o de hacer las tareas, o de preparar la comida generando esto ansiedad en su madre.

Fue el día 19 de octubre cuando sucedió todo. Su madre llevaba una temporada peor, con más altibajos, aunque esa tarde que la estuvieron visitando tanto él como su pareja refirió que se encontraba bien. A media noche, él recibió una llamada de su padre diciéndole que su madre había salido por la tarde a dar un paseo y no había regresado habiendo revisado su bolso no llevando consigo ni móvil, ni dinero ni documentación poniéndose ya ambos en lo peor. Ambos salieron a buscarla sin éxito comunicando la desaparición esa misma noche a la guardia civil. A la mañana siguiente, su padre y él junto con la Guardia Civil fueron a buscarla al río ya que su padre pensó que podrían encontrarla allí. Finalmente tras varias horas caminando a lo largo del río el vio en el agua flotando primero la cazadora de su madre, y un metro más allá el cuerpo sin vida de su madre siendo rescatada horas después por los bomberos. La autopsia dictaminó que Rosa había ingerido pastillas siendo la causa de su muerte un paro cardíaco cuando se introdujo en el agua.

De esto han pasado 11 meses presentado el paciente actualmente estado de ánimo depresivo con intensas ganas de llorar cada vez que recuerda a su madre fallecida evitando también las cosas que le recuerdan a ella y que le gustaban. Presenta problemas para dormir con frecuentes pesadillas y despertares continuos por la noche habiendo pasado a ser una persona negativa e irascible. En su casa no pueden mencionar a su madre evitando ver cualquier objeto o fotografía que le recuerde a ella. Presenta también sentimiento de culpa por no haber podido hacer nada más ya que eso era una “muerte anunciada”. Respecto a la última vez que la vio con vida, se reprocha haberla dejado sola y haber creído sus palabras de que estaba bien sintiéndose engañado por ella y enfadado con ella por haberle mentado.

Un mes después de su muerte, su padre encontró entre los cajones una carta de despedida donde su madre le deseaba que fuese feliz y que hiciese su vida estando ya ella donde quería estar. El no entiende por qué su madre no se despidió de él haciéndole dudar de si su

madre le consideraba buen hijo o no, de si él hizo todo lo que estuvo en su mano o no para ayudarla.

En estas primeras sesiones, a medida que recogemos información sobre la demanda o historia del paciente, estableceremos la conexión de la sintomatología actual con los eventos del pasado habiendo sufrido el paciente con anterioridad un duelo o una pérdida de una pareja con la que mantuvo una relación a distancia durante 7 años finalizándose la misma por no querer ella continuar habiendo sido una ruptura muy dolorosa para él. Obtenemos información sobre las estrategias de afrontamiento que en aquel momento utilizó para superar el duelo destacando el ejercicio físico, el apoyo familiar y de amigos y su trabajo. Respecto a su capacidad de autorregulación, suele ser una persona que tiende más a la hipoactivación que a la hiperactivación permaneciendo más aletargado y alicaído en momentos difíciles.

Trabajamos con la línea de la vida destacando como hechos reseñables la ruptura con esta pareja, el comienzo con su pareja actual habiéndola conocido en el ámbito laboral, la ruptura en la relación con su hermano mayor desde hace varios años no manteniendo ningún tipo de contacto ni con él ni con su mujer e hijos, el primer intento autolítico de su madre y el día en el que se suicidó.

Como eventos más traumáticos significativos los descritos anteriormente añadiendo también la muerte de su perro hace unos 5 años, un episodio doloroso ya que es una persona a la que le gustan mucho los animales habiendo sido durante años ese perro como un miembro más de la familia.

Una vez que hemos conocido el caso y visto la problemática valorando que es adecuado el inicio del tratamiento con EMDR procederemos a continuar con el resto de las fases.

2. Preparación del paciente

En esta segunda fase del tratamiento, como su propio nombre indica procederemos a preparar al paciente explicándole principalmente el método, cómo funciona y sus correspondientes 8 fases y la manera de proceder en cada una de

ellas. Se le explicará de manera breve y sencilla.

El método de EMDR trabaja con sucesos traumáticos o perturbadores pudiendo en ocasiones quedarse encerrados en el cerebro con la imagen, los pensamientos y sentimientos y sensaciones corporales originales, combinándose en ocasiones con material real y también con material que vamos fantaseando; siendo las imágenes acordes con el suceso y con los sentimientos que aquel suceso produjo. Lo que ocurre entonces es que el método EMDR estimula la transmisión de información y permite que el cerebro pueda procesar esa experiencia a través de los movimientos oculares, los toques o los tonos ayudando a procesar todo ese material inconsciente. Todo esto se puede lograr gracias a 8 fases que se describen a continuación (Shapiro, 2001):

- 1) **Historia** del paciente, evaluación y selección de los temas a procesar;
- 2) **Preparación** del paciente, mediante psicoeducación y aplicación de técnicas terapéuticas estabilizadoras e instalación de recursos positivos o del lugar seguro;
- 3) **Medición:** preparar la estructura para el procesamiento, selección de la imagen que representa la peor parte del recuerdo; identificación de la cognición negativa asociada a la imagen; selección de la cognición positiva que se desea instalar; validez de la cognición positiva (escala para medir la creencia VOC: 1 totalmente falso. 7 totalmente verdadero); identificar emociones actuales asociadas al evento y medición de su intensidad en una escala de perturbación (SUD) de 0, neutro, a 10, máxima perturbación; localización de las sensaciones corporales asociadas a la perturbación experimentada;
- 4) **Desensibilización** mediante la visualización de la imagen y la creencia negativa y tandas de estimulación bilateral hasta que el SUD baja a cero;
- 5) **Instalación** de la cognición positiva hasta llegar a VOC 7;
- 6) **Examen Corporal:** reprocesamiento con estimulación bilateral de cualquier manifestación somática residual del recuerdo;
- 7) **Cierre:** se verifica el estado del paciente y se recoge el resultado del procesamiento, identificando si se ha completado el mismo o se necesita volver a reprocesar en una sesión siguiente;
- 8) **Reevaluación:** al principio de la siguiente

sesión se vuelve al evento tratado en la anterior para evaluar si quedan restos de perturbación o el sud permanece en cero y el voc en 7. Se le explicará que los pasos 3 al 8 se deben de llevar a cabo con cada uno de los eventos a trabajar con reprocesamiento.

Una vez explicado el método que vamos a seguir al paciente, la técnica y su fundamentación, se procederá a ensayar brevemente con el paciente el momento de la estimulación escogiendo una posición cómoda seleccionando el tipo de estimulación que prefiera pudiendo ser esta visual, auditiva o con tappings (pequeños toques en la manos). Tras varias pruebas con lo diferentes tipos, en este caso, la estimulación elegida fue la visual (MO= movimientos oculares).

El siguiente paso para completar esta fase de preparación será la instalación de recursos positivos o del lugar seguro.

Para instalar los recursos positivos, debemos buscar recursos con dos particularidades, algo que naturalmente se le dé bien al paciente o alguna cualidad suya por la que se sienta orgulloso y sea motivo de gratificación (habilidad natural, característica física...) o algo que haya logrado con esfuerzo importante y que, inicialmente hubiera valorado casi como imposible o “no capaz” para posteriormente conseguirlo. La idea es conectar con sentimientos positivos de orgullo y satisfacción personal, potenciando un autoconcepto positivo que contrarresten con las cogniciones negativas con las que el paciente ha venido a la consulta.

Para instalar un lugar seguro, el paciente debe recrear la imagen de un lugar (persona, situación, recuerdo...) que, al ser evocado, le produzca emociones y sensaciones positivas, y la certeza de sentirse seguro allí.

En ambos casos el paciente debe evocar las imágenes, las emociones y las sensaciones que el recurso positivo o el lugar seguro le generan procediendo a su instalación y al nombramiento de una palabra que resuma las emociones y sensaciones que experimenta al estar en un lugar seguro.

En el caso de nuestro paciente, ha preferido la

instalación de un **lugar seguro**. Se procede a continuación a transcribir parte de la instalación:

T: *“recreo la imagen de un lugar que al ser evocado, le produzca emociones y sensaciones positivas alegría, paz, bienestar, y la certeza de sentirse en un lugar seguro allí”.*

P: *“estoy en el campo con mi padre, hemos venido muy temprano, a pasar el día juntos y pescar en el río, una actividad que nos gusta mucho a los dos”.*

T: *“describeme como es el paisaje en el que estás, a que huele, que sonidos escuchas, todas las sensaciones que me puedas describir”.*

P: *“pues acaba de amanecer hace un par de horas, estamos metidos dentro del río los dos, apenas se escucha ningún ruido, sólo sonidos de la naturaleza como el sonido del agua, de los pájaros, y de vez en cuando el sonido de algún pez que salta en el agua. Como sensaciones olfativas identifico el olor a campo, a hierba mojada, a la humedad que desprende el río y la naturaleza”.*

T: *“¿y que sensaciones corporales le evoca dicha imagen?”*

P: *“pues siento mucha paz, siento tranquilidad, no tengo que pensar en nada más, sólo en concentrarme en la actividad que estoy realizando, me siento tranquilo y relajado”.*

T: *“¿y dónde siente eso? ¿en qué parte del cuerpo notas esa sensación?”*

P: *“pues lo noto al respirar, noto una sensación en el pecho como de bien estar”*

T: *“Evoque la imagen de ese lugar y de todas las sensaciones corporales que me acaba de describir, concéntrese en el lugar del cuerpo donde tiene sensaciones placenteras y permítase disfrutarlas (pausa). Ahora concéntrese en esas sensaciones y siga mis dedos (10-15 tandas lentas de M. O). ¿cómo te sientes ahora?”*

P: *“pues me siento muy a gusto, tranquilo y relajado, me pesan los hombros y los brazos, estoy como cansado”*

T: “ corporalmente, donde sientes las sensaciones placenteras?”

P: “pues en el estómago y también en el pecho, a la hora de respirar, son inspiraciones y espiraciones largas y profundas”.

T: “vamos a estimular de nuevo y ver que sientes, sigue mis dedos”

P: “pues siento que cada vez estoy más metido en la escena, y van apareciendo más cosas o detalles, veo a mi padre a mi lado, se le ve contento y disfrutando del día, estamos concentrados y apenas hablamos pero sólo con el ruido de la naturaleza y su tranquilidad ya nos vale”

Si todo va bien, tras tres y cuatro tandas de estimulación en las que vamos confirmando que las sensaciones son positivas y agradables, procederemos a buscar una palabra que resuma o evoque esas emociones y sensaciones que experimenta al estar en un lugar seguro.

T: “hay alguna palabra o frase que represente o evoque su lugar seguro? Piense en ese lugar y en los sentimientos positivos que tiene cuando piensa en esa palabra”.

P: “pues no sé, podría ser, naturaleza. A mí me gusta mucho la naturaleza y todo lo que representa, la pureza, la calma, el bien estar...”

T: “ahora concéntrese en la palabra naturaleza y siga mis dedos”. Llevaremos a cabo 15-20 tandas de M. O.

T: “La idea es que pueda utilizar su lugar seguro siempre que sienta algún tipo de perturbación y que, sólo con decir la palabra, al haberla asociado a emociones y sensaciones positivas, pueda conectarse con el bien estar y contrarrestar la molestia”.

T: “Me gustaría que practicases el entrar en el lugar seguro al menos una vez al día y siempre que se sienta molesto, de aquí a la próxima sesión. Note que sucede y lo retomaremos en las próximas sesiones.”

P: “muy bien, llevare un registro a ver si lo hago bien o no”.

3. Medición

En esta tercera fase llamada medición, prepararemos la estructura para el procesamiento.

En primer lugar, elegiremos la imagen que más perturbe a nuestro paciente, empezando la desensibilización en esa imagen siguiendo la misma secuencia de pasos que a continuación vamos a dar, la que haríamos en todas las imágenes que queramos desensibilizar o imágenes diana.

Vamos a empezar trabajando con las siglas ICES que significan imagen, cognición, emoción y sensación.

Imagen:

T: “¿qué imagen representa la peor parte del recuerdo o dicho de otra manera cual es para ti la imagen más perturbadora y que quieres procesar?”

P: “para mí la imagen más perturbadora de todas es cuando estamos en el río mi padre, mi hermana y yo, es a media mañana y ya hemos visto unos metros más allá la cazadora de mi madre, ahora estamos delante de lo que parece su cuerpo flotando en el agua, esta boca abajo, rígida...Acaban de llegar los bomberos, también hay mucha gente alrededor, curiosos, también se ha enterado la prensa y están allí mirando. Recuerdo cómo apartamos a mi hermana de la escena, no queremos que vea a mamá, no queremos que la vea en ese estado, saliendo del agua...no queremos que sea ella...pero lo es. La peor imagen es esa, cuando la veo salir del agua, tan rígida...estaba muy guapa cuando salió”.

Cognición:

T: “centrado en esa imagen perturbadora que nos acabas de describir, y en la perturbación que te produce, ¿reconoces ahora alguna idea negativa acerca de ti mismo, o dicho de otra manera, que palabras concuerdan mejor con la imagen que expresan tu creencia negativa sobre ti mismo?”

P: “Pues sí, me vienen varias cogniciones a la cabeza, como por ejemplo el que seguro que podría haber hecho algo para evitar que esto

hubiese pasado, no estuve lo suficientemente pendiente de ella ni de su enfermedad, debería de haber ido con ella a la psicóloga y al psiquiatra al que iba y haber sabido lo malina que estaba, igual si hubiese hecho eso nunca se hubiese suicidado, soy culpable en parte de lo que ha pasado, no hice lo suficiente para evitarlo”.

T: “digamos que tus creencias negativas podemos encuadrarlas en una responsabilidad no apropiada concretándolas en dos cogniciones o pensamientos que son “tendría que haber hecho algo más para evitar esta desgracia” y “debería haber sabido mejor conocer y tratar su enfermedad para poder ayudarla y que no hubiese hecho lo que hizo”. Es eso correcto?”

P: “Si, digamos que así es”

T: “¿y cuando evocas esa imagen que me has descrito, que querrías pensar sobre ti, que te gustaría creer en ese momento?”

P: “Pues me gustaría pensar que yo no soy el culpable de lo que pasó, que ella tomó su decisión de no seguir viviendo y era lo que ella quería, y yo dentro de mis posibilidades pues lo hice lo mejor que pude, e intente que llevase una vida plena y feliz pero ella no quería, yo lo intenté pero no lo conseguí, le decía que fuese a terapia con la psicóloga, que tomase la medicación correctamente, yo no soy un experto en depresiones, pero vi que lo estaba pasando muy mal y nadie podía ayudarla”

T: “Muy bien, entonces la cognición positiva que te gustaría tener o lo que querrías pensar es que lo hiciste lo mejor que pudiste en todo momento”.

P:” si, así es, si hubiese sabido qué más hacer, lo hubiese hecho claro”.

T: “En una escala del 1 al 7 donde 1 es completamente falso y 7 es completamente verdadero, ¿Cuánto de verdadero sientes esa cognición ahora?”

P:” ¿ahora mismo?”

T: “sí, en este momento”

P: “Pues apenas lo creo, siento un 2 o un 1”

T: “¿Crees entonces actualmente que la cognición positiva de que hiciste lo que pudiste es falsa?”.

P: “ si, lo me la creo mucho la verdad”

Emoción

T: “Cuando aparece en tu mente el hecho o la imagen que me has descrito al principio, y las cogniciones de “tendría que haber hecho algo más para evitar esa desgracia” y “debería de haber sabido mejor tratar su enfermedad”, ¿qué emociones sientes ahora mismo con tal hecho?”

P: “Pues me siento mal, me siento triste recordando el momento en el que la vi saliendo del agua, también siento culpabilidad por lo que hemos hablado antes de no haber hecho nada más, y una de las emociones que más me perturba de todas es la de estar enfadado, estar enfadado y rabioso con ella por lo que hizo, por lo que nos hizo sufrir en vida y ahora después de muerta, ya que es algo que no vamos a poder olvidar nunca. También estoy enfadado por mentirme, por decirme la noche en que se fue de casa que todo estaba bien, que ella estaba bien, y fue cuando ya lo tenía planeado. Y otra de las cosas que me ha sorprendido es que en la carta de despedida que escribió a mi padre, en ningún momento me mentó, ni escribió una para mí ya que de todos los hijos yo era el que estuve cerca de ella siempre, y no sé porque no se despidió o me dejó unas palabras, eso me ha dolido también.”

T: “Son normales esos sentimientos que me describes en la fase de duelo. Ahora dime, en una escala de 0 a 10 donde 0 es ninguna perturbación o neutral y 10 es máxima perturbación, ¿cuánta perturbación sientes ahora?”

P: “Pues ahora mismo la perturbación es alta, es un 8 o 9 por lo menos, suele ser cambiante de unos días a otros pero es elevada generalmente”

Sensación Corporal

T:” Por último en esta fase, de todas la emociones que hemos mencionado antes,

centrándonos en la imagen descrita, y en la cognición negativa que te produce, ¿en que parte de tu cuerpo sientes esas perturbaciones y esas emociones de tristeza, rabia y culpa que me describías antes?”

P: “Pues lo siento sobre todo en el pecho, en el estómago que a veces lo tengo cerrado o apretado, y también en la zona de la cervicales que están rígidas y tensas”

T: “muy bien, pues ahora hemos finalizado la etapa de la medición, y pasaremos a la etapa de la desensibilización con todo lo que hemos trabajado antes”.

4. Desensibilización

T. “ En esta siguiente fase, vamos a trabajar con todo lo anterior, debiendo traer a tu mente la imagen descrita en la fase anterior, cuanta más riqueza sensorial tenga mejor para la desensibilización, imagínate en el río, estas viendo como tu madre está en el río, boca abajo, está flotando en el agua...rígida..., céntrate en las sensaciones corporales que te produce en este momento y donde están localizadas en tu cuerpo, piensa en la cognición negativa “tendría que haber hecho algo más para evitar lo ocurrido” “ debería de haber sabido mejor tratar su enfermedad”, céntrate en todo lo anterior y vamos a comenzar con el procesamiento y que venga lo que tenga que venir”.

A continuación comenzaremos el procesamiento con la estimulación bilateral con movimientos oculares haciendo un feedback de lo sucedido tras cada tanda de estimulación, continuando con las tandas hasta que no surja material nuevo.

T:” ¿Qué tal tras esta primera tanda de estimulación?¿ Que te ha llegado?¿Qué has sentido?.

P: “Pues me he sentido mal, estaba viendo cómo se llenaba todo de gente, parecía como una pesadilla de la que no podía despertar, la imagen de mi madre mojada, rígida y helada, porque el agua estaba helada porque estábamos en Noviembre, y cada vez se acercaba más gente a curiosear”.

T: “vamos con otra tanda de estimulación. ¿estas cómodo así, prefieres cambiar a otro tipo de estimulación?”

P: “ así está bien”

T: “bien, tras esta nueva tanda, qué has experimentado?”

P: “Pues me he acordado de cosas que antes no recordaba como por ejemplo que a mi lado, a parte de mi padre y de mi hermana también estaba un hermano de mi madre, y lloraba, lloraba mucho, y cogía a mi hermana para que no viese lo que estaba pasando, no creíamos que fuese a ser capaz de poder ver esa imagen y superarlo. Siento también mucho cansancio, cansancio y frío, y recuerdo como no podía parar de llorar al ver que era ella y que había muerto”.

Continuamos con los movimientos oculares durante varias tandas apareciendo tras cada una de ellas material nuevo no descrito anteriormente describiendo cada vez con más detalles la escena con mayor carga emotiva cada vez llegando en algún momento a emocionarse el paciente mientras la estimulación.

T: “¿qué te ha llegado en esta ocasión?”

P: “Pues el pensar que ya no voy a volver a verla más, pero que por otra parte ella ya no va a sufrir tampoco, va a descansar x fin y mi padre también que el hombre lleva toda su vida preocupándose por mi madre”

T: “bien, sigue con eso” “vamos a ir con otra tanda de movimientos oculares”

T: “¿que ha venido en esta ocasión”

P: “Pues es como una resignación, como ver que era algo que iba a pasar, lo estoy viendo de nuevo pero como de otra manera”

T: “sigue con ello, vamos a estimular de nuevo”

Tras varias tandas de movimientos oculares, en la última de ellas ya no surge material nuevo.

T: “¿Qué te ha llegado ahora cuando vuelves al acontecimiento original? ¿Qué has notado?”

P: “físicamente no he notado nada, estaba viendo la escena como un espectador, me veía rodeado de gente querida, apoyado, pero sorprendentemente el dolor ya no era tan intenso, se había reducido la sensación de malestar”

T: “concéntrate en ello y vamos a realizar otra tanda para afianzar lo anterior”

T: “ahora, vamos a volver a la imagen principal, vas a evocar el recuerdo otra vez y ese momento tan malo con el que hemos empezado, vamos a evaluar de nuevo cuanta perturbación te provoca la imagen diana elegida, cuando vuelves al acontecimiento original, en una escala de 0 a 10 donde 0 es no perturbación y 10 la más alta, ¿cómo la sientes de perturbadora ahora? ¿sigues sintiendo esa tristeza y ese enfado y rabia?”

P: “pues apenas me perturba, será como un 1 o un 2, siento como un nudo en la garganta ahora mismo, como si tuviese ganas de llorar, es una sensación rara, muy rara, pero la tristeza ha disminuido, y también la rabia, ya no lo siento igual, no lo siento ya tan intenso como antes”

T: “vale, vamos a seguir con otra tanda hasta reducir a 0 esa ansiedad, y también la sensación de nudo en la garganta”. Tanda de movimientos oculares...¿Qué te ha venido ahora?”

P: “pues poco a poco parece que ese nudo en la garganta se va disipando, algo de aire parece que quiere entrar..”

T: “vamos a seguir con otra tanda más ¿Qué aparece?”

P: “ pues la rabia prácticamente va desapareciendo, y cada vez voy respirando mejor”

T: “sigue con esa sensación y vamos a hacer una nueva tanda”

Continuamos con el procesamiento hasta conseguir que el SUD sea 0. En el caso de que el valor estimado por el paciente sea 0, realizaremos otra serie más de estimulación para pasar a continuación a la instalación de la

cognición positiva.

T: “¿Cuándo evocas la imagen inicial, ese recuerdo que querías procesar porque era angustiante para ti, queda alguna perturbación relacionada con alguna de las emociones que has sentido?”

P: “no, se ha reducido todo, se ha reducido sorprendentemente a 0, tengo una sensación de que ella ya no va a sufrir más allá donde está, esta donde quería estar y para ella vivir era una tortura”.

T: “muy bien, quédate con esa sensación ya vamos a hacer otra tanda antes de pasar a la instalación de la cognición positiva”

5. Instalación

En esta fase siguiente lo que haremos será unir la cognición positiva de nuestro paciente “lo hice lo mejor que pude” con la imagen diana que estamos trabajando.

T: “¿Recuerdas cuando hablamos de la cognición positiva, te acuerdas la que había determinado?”

P: “ Sí, que al final yo hice las cosas lo mejor que pude y lo mejor que supe”

T: “muy bien, crees que es adecuada esa cognición, o que hay alguna otra u otro enunciado positivo que te parezca más adecuado?”.

P: “no, ese creo que es el que mejor define mis sentimientos”.

T: “¿sigue siendo válida ahora en relación con la experiencia? Quiero decir que después de lo que ha vivido, tu sensación sigue teniendo que ver con que todo eso está relacionado con el nivel de responsabilidad tuya en lo que ocurrió? O dicho de otra manera, sigue siendo necesario para ti pensar que hiciste lo que pudiste?”

P: “Umm, sí, creo que sí”

T: “¿Lo sientes válido? ¿Sigues siendo eso lo que necesitas decirte?”

P: “sí”

T: *“piensa en el acontecimiento inicial o diana, y en la cognición positiva que acabamos de recordar, de 1 a 7 siendo 1 completamente falso y 7 completamente verdadero, ¿cómo la sientes de cierta ahora? Te acuerda que al principio del procesamiento era un uno, lo sentías como completamente falso..”*

P: *“sí, sí, me acuerdo”*

T: *“pues ahora si juntas el acontecimiento que viviste, todo el recuerdo, con la cognición, con el pensamiento de” hice todo lo que pude”, cuanto lo sientes de verdadero?”*

P: *“Pues no sé, al principio era un 1-2 como tú has dicho, no me lo creía en absoluto, y ahora pues algo más elevado, un 3 o 4 la verdad”*

T: *“muy bien, pues entonces vamos a proceder a instalar la cognición positiva para ver si llegamos al elevar esa creencia y que sientas de verdad que hiciste todo lo que estaba en tus manos, mantén juntos la experiencia y la cognición positiva o el recuerdo con esa palabras y vamos a proceder a la estimulación bilateral, mira mis dedos y que venga lo que tenga que venir”.*

Realizamos la estimulación bilateral (movimiento oculares) en 3 tantas más. En las mismas observamos como el paciente va relajando el gesto, incluso en algunas ocasiones sonríe. Tras estas 3 tandas, el VOC aumenta poco, en un 4 largo o 5. Revisamos con el paciente de nuevo las cogniciones positivas buscando en las creencias positivas y negativas a ver si hay alguna que pueda encajar mejor continuando la instalación con las cogniciones positivas elegidas inicialmente.

T: *“si vuelves a unir de nuevo la experiencia con el recuerdo de esas palabras de “hice todo lo que estuvo en mi mano” ¿te va sonando cada vez más verdadero?”*

P: *“sí, cada vez lo voy sintiendo como más veraz, nada de lo que yo hubiese podido hacer hubiese hecho que mi madre mejorase de su enfermedad, pobrecita, con todo lo que sufrió durante su vida... creo que bastante tiempo aguantó la verdad”*

Tras 2 nuevas tandas de estimulación, se consiguió que el VOC llegase a un 6 realizando una nueva tanda de movimientos oculares para fortalecer y afianzar la instalación de la cognición positiva llegando a obtener un 6 y medio.

6. Escaneo corporal

En esta penúltima fase, lo que haremos será hacer un examen corporal para ver si hay alguna manifestación somática residual del recuerdo y si es así tratar de eliminarla para que el paciente abandone la consulta sin ninguna sensación negativa.

T. *“ahora en esta fase, vas a cerrar los ojos y concentrarte en la imagen inicial o diana con la que hemos estado trabajando y en la cognición positiva instalada de “lo hice lo mejor que pude”, y vas a centrarte mentalmente en todo tu cuerpo, desde la cabeza hasta los pies localizando si en algún momento sientes algún punto de tensión”*

P: *Umm*

T: *“vete recorriéndolo de arriba abajo, despacio, y viendo si hay alguna parte de tu cuerpo donde sientas alguna tensión”*

P” *sí, noto tensión en la garganta, y en la zona del pecho también, como un ligero malestar”*

T:” *muy bien, pues ahora vamos a tratar de eliminar ese malestar y procesar esa tensión, para ello debes concentrarte en esa sensación corporal y vamos a hacer una tanda de movimientos oculares para reducir esa tensión de la que me has hablado”*

T: *“haz una respiración “. Tanda de movimientos oculares...”*

T:” *¿Qué tal ahora? ¿Qué has notado? ¿Sigues estando esa tensión?”*

P. *“Pues se ha reducido algo, aunque aún sigo con un ligero malestar en la garganta, como que me molestase al tragar”*

T: *“muy bien, concéntrate en ella, seguiremos con otra tanta más de estimulación. Cierra los ojos otra vez y concéntrate en ese malestar en la garganta” tanda de movimientos oculares..*

T: *“¿cómo va ese malestar en la garganta ahora?”*

P: *“pues mucho mejor, aunque no me siento liberado del todo de ese malestar en mi garganta.*

T: *“bueno, vamos con ello un poquito más hasta que se reduzca del todo”*

Tras realizar tres tandas más de estimulación, la sensación de tensión o malestar corporal se redujo manifestando el paciente sentirse *“en paz” “me he perdonado a mí mismo por lo que pasó, yo lo hice lo mejor que pude, y la ayudé en todo lo que estuvo en mi mano durante toda su vida, pero ella ya no quería vivir, estaba muy malina y no tenía ninguna ilusión en la vida, sólo descansar en paz, y creo que ahora por fin, después de tanto tiempo lo está haciendo, era su decisión y aunque no la compartamos creo que debemos de respetarla”*.

7. Cierre

En esta última fase del EMDR le explicaremos al paciente lo que puede encontrarse en los días posteriores a la instalación.

T: *“bueno, pues hasta aquí ha llegado la técnica del EMDR, ha habido una fase de desensibilización y otra de la instalación habiendo reprocesado o integrado ya en tu cerebro el suceso traumático que viviste. Dicho reprocesamiento puede continuar después de la sesión, quizás adviertas nuevos insights, recuerdos, pensamientos o sueños. Si es así, simplemente presta atención en lo que estás experimentando y sintiendo, ve como sacando*

una foto de lo que estás viviendo, sintiendo y pensando y el disparador que ha podido propiciarlo ¿vale?. Intenta llevar un registro de lo que estas percibiendo para así poder hablarlo en la consulta en la próxima sesión”.

P: *“de acuerdo, muchas gracias por todo”*

El caso clínico que nos ocupa necesitó de varias sesiones para llevarse a cabo la desensibilización e instalación de la cognición positiva debiendo finalizar la sesión en varias ocasiones por falta de tiempo de manera incompleta, o con el proceso sin terminar.

En estos casos, lo que hicimos fue reconocer al paciente lo conseguido en la sesión y dejarlo arraigado para la siguiente sesión finalizando siempre con un escaneo corporal y un cierre. En ese escaneo corporal le pediremos que deje a un lado las imágenes, emociones y cogniciones y que centre solo la atención en su cuerpo debiendo de ser las emociones que experimenta positivas. Si no es así, podemos proponerle un ejercicio de relajación hasta que consiga una sensación de bienestar positiva.

8. Reevaluación

Al principio de la siguiente sesión, se vuelve al evento tratado en la anterior para evaluar si quedan restos de perturbación o el SUD permanece en cero y el VOC en siete.

En caso de que en la sesión anterior no hayamos conseguido llegar a la instalación de la cognición positiva, retomaremos de nuevo finalizando siempre con el escaneo corporal y el cierre de la sesión debiendo abandonar siempre el paciente la consulta tranquilo y sin emociones negativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hensley, B.J (2010): Manual básico de EMDR. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Roques, J. (2009): Curar con EMDR: Barcelona: Kairós.

Shapiro, F. (2012): Manual de EMDR y procesos de terapia familiar. Madrid. Pléyades.

Molero, M. y Perez, M: El duelo, la familia, el trauma y EMDR. Análisis de un caso. Recuperado de <http://www.emdr-es.org/doc/duelo-molero-perez.pdf>.