

Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia



Volumen VI - Número 2
Septiembre 2016

Sociedad Española de
Medicina Psicosomática
y Psicoterapia



Síguenos



Redacción

Junta Directiva

Presidente

JL. Marín

Vicepresidenta

B. Aznárez Urbieto

Secretario

F. Mielgo

Comité Editorial

B. Aznárez Urbieto

J. García-Campayo

R. Guerra Cid

JL. Marín

JL. Martorell

M. Paz Yepes

Directora Web

y de Publicaciones

P. Marín

Diseño y maquetación

C. Herrera

P. Marín

Editado por

SEMPyP

Sociedad Española de Medicina

Psicosomática y Psicoterapia

C/ Solano 35, 3º B. (Prado de Somosaguas) 28223 -

Pozuelo de Alarcón. (Madrid)

www.psicociencias.com

ISSN: 2253-749X

Revista de Formación Continuada de La Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Volumen VI. Septiembre 2016. N.º 2

Sumario

03 Revisión bibliográfica

Psicopatología en pacientes con lesión medular

P. García Parajuá

12 Revisión bibliográfica

Duelo patológico. Factores de riesgo y protección

V. Vedia Domingo

35 Caso clínico

Trauma de apego y trastornos de la conducta alimentaria

E. Montero Manzano

54 Caso clínico

Superación del duelo con EMDR

M. Mayordomo Rabanal

Normas de publicación en www.psicociencias.com

Secretaría editorial revista@psicociencias.com

Revista Digital de
Medicina Psicosomática y
Psicoterapia

Copyright 2011 Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. ISSN: 2253-749X

La Revista de Formación Continuada de la SEMPyP, publica 4 números al año.

©Reservados todos los derechos. Absolutamente todo el contenido de Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia está protegido por las leyes vigentes referidas a los derechos de propiedad intelectual. Todos los artículos publicados en Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia están protegidos por el Copyright, que cubre los derechos exclusivos de reproducción y distribución de los mismos. Los derechos de autor y copia (Copyright) pertenecen a la Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia conforme lo establecido en la Convención de Berna y la Convención Internacional del Copyright. Todos los derechos reservados. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

La Editorial, a los efectos previstos en el art. 32.1 párrafo 2 del vigente TRLPI, se opone expresamente a que cualquier fragmento de esta obra sea utilizado para la realización de resúmenes de prensa. La suscripción a esta publicación tampoco ampara la realización de estos resúmenes. Dicha actividad requiere una licencia específica. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) www.cedro.org si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra, o si quiere utilizarla para elaborar resúmenes de prensa (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 272 04 47).

Los coordinadores no podrán ser tenidos por responsables de los posibles errores aparecidos en la publicación ni tampoco de las consecuencias que pudieran aparecer por el uso de la información contenida en esta revista. Los autores y editores realizan un importante esfuerzo para asegurar que la selección de fármacos y sus dosis en los textos están en concordancia con la práctica y recomendaciones actuales en el tiempo. Las recomendaciones, opiniones o conclusiones expresadas en los artículos de la Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia son realizadas exclusivamente por los autores, de forma que los coordinadores declinan cualquier responsabilidad legal o profesional en esta materia.

Volumen VI
Número 2
Septiembre
2016



Psychopathology in patients with spinal cord injury: a narrative review

Psicopatología en pacientes con lesión medular

Pedro García Parajuá

Psiquiatra

Hospital Universitario Puerta de Hierro
Experto en Psicoterapia Breve, Experto en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud por la SEMPYP

Abstract: Spinal cord injury, including traumatic spinal cord injury, is a frequent and serious cause of disability in young subjects worldwide. In this narrative review of the psychopathology in patients with spinal cord injury (SCI), we make an overview from the epidemiology of LM and the psychological adjustment of patients after an SCI. Finally, we summarize the main data on psychopathological problems that occur frequently in people with SCI (depression, post traumatic stress disorder and suicide). Depression is common as in other chronic diseases, and is closely related to pain, and both turn to the quality of life. The risk of suicide is five times higher than in non-diseased population, therefore it should be considered carefully in any assessment and / or psychotherapy of patients with LM.

Keywords: Spinal cord injury, psychiatric disorders, depression, suicide, post traumatic stress disorder.

Resumen: La lesión medular, en particular la lesión medular traumática, es una causa grave y frecuente de incapacidad de sujetos jóvenes a nivel mundial.

En la presente revisión, no sistemática, de la psicopatología en pacientes con lesión medular (LM), se realiza un recorrido desde la epidemiología de la LM, la elaboración y adaptación psicológica de los pacientes tras una LM, para finalmente resumir los principales datos sobre los problemas psicopatológicos que presentan con frecuencia en personas con LM (depresión, trastorno por estrés postraumático y suicidio).

La depresión es frecuente como en el resto de enfermedades crónicas, y guarda una estrecha relación con el dolor, y ambos a su vez con la calidad de vida. El riesgo de suicidio es hasta cinco veces superior al de la población no enferma, y por la tanto, se debe considerar con detenimiento en cualquier valoración y/o en la psicoterapia de pacientes con LM.

Palabras clave: lesión medular, trastornos psiquiátricos, depresión, suicidio, trastorno por estrés postraumático.

INTRODUCCIÓN

Las personas que sufren una lesión medular (LM) se enfrentan a una situación vital grave, esto les obliga a intentar adaptarse y afrontar una serie de limitaciones y cambios que pueden considerarse excepcionales. La incidencia de lesiones medulares no ha disminuido a nivel mundial y las LM de origen traumático son las más frecuentes. Predominan los accidentes de tráfico como principal causa de LM traumática, con una preponderancia en varones, y con una edad media inferior a los 30 años. Como es lógico, además de las secuelas físicas este tipo de lesiones conllevan una serie de repercusiones psicológicas y de salud mental que pueden no sólo repercutir en la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes, sino incluso en la supervivencia de los mismos (Singh y cols., 2014).

Existen numerosos trabajos que evalúan los niveles de depresión y ansiedad en pacientes con LM. Así mismo, como en otras enfermedades, se ha observado la relación entre dolor, niveles de depresión y calidad de vida. También se han llevado a cabo otros tantos trabajos encaminados a evaluar los niveles de depresión con otras variables de tipo social (apoyo, matrimonio, nivel de independencia, trabajo), así como otras variables físicas (alteración de la función sexual, falta de control de esfínteres, etc.). Como en otros grupos de pacientes con enfermedades crónicas, la prevalencia de depresión o sintomatología depresiva es elevada, en torno al 20% (Williams y Murray, 2015). En los pacientes con LM, existen además cifras mayores de trastorno por estrés posttraumático así como un incremento considerable de suicidios. Sin embargo, quizá lo más sorprendente sea el gran número de pacientes con LM que logran adaptarse a su situación de gran limitación y dificultades físicas sin presentar psicopatología reseñable (Craig y cols., 2009).

A pesar de los avances en el tratamiento y cuidados de personas con LM todavía, como grupo, su esperanza de vida es menor que la de la población general, principalmente debido a complicaciones secundarias de la propia LM (infecciones respiratorias, septicemia,

insuficiencia renal, suicidio, etc.). Uno de los avances, quizá más esperanzador, aunque todavía se encuentra en fase experimental, es la implantación de células madre. Este tratamiento es el único que a priori se dirigiría al problema nuclear de la LM como es la regeneración del sistema nervioso dañado. Este tipo de avances, no obstante, que se encuentran en un proceso experimental inicial puede generar esperanzas falsas o desmedidas (Illes, 2011).

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión comprensiva, por ello no sistemática en un sentido cuantitativo, como parte de los trabajos previos a la elaboración de un protocolo de evaluación de pacientes con LM candidatos a tratamiento quirúrgico con células madres. La petición inicial del equipo de neurocirugía del hospital al equipo de psiquiatría de enlace, fue realizar un *screening* psicopatológico de candidatos a tratamiento experimental con células madre. Dicho *screening* trataría de detectar problemas psicopatológicos que pudieran comprometer los resultados del estudio y la intervención.

Dichos problemas podrían ir desde la falta de comprensión de la naturaleza del tratamiento, presencia de adicciones u otros trastornos que impidan un mínimo cumplimiento y compromiso con el tratamiento; o, por último, problemas psicopatológicos que pueden favorecer falsas creencias en relación con las expectativas y naturaleza del tratamiento como podría suponer algunos casos de psicosis. No obstante, y debido a la importancia de un estudio experimental de esta naturaleza, desde el equipo de interconsulta y enlace del hospital se pretende, además del *screening*, introducir una valoración previa y posterior a la intervención con objeto de conocer mejor la repercusión en la psicopatología.

En este trabajo de revisión, en primer lugar se revisan los datos epidemiológicos de LM para conocer la magnitud del problema y el tipo de población afectada. En segundo lugar, de forma sucinta, se revisa las etapas en la elaboración y adaptación psicológica que sufren en su mayoría los pacientes tras una LM. En tercer y último lugar, se revisan los estudios sobre problemas psicológicos y psicopatológicos en personas con LM, en

particular la patología depresiva, el trastorno por estrés postraumático y el suicidio.

EPIDEMIOLOGÍA Y TIPOS DE LESIÓN

La incidencia y la prevalencia de LM han aumentado en el transcurso de los años a pesar de los intentos de prevención (Jackson y cols., 2004). La tasa de incidencia estimada mundial de LM es de 15 a 40 casos por millón de habitantes. Las lesiones medulares producen una gran incapacidad en los sujetos, se dan sobre todos en varones jóvenes, con el consiguiente dolor individual y familiar. Las características epidemiológicas de los pacientes con LM varía en los diferentes países. En los países desarrollados, los pacientes con LM presentan una media de edad superior comparada con la media de los países en vías de desarrollo. Además, en los países desarrollados, debido al envejecimiento de la población, los pacientes con LM por caídas comienzan a cobrar más relevancia. Sin embargo, la cifras de incidencia varían muchos de un país a otro, y de una región con otra de un mismo país.

La prevalencia es la proporción de una población que padece una enfermedad en un tiempo concreto. Para su cálculo se tiene en cuenta la incidencia junto con la supervivencia media estimada de los pacientes con LM. En función de eso se han publicado cifras tan dispares de prevalencia que van de los 721 casos por millón de habitantes en los Estados Unidos (Harvey y cols., 1990) a los, por ejemplo, 250 casos por millón en la región francesa de Rhone-Alpes (Minaire y cols., 1983).

Por otro lado, la incidencia de una enfermedad es el número de casos nuevos en una población en riesgo en periodo de tiempo dado. La comparación de la incidencia, a pesar de la aparente claridad del concepto de lesión medular, no está exenta de dificultades. No todos los estudios incluyen las mismo códigos CIE de diagnóstico. Además, muchos estudios se han llevados a cabo a en regiones o ciudades, y esos mismo datos no son extrapolables al resto del país o estado en cuestión.

En Finlandia, por ejemplo, la incidencia anual de LM 2005 fue de 28 por millón (Dahlberg y cols., 2005), en Francia se ha comunicado una tasa de incidencia de 19,4 por millón, es decir unos 934 casos nuevos de LM por año (Albert y Ravaud, 2005). Fuera de Europa, en los Estados Unidos, la incidencia de LM traumática en 2012 fue de 40 por millón (Devivo, 2012), aunque la incidencia global en ese país a día de hoy se desconoce a falta de estudios nacionales desde la década de los años noventa. En Canadá la incidentes de LM traumáticas en población de 15 a 64 años fue de 42,4 por millón de habitantes en el periodo de 1997 a 2001.

En España van Den Berg y cols. (2011) estudiaron la incidencia de LM traumática en Aragón para el periodo de 36 años de 1972 a 2008. Hallaron para ese período un total de 540 casos, de los cuales casi el 80% fueron hombres. La tasa de incidencia para ese período fue de 15,5 por millón de habitantes (18,8 para hombres) con dos claros picos de incidencia en jóvenes de 20 a 29 años y en adultos de 60 a 69 años. Las causas más frecuentes, como se observa en otros países como los Estados Unidos, fueron los accidentes de tráfico y las caídas. Los mismo autores apuntan el incremento de LM por caídas en sujetos mayores de 60 años.

La LM, sobre todo traumática, se produce en adultos jóvenes, casi la mitad de las LM se producen entre los 16 y 30 años, aunque la edad media de LM ha ido aumentando con los años. Por otro lado, y merced al origen mayoritariamente traumático de las LM, casi el 80 % de ellas se producen en varones, aunque la proporción entre hombres y mujeres varían entre países. Los últimos años se observa una disminución de esa desproporción entre hombres y mujeres.

En función de su etiología, las lesiones de médula espinal se dividen en traumáticas y no traumáticas (O'Connor, 2002). En los pacientes con lesión medular (LM) se dañan las estructuras y funciones de la médula espinal debido a traumatismos, inflamaciones, tumores u otras causas, ocasionando disfunciones en la movilidad, la sensibilidad, el control de los esfínteres y el sistema nerviosos

autónomo por debajo del plano de la lesión. La LM es muy incapacitante y se asocia con una gran morbimortalidad. También, según la Asociación American de Lesión Medular (ASIA, del inglés American Spinal Injury Association), la gravedad de la lesión medular se clasifica como incompleta o completa. Se entiende como lesión completa cuando existe una pérdida de las funciones motoras y sensoriales de los segmentos sacros inferiores. En general, se ha producido una disminución de las lesiones completas a formas incompletas en las últimas décadas. Se ha atribuido este hecho, en parte, a la mejora en las medidas de primeros auxilios. Según datos de los Estados Unidos, de los pacientes con LM el 40,6% presentan tetraplejía incompleta, un 18,7% paraplejía incompleta, paraplejía completa el 18% y tetraplejía completa 11,6%. La recuperación neurológica completa es prácticamente excepcional hoy en día. De otra parte, el porcentaje de pacientes que trabaja tras la LM es minoritario al año de la lesión (inferior al 15%), y alcanza hasta un 30% a los 20-30 años de haberse producido la LM. Como la LM se produce en una población joven, el porcentaje de sujetos casados ronda el 50% en el momento de la lesión. Al menos en Estados Unidos, se observa que la probabilidad de que el matrimonio se mantenga, tanto en aquellos sujetos que estaban casados previo a la LM como de los que se casan una vez producida la LM, es inferior a la observada en la población general.

A nivel mundial, la causa más frecuente de LM es traumática y debida a un accidente de tráfico. Las LM por accidentes de tráfico suponen hasta el 35-40% de los casos. En segundo lugar se encuentran las caídas. En tercer lugar, con grandes variaciones entre países, están las LM traumáticas debidas a actos violentos, sobre todo por heridas de bala, frecuentes en países en guerra o los Estados Unidos.

Por último, entre las complicaciones descritas entre los pacientes con LM se incluyen:

- Complicaciones respiratorias
- Alteraciones electrolíticas
- Espasmos

- Dolor (neuropático, por ejemplo)
- Infecciones del tracto urinario
- Disreflexia autonómica
- Enfermedad cardiovascular
- Osteoporosis y fracturas óseas
- Miositis
- Trombosis venosa profunda
- Escaras
- Prurito

FASES EN LA ADAPTACIÓN TRAS UNA LESIÓN MEDULAR

Afrontar y adaptarse a las consecuencias y secuelas de una lesión medular es una buena muestra de la capacidad del ser humano para sobreponerse y sobrevivir. A priori no parece una tarea sencilla afrontar el dolor y las sensaciones de miembro fantasma, la afectación de la función sexual, la pérdida de control de esfínteres (anal y vesical), la frustración de la falta de movilidad, la pérdida de objetivos o planes vitales, la pérdida de la capacidad para ganar dinero, los sentimientos de inutilidad, el cambio de papel en la familia, y la consiguiente pérdida en la autoestima e incluso el estigma social de ser un “discapacitado”. Por lo tanto, en la atención psicológica y psiquiátrica a personas con LM deben considerarse las diferentes reacciones o etapas en la adaptación que pueden observarse. Muchas de ellas pueden considerarse “normales” o “no patológicas” (Hohmann, 1975), por otro lado, paralelas a las observadas en otras patologías graves.

Los sujetos que sufren una LM suelen experimentar una secuencia predominante de sentimientos y comportamientos en un intento por afrontar dicha lesión. Algunas de ellas pueden considerarse comunes a cualquier pérdida grave, como es en este caso, la pérdida del funcionamiento de una parte considerable del propio cuerpo. Las reacciones no parecen guardar una relación directa o proporcional a la gravedad objetiva de la lesión.

Siguiendo el trabajo de Hohmann (1975), este destaca una serie de reacciones que considera normales en sujetos sin psicopatología previa relevante. La primera reacción ante la pérdida

de la función corporal es la negación. Está reacción se suele observar entre las primeras tres semanas y los dos primeros meses tras la lesión. En esta etapa, puede ser útil ofrecer al paciente información. Aunque fácilmente tenderá a interpretarla en función de su negación, no se puede favorecer o apoyar sus infundadas expectativas, puesto que esto supondría una pérdida de confianza ulterior. La negación suele comenzar a disminuir cuando el paciente ya ha tenido suficiente experiencia con su incapacidad como para poder advertir alguna experiencia gratificante o positiva a pesar de su LM.

La siguiente reacción, después de la negación y en la medida que este mecanismo de defensa va cediendo, es la depresiva. La reacción depresiva inicial típicamente comprendería el retraimiento y la hostilidad internalizada, en forma de intensos sentimientos de culpa, de castigo divino de algún tipo. En estos momentos el paciente puede manifestar que hubiera sido mejor estar muerto, no haber sobrevivido al accidente. Los pacientes muestran callados, con tendencia al aislamiento. No son extrañas las ideas de suicidio, en la mayoría de sujetos vagas y no estructuradas, salvo en algunos casos en los que en este momento pueden presentar ideas de suicidio con una planificación y método. Hay que tener presente que el suicidio es una de las principales causas de muerte y complicaciones de pacientes con LM. El paciente puede optar por conductas autodestructivas. También es un error minimizar el riesgo de suicidio de estos pacientes debido a sus limitaciones en la movilidad. Los pacientes ante los sentimientos de culpa e inutilidad pueden querer tomar decisiones como el divorcio. La hostilidad hacia sí mismo puede en un segundo momento externalizarse y entonces el paciente acusa a alguien de su pérdida, esta acusación puede dirigirse al equipo médico, a la familia o amigos. El paciente presenta hostilidad. A pesar de que el paciente pueda resultar desagradable en este periodo, puede ser una buena oportunidad para redirigir su agresividad y hostilidad hacia algún objetivo provechoso.

Una vez que los pacientes han progresado en su rehabilitación como para sentir cierto grado

de independencia, puede observarse una intensa reacción contra la dependencia. Esta se puede ser más acusada en jóvenes. La atención del paciente, que ya ha obtenido cierta mejoría, puede estar puesta en otros asuntos fuera del entorno de su rehabilitación incluido el hospital, las sesiones de rehabilitación, etc., y pueden conducir a un abandono prematuro de estas.

PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR

Depresión y trastornos de ansiedad

La depresión es una complicación frecuente en los pacientes con LM, y su prevalencia está por encima de las de la población general (18-26%) (Williams y Murray, 2015).

Kishi y cols., (1995) encuentran que los pacientes que presentan una depresión en una primera etapa (3-6 meses) esta se correlaciona con la gravedad de la lesión y con historia premórbida de depresión, en comparación con pacientes que presentan una depresión de inicio diferido. Sin embargo, la gran proporción de pacientes que presentan psicopatología, fundamentalmente ansiosa y depresiva, tras una LM, parece que no presentan antecedentes psiquiátricos previos (Judd y Brown, 1992).

En un estudio retrospectivo (Ullrich y cols. 2014) de las bases de datos de veteranos de 1997 a 2007 para el diagnóstico de depresión, con un tamaño muestral de 41.000 pacientes con LM; 28% estaban diagnosticados de depresión. De los que tenían depresión en 2007, (según datos de la administración), el 70% fueron diagnosticados también de otras enfermedades psiquiátricas (los más frecuentes TPEP y trastornos de ansiedad). En ese trabajo también se midió el uso de cuidados médicos y fármacos. Los autores concluyen que los pacientes con depresión y LM reciben más cuidados médicos y más fármacos que los que no tienen depresión pero si LM.

Por otro lado, January y cols. (2014) encuentran que los síntomas depresivos fluctúan a lo largo de los años. Los factores predictores de síntomas depresivos serían el

aislamiento (falta de participación en actividades comunitarias), la presencia de una lesión incompleta de LM, consumo abusivo de alcohol, la presencia de dolor y de incontinencia urinaria. El estudio se basó en el seguimiento de 214 pacientes con lesión medular establecida durante la infancia (menos de 19 años). El seguimiento, aproximadamente anual, entre 2 y 9 años, y la mayoría de participantes realizaron al menos tres entrevistas. La edad media de los pacientes fue de 29 años, y la media de edad de la lesión a los 14 años. De estos el 71% presentaba una lesión completa y el 58% tetraplejia. Se obtuvieron medidas de evaluación del funcionamiento psicosocial, independencia física, participación y depresión en cada punto de seguimiento. Los síntomas depresivos al inicio eran mínimos pero fluctúan a lo largo del tiempo. Por último, estos autores hallaron que en este grupo de pacientes el matrimonio aparece como protector de depresión. En otro trabajo (Migliorini y cols., 2013), en el que siguieron a pacientes con LM y sin aparentes síntomas de enfermedad mental, durante cinco años, el bienestar subjetivo fue estable en el 57% de los pacientes, mientras que el 19% presentaba síntomas de malestar emocional en la evaluación final, sin que existieran entre ambos grupos diferencias significativas en la edad o el tiempo desde la lesión, ni tampoco ningún cambio sistemático en su estado de salud. Este estudio es importante porque los individuos con LM pueden padecer problemas de salud mental incluso aunque hayan presentado una adecuada resiliencia previa. Además el bienestar subjetivo puede no ser tan estable como se creía en la literatura sobre calidad de vida.

Por otro lado, Hartoonian y cols., (2014) para determinar los factores relacionados con síntomas somáticos y no somáticos de la depresión, así como la asociación de estos síntomas con la calidad de vida llevaron a cabo un estudio que incluyó a 4.976 pacientes. Estos completaron una entrevista un año después de la LM entre 2006 y 2011. El instrumento para detectar la depresión que se empleó fue el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en su versión de 9 ítems, para los síntomas somáticos y no somáticos de depresión, así como escalas de calidad de vida. Las medidas de factores relacionados con la salud como

gravedad del dolor, interferencia del dolor y estado de salud se relacionan de forma similar con los dos tipos de síntomas depresivos. Calidad de vida se relaciona negativamente con los síntomas no somáticos pero no se relaciona con los síntomas somáticos. Para mejorar el tratamiento de la depresión es importante mejorar el estado de salud, por ejemplo en el dolor, y mejorar los síntomas no somáticos para lograr una mejor calidad de vida.

En un estudio transversal Lidal y cols. (2013), comparan la prevalencia de fatiga en pacientes con LM desde hace más de 20 años y población general. Sorprendentemente, la prevalencia respecto a la población general no difería, sin embargo si aparecían puntuaciones más altas en lo referente a fatiga física y significativamente más bajas en lo que se refiere a fatiga mental en pacientes con LM. Estos mismo autores hallaron que altas puntuaciones en fatiga se relacionaban con fatiga causada por fármacos y con puntuaciones altas en la escala HADS, que por tanto parecen los que más contribuyen con la presencia de fatiga severa en LM.

Aunque las relaciones entre el dolor y la depresión son estrechas y conocidas, solo un estudio se ha dirigido específicamente a explorar esta relación en pacientes con LM (Ataoglu y cols., 2013). El trabajo se realizó con 140 pacientes con LM en rehabilitación hospitalaria y se medía el dolor y su efecto en la calidad de vida, la independencia funcional y la sintomatología depresiva. En esa muestra el 78% de pacientes presentaba dolor crónico. Los pacientes con empleo previo y con lesión completa tenían puntuaciones más bajas en la escala de dolor (*Numerical Rating Scale*). Los pacientes con dolor crónico presentaban más sintomatología depresiva y se esto se correlacionaba con algunos de los dominios de SF-36 (salud general, vitalidad, función social y salud mental). Los autores concluyen que es necesario tratar o aliviar el dolor para mejorar la clínica depresiva.

Trastorno por estrés postraumático

La prevalencia del trastorno por estrés postraumático (TPEP) debería suponerse muy superior a la de la población general debido al

origen traumático vivenciado por muchos pacientes en el momento de la lesión. No obstante las cifras publicadas oscilan entre el 7-44% (Radnitz y cols., 1995), y en general son superiores a las cifras de prevalencia estimada en población general (7%).

En un trabajo reciente, Otis, Marchand y Courtois (2012) clasifican los factores de riesgo para el desarrollo de un TPEP en tres categorías: factores pretraumáticos, peritraumáticos y postraumáticos. Estos mismos autores detectan una prevalencia del TPEP del 11%. Por factores de riesgo pretraumáticos se entiende la características individuales previas al acontecimiento traumático. En pacientes con LM parece que los únicos factores pretraumáticos que se ha correlacionado de forma consistente con el desarrollo de síntomas de TPEP en paciente con LM es la exposición previa a situaciones traumatizantes.

Por otro lado, los factores peritraumáticos hacen referencias a las características del acontecimientos traumático así como las reacción del individuo durante o inmediatamente después de la exposición a dicho acontecimiento. En general, se sabe que son importantes factores de predicción para el desarrollo de un TPEP la reacciones emocionales y disociativas durante el hecho traumático, la gravedad percibida del trauma y la amenaza vital percibida, sin embargo estos factores no han sido estudiados en población de pacientes con LM. Entre los factores descritos en pacientes con LM, que se asocian con el desarrollo de un TPEP, a falta de más estudios, se encuentran lesiones medulares fruto de actos violentos, accidentes de tráfico y caídas, y el hecho de padecer un traumatismo craneoencefálico concomitante.

Por último, los factores postraumáticos son los factores de riesgo presentes después de acontecimiento traumático. El factor identificado con mayor consistencia que se relaciona con el desarrollo de un TPEP es el apoyo social. El apoyo social positivo se relaciona con menos síntomas de TPEP, y al contrario, la ausencia de apoyo social y la percepción del mismo son el mejor factores postraumático que predice la aparición de un TPEP. Por otro lado, con menos consistencia se

ha asociado con el aparición de TPEP o síntomas del mismo la extensión gravedad de la lesión (tetraplejía o paraplejía); si la lesión es completa o no; y la presencia de dolor neuropático.

Suicidio

Quizá una de la causas más destacadas de muerte prematura en pacientes con LM sea el suicidio. El suicidio en pacientes con LM se presenta con una frecuencia hasta cinco veces superior que en la población general (Hartkopp y cols., 1998) y por lo tanto la valoración del riesgo del mismo debe estar presente en los programas de rehabilitación de los paciente con LM. Hace ya unos años que Price (1973) en una comunicación de 11 casos de muerte de 227 pacientes con LM pone el acento en la importancia de la rehabilitación psicológica de los pacientes con LM. De esos 11 pacientes, cinco presentan graves trastornos de la personalidad que les condujo a una conducta negligente en sus cuidados y las consiguientes complicaciones, y de esos cinco, dos murieron por suicidio.

El suicidio está presente antes y después de la LM. Es decir, un número considerable de LM traumática por caídas pueden atribuirse a intentos fallidos de suicidio (Girard, 1980; Biering-Sørensen y cols., 1992). Por otro lado, el suicidio ha pasado a ser una de las principales causas de muerte por LM. Estas han variado a lo largo del tiempo, y hoy día se considera que las tres principales causas de muerte en pacientes con LM son neumonía, septicemia y suicidio. Los riesgo respiratorios son mayores en pacientes tetraplégicos (van den Berg y cols., 2010).

En un importante estudio de seguimientos realizado en Estados Unidos de 9.135 pacientes con LM seguidos hasta doce años, DeVivo y cols. (1991) al final del periodo de estudio, encuentran que 50 personas se habían suicidado (6,3% de las muertes). De este porcentaje sustraen el esperable por el grupo de edad, sexo y raza y encuentran una razón de mortalidad estandarizada (SMR del inglés, *standardized mortality ratio*) de 4,9. El suicidio fue la causa principal de muerte de los pacientes con paraplejía completa, y la segunda causa de muerte en los pacientes con

paraplejía incompleta. Además, los autores encuentran que la mayor proporción de suicidios se producen entre el primer y quinto año después de la LM, y también en particular durante el primer año, no así después del quinto año tras la lesión. La SMR la hallaron elevada para todos los grupos neurológicos, pero sobre todo fue más elevada en pacientes con una paraplejía completa. Así mismo dicha razón de mortalidad se presentaba el mayor número en el grupo de edad de 25 a 54 años, aunque también estaba elevada en pacientes menores de 25 años.

Instrumentos de medida de depresión empleados

En ausencia de instrumentos de medida y evaluación de la depresión y ansiedad específicos para pacientes con LM, algunos estudios –aunque pocos– se han dirigido a evaluar las propiedades psicométricas de algunos cuestionarios y test. En este sentido Sakakibara y cols., (2009) en una revisión sistemática reciente, destacan que al menos para 10 de los instrumentos de uso habitual en este tipo de trabajos, existen datos sobre sus propiedades psicométricas en pacientes con LM. Esto haría innecesario el desarrollo de instrumentos específicos para pacientes con LM, breves y autoaplicados para medir síntomas de depresión y ansiedad.

Los instrumentos que han sido evaluados en cuanto a sus propiedad psicométricas en pacientes con LM son:

- Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory (BDI) (Beck y cols., 1961).
- Inventario Breve de Síntomas (BSI) (Brief Symptom Inventory) (Derogatis y Melisaratos, 1983).
- Escala CESD (del inglés Center for Epidemiological Studies Depression Scale: CESD-20 and CESD-10) (Radloff, 1977).
- Escala de estrés, depresión y ansiedad DASS-21 Depression, Anxiety, Stress Scales -21 (Lovibond y Lovibond, 1995).
- Cuestionario de Salud General (GHQ) (Goldberg y Hillier, 1979).
- Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS) Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond y Snaith, 1983).
- Inventario de Síntomas Psiquiátricos de Itfeld (Ilfeld-PSI) Ilfeld Psychiatric Symptom Inventory (Ilfeld, 1976).
- Escala Médica de Malestar Emocional (MEDS), la Medical Emotional Distress Scale (Overholser, 1993).
- Cuestionario de Salud del Paciente, Patient Health Questionnaire (PHQ-9 y PHQ-9-breve) (Kroenke y cols., 2002; Bombardier y cols., 2012).
- Symptoms Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1973).
- Escala de depresión autoaplicada de Zung, Zung Self-Rating Depression Scale (SRS) (Zung, 1965).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albert T, Ravaud JF. Rehabilitation of spinal cord injury in France: a nationwide multicentre study of incidence and regional disparities. *Spinal Cord*. 2005;43: 357–365.
- Ataoglu E, Tiftik T, Kara M, Tunç H, Ersöz M, Akkuş S. Effects of chronic pain on quality of life and depression in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2013;51(1):23-6.
- Beck AT, Ward CH, Mendelsohn M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961; 4:561–571.
- Biering-Sørensen F, Pedersen W, Müller PG. Spinal cord injury due to suicide attempts. *Paraplegia*. 1992;30(2):139-44.
- Bombardier CH, Kalpakjian CZ, Graves DE, Dyer JR, Tate DG, Fann JR. Validity of the Patient Health Questionnaire-9 in assessing major depressive disorder during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012; 93(10):1838-45.
- Craig A, Tran Y, Middleton J. Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*. 2009; 47(2):108-14.
- Dahlberg A, Kotila M, Leppanen P, Kautiainen H, Alaranta H. Prevalence of spinal cord injury in Helsinki. *Spinal Cord*. 2005; 43:47–50.
- Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacology Bulletin*. 1973; 9:13–28
- Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*. 1983; 13:595–

605

- Devivo MJ. Epidemiology of traumatic spinal cord injury: trends and future implications. *Spinal Cord*. 2012;50:365–372.
- Devivo MJ, Black KJ, Richards JS, Stover SL. Suicide following spinal cord injury. *Paraplegia*. 1991;29:620–627.
- Girard R, Minaire P, Castanier M, Berard E, Perrineriche B. Spinal cord injury by falls: comparison between suicidal and accidental cases. *Paraplegia*. 1980;18(6):381–5.
- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9:139–145.
- Hartoonian N, Hoffman JM, Kalpakjian CZ, Taylor HB, Krause JK, Bombardier CH. Evaluating a spinal cord injury-specific model of depression and quality of life. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014;95:455–65.
- Hartkopp A, Brønnum-Hansen H, Seidenschur AM, Biering-Sørensen F. Suicide in a spinal cord injured population: its relation to functional status. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998;79(11):1356–61.
- Harvey C, Rothschild BB, Asmann AJ, Stripling T. New estimates of traumatic SCI prevalence: a survey-based approach. *Paraplegia*. 1990;28(9):537–544.
- Hohmann GW. Psychological aspects of treatment and rehabilitation of the spinal cord injured person. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 1975;112:81–88.
- Ilfeld FW. Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychol Rep*. 1976;39:1215–1228.
- Illes J, Reimer JC, Kwon BK. Stem cell clinical trials for spinal cord injury: readiness, reluctance, redefinition. *Stem Cell Rev*. 2011;7(4):997–1005.
- Jackson AB, Dijkers M, Devivo MJ, Poczatek RB. A demographic profile of new traumatic spinal cord injury—changes and stability over 30 years. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85:1740–1748.
- January AM, Zebracki K, Chlan KM, Vogel LC. Mental health and risk of secondary medical complications in adults with paediatric-onset spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2014;20(1):1–12.
- Judd FK, Brown DJ. Psychiatric consultation in a spinal injuries unit. *Aust N Z J Psychiatry*. 1992;26(2):218–22.
- Kishi Y, Robinson RG, Forrester AW. Comparison between acute and delayed onset major depression after spinal cord injury. *J Nerv Ment Dis*. 1995;183(5):286–92.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann*. 2002;32:509–515.
- Lidal IB, Jensen AE, Larsen TW, Stanghelle JK. Fatigue in persons who have lived with spinal cord injury for >20 years. *Spinal Cord*. 2013;51(2):103–8.
- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33:335–342.
- Migliorini C, Callaway L, New P. Preliminary investigation into subjective well-being, mental health, resilience, and spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*. 2013;36(6):660–5.
- Minaire P, Demolin P, Bourret J, et al. Life expectancy following spinal cord injury: a ten-years survey in the Rhône-Alpes Region, France, 1969–1980. *Paraplegia*. 1983;21(1):11–15.
- O'Connor P. Incidence and patterns of spinal cord injury in Australia. *Accid Anal Prev*. 2002;34:405–415.
- Otis C, Marchand A, Courtois F. Risk factors for posttraumatic stress disorder in persons with spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2012;18(3):253–263.
- Overholser JC, Schubert DSP, Foliart R, Frost F. Assessment of emotional distress following a spinal cord injury. *Rehabil Psychol*. 1993;38:187–198.
- Price M. Causes of death in 11 of 227 patients with traumatic spinal cord injury over period of nine years. *Paraplegia*. 1973;11(3):217–20.
- Radloff LS. CES-D scale: a self report depression scale for research in the general populations. *Appl Psychol Meas*. 1977;1:385–401.
- Radnitz CL, Schlein IS, Walcsak S, et al. The prevalence of posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury. *SCI Psychosocial Process*. 1995;8:145–149.
- Sakakibara BM, Miller WC, Orenczuk SG, Wolfe DL, SCIRE Research Team. A systematic review of depression and anxiety measures with individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2009;47(12):841–851.
- Singh A, Tetreault L, Kalsi-Ryan S, Nouri A, Fehlings MG. Global prevalence and incidence of traumatic spinal cord injury. *Clin Epidemiol*. 2014;6:309–31.
- Ullrich PM, Smith BM, Blow FC, Valenstein M, Weaver FM. Depression, healthcare utilization, and comorbid psychiatric disorders after spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*. 2014;37(1):40–5.
- Van Den Berg M, Castellote JM, Mahillo-Fernandez I, de Pedro-Cuesta J. Incidence of traumatic spinal cord injury in Aragón, Spain (1972–2008). *J Neurotrauma*. 2011;28(3):469–77.
- Van den Berg ME, Castellote JM, de Pedro-Cuesta J, Mahillo-Fernandez I. Survival after spinal cord injury: a systematic review. *J Neurotrauma*. 2010;27(8):1517–28.
- Williams R, Murray A. Prevalence of depression after spinal cord injury: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(1):133–40.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 1983;67:361–370.
- Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;12:63–

Volumen VI
Número 2
Septiembre
2016



*Pathological grief
Risk and
protection factors*

Duelo patológico Factores de riesgo y protección

Vanesa Vedia Domingo

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional de Educación a Distancia UNED

Máster en Psicoterapia Breve y Máster en Psicología Clínica y Psicoterapia por la SEMPYP

Abstract: *Grieving is one of the most painful experiences in life. When a beloved one dies, relatives show different reactions. If the death has been unexpected, traumatic, a homicide, a suicide, a road or an occupational accident, a perinatal death, the psychological malaise is greater than the one of an expected death. When a person disappears and the body cannot be found, there are many more difficulties for the relatives to begin their grief process.*

This article shows the differences between pathological and normal grief processes and some guidelines to take into account for providing psychological help to the deceased's family. Risk factors will be revised in a complex grief and different types of death will be explained before which it is common to have a complicated grief.

Keywords: *grief, pathological grief, prevention, silent grief, suicide, traumatic death.*

Resumen: El duelo es una de las experiencias más dolorosas en la vida. Cuando una persona querida fallece, los familiares muestran diversas reacciones tanto físicas como emocionales.

Si la muerte ha sido súbita, traumática, por homicidio, suicidio, accidente de tráfico o laboral, muerte perinatal, etc. el malestar psicológico es superior al de una muerte esperada. Cuando una persona desaparece y su cuerpo no se encuentra hay muchas más dificultades para que los familiares puedan comenzar el proceso de duelo.

El artículo muestra las diferencias con el proceso normal de duelo y algunas pautas que deben tenerse en cuenta para proporcionar ayuda psicológica al entorno del fallecido.

Se repasan los factores de riesgo para tener un duelo complicado y se desarrollan diferentes tipos de muerte ante las que es común que se complique el proceso de duelo.

Palabras clave: *duelo, evaluación, diagnóstico, prevención, tratamiento, suicidio, muerte traumática, muerte perinatal, duelo silente, desaparecidos.*

INTRODUCCIÓN

Horowitz (1980) define el duelo complicado como aquel cuya intensificación llega al nivel en el que “la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución”.

Podemos definir el duelo complicado o patológico en cuatro apartados:

- **Duelo crónico:** Aquel que tiene una duración excesiva, nunca llega a una conclusión satisfactoria, y la persona que lo sufre es muy consciente de que no consigue acabarlo.
- **Duelo retrasado:** También llamado inhibido, suprimido o pospuesto. La persona tiene una reacción emocional insuficiente en el momento de la pérdida, que se puede deber a la falta de apoyo social, a la necesidad de ser fuerte por alguien más o por algo, o a sentirse abrumado por la cantidad de pérdidas. En un momento del futuro la persona puede experimentar los síntomas del duelo, a veces por una pérdida posterior; y los síntomas pueden ser desproporcionados con respecto a la pérdida.
- **Duelo exagerado:** La persona experimenta la intensificación de un duelo normal, se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa. La persona es consciente de que sus síntomas están relacionados con una pérdida. Incluyen trastornos psiquiátricos mayores que surgen después de una pérdida.

Algunos ejemplos pueden ser la depresión clínica posterior a una pérdida, la ansiedad en forma de ataques de pánico o conductas fóbicas, el abuso de alcohol u otras sustancias y el trastorno de estrés postraumático.

- **Duelo enmascarado:** La persona experimenta síntomas y conductas que les causan dificultades pero no se dan cuenta ni reconocen que están relacionados con la pérdida. Pueden aparecer como síntomas físicos (enfermedades psicosomáticas,...), o conductas desadaptativas, (depresión inexplicable, hiperactividad,...).

Duelo complicado o patológico en las clasificaciones psiquiátricas

En el DSM IV no se diagnosticaba trastorno

depresivo mayor si existían síntomas depresivos que duraban menos de dos meses tras la muerte de un ser querido. Se ha quitado esta exclusión por duelo del DSM V por varios motivos. Primero para eliminar la idea de que el duelo dura solo dos meses, cuando la mayor parte de profesionales reconocen que la duración del duelo suele ser de 1-2 años. Segundo, porque se reconoce que el duelo es un estresor psicosocial grave que puede precipitar un episodio depresivo mayor en un individuo vulnerable, generalmente poco después de la pérdida.

Cuando ocurre un trastorno depresivo mayor durante un proceso de duelo, se incrementa el riesgo de sufrimiento, sentimientos de inutilidad, ideación suicida, peor funcionamiento laboral e interpersonal, y se aumenta el riesgo de sufrir Trastorno por duelo persistente (duelo patológico), que se incluye en el DSM V dentro de “Trastornos para el estudio futuro” con criterios específicos. Tercero, la depresión mayor relacionada con el duelo es más probable que ocurra en individuos con historial personal o familiar de episodios depresivos.

Está influido genéticamente y está asociado con características de personalidad similares, patrones de comorbilidad y riesgo de cronicidad y/o recurrencia como los episodios depresivos mayores no relacionados con el duelo. Finalmente, los síntomas depresivos asociados con el duelo, responden a los mismos tratamientos farmacológicos y psicosociales que los síntomas depresivos no relacionados con el duelo. Aunque la mayoría de la gente pasa un duelo sin desarrollar un trastorno depresivo mayor, la evidencia apoya que se incluya como uno de los estresores que puede precipitar un episodio depresivo mayor.

La CIE-10 emplea el código Z63.4 para referirse al duelo normal (desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia) dentro de los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud, problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas las relaciones familiares e incluye en los Trastornos de Adaptación (F43.2) a las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales para sus manifestaciones o contenidos. (Díaz Curiel, 2011).

Diagnóstico diferencial de duelo normal y duelo patológico

<u>DUELO NORMAL</u>	<u>DUELO PATOLOGICO</u>
<i>A) Momento de aparición</i> A los pocos días del fallecimiento	Semanas o meses después (duelo retrasado) No aparición del duelo (negación del duelo)
<i>B) Intensidad</i> Incapacitante durante días	Incapacitante durante semanas
<i>C) Características</i> Negar aspectos de la muerte: circunstancias, características del fallecido (idealización)	Negar la muerte del fallecido, creer que vive
Identificarse con el fallecido (imitando rasgos, atesorando pertenencias)	Creer que se es el fallecido
Oír la voz, ver u oler al fallecido de forma efímera y momentánea. Reconoce que no es real.	Alucinaciones complejas y estructuradas
Padecer síntomas somáticos similares a los que causaron la muerte del difunto (identificación)	Creer que se va a morir de la misma enfermedad Acudir continuamente al médico por esa causa
Desarrollar conductas en relación al muerto culturalmente aceptables (luto temporal, etc.)	Establecer conductas anormales (conservar cenizas, poner altares, visitar el cementerio diariamente)

Factores de vulnerabilidad para el duelo patológico

Acinas (2011) destaca los siguientes factores de vulnerabilidad para padecer un duelo patológico o complicado:

- Circunstancias específicas de la muerte. Se consideran más traumáticas las muertes súbitas inesperadas e inoportunas, las muertes múltiples, las muertes por asesinato o catástrofe y las muertes por

suicidio o autonegligencia. Por otro lado, cuando la muerte se produce tras largas enfermedades y el cuidador principal ha sido una única persona, el superviviente se siente vacío tras el fallecimiento. También hay dificultades cuando la pérdida es incierta (Ej. un soldado en acto de servicio no se sabe si está vivo o muerto) y cuando hay pérdidas múltiples (Ej.: terremotos, incendios, suicidios en masa).

- Tipo de relación o vínculo con el fallecido. Va más allá de la relación de parentesco, si

la relación con el fallecido era difícil (discusiones, reproches...) se complica más.

- Necesidades y dependencias con el fallecido. Cuando el fallecido era el sostén de la familia o del doliente, económica y/o moralmente se origina vulnerabilidad psíquica y física de supervivientes.
- Convivencia con el fallecido. Esto origina mayor alteración del curso biográfico junto con la muerte imprevista traumática o accidental y las pérdidas acumuladas anteriores o posteriores.
- Pérdidas acumuladas. Los duelos complicados en el pasado tienen mayor probabilidad de repetirse ante nueva muerte.
- Variables de Personalidad e Historia de Salud Mental Previa. Antecedentes psiquiátricos previos, discapacidad física, pérdidas no resueltas y rasgos de personalidad como tendencia a la baja autoestima y dificultad para expresar emociones, se asocian a una mala evolución en el duelo.
- Familia y Apoyo Social. Cuando la red social de soporte no es adecuada, o no es de ayuda, o los casos en que la muerte es negada socialmente, o se crea una conspiración de silencio alrededor del tema, situaciones de aislamiento, desempleo, bajo nivel socioeconómico, separación del ambiente cultural o religioso, otras pérdidas recientes acumuladas y la convivencia en ambientes sobreprotectores que evitan dolor.
- Situación económica. La muerte de un miembro productivo de la familia supone disminución de ingresos obligando, a la familia a adaptarse a la nueva situación y produciendo un estrés adicional.

Predictores de duelo patológico

De Miguel y López (2007) estudian los predictores de riesgo que nos permitirían identificar a las personas que con mayor probabilidad puedan necesitar apoyo tras la pérdida de un ser querido; de esta manera, si es posible anticipar quien puede tener dificultades en la resolución del duelo, también se podrá actuar a modo de prevención y mediante una intervención temprana evitar un posible duelo no resuelto.

Partiendo de que puede haber diferencias según a la población a la que se haga referencia, en líneas generales podemos considerar que los predictores de riesgo de duelo patológico son los relacionados con los siguientes aspectos:

A) Personales:

- Ancianidad o juventud del doliente.
- Trastorno psiquiátrico previo: ansiedad, depresión, intentos de suicidio, trastornos de personalidad.
- Abuso de sustancias psicotrópicas legales o ilegales.
- Duelos anteriores no resueltos.
- Escasez de aficiones o intereses.
- Reacciones de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas.
- Autoconcepto y papel familiar de "persona fuerte": actitud de negación de necesidades afectivas.
- Valoración subjetiva de falta de recursos para hacer frente a la situación.
- Escasez de recursos para el manejo del estrés.
- Baja autoestima y baja confianza en sí misma.

B) Relacionales:

- Pérdida del hijo/a, cónyuge, padre o madre en edad temprana y/o hermano en la adolescencia.
- Relación dependiente del superviviente respecto del fallecido: física, psicológica, social, económica. Adaptación complicada al cambio de papel.
- Relación conflictiva o ambivalente. Sentimientos encontrados de amor/odio no expresados.

C) Circunstanciales:

- Juventud del fallecido.
- Muerte súbita, accidente, homicidio, suicidio.
- Muerte incierta: desaparecidos.
- Pérdida múltiple: varios miembros de la familia y/o varias pérdidas juntas, el trabajo, la casa, etc.
- Acumulación de acontecimientos vitales estresantes en el sujeto.
- Duración de la enfermedad y la agonía.

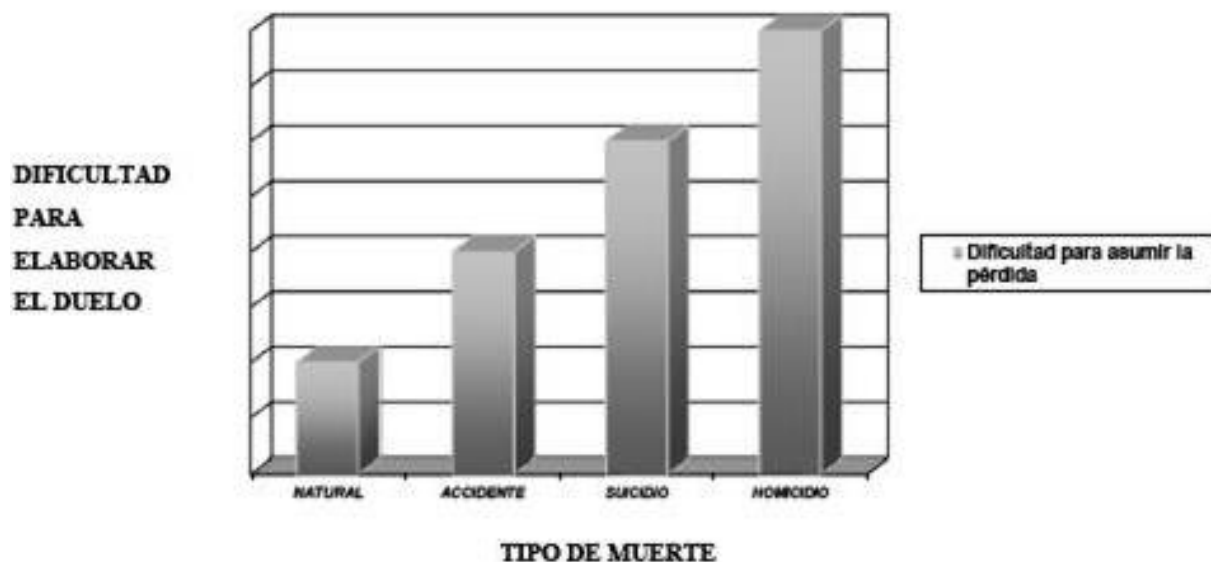
- No recuperación del cadáver. Cadáver con aspecto dañado o deformado.
- Imposibilidad de ver el cuerpo.
- Recuerdo doloroso del proceso: dificultades diagnósticas, mal control de síntomas, relaciones inadecuadas con el personal sanitario.
- Muerte estigmatizada: sida, pareja homosexual o no aceptada.

D) Sociales:

- Personas que viven solas.

- Ausencia de red de apoyo social/familiar.
- Disfunción familiar.
- Recursos socioeconómicos escasos.
- Responsabilidad de hijos pequeños.
- No poder hablar socialmente de la pérdida.
- Otros factores estresantes: conflictividad laboral, tipo de proyecto vital interrumpido.

Diagnóstico diferencial de duelo normal y duelo patológico



Duelo por muerte traumática

Según Acinas (2012), las muertes traumáticas se pueden producir por múltiples circunstancias: asesinatos, homicidios, ajustes de cuentas, accidentes de tráfico o laborales, y en cualquier otra circunstancia en la que haya violencia o intención de matar a las personas.

Las muertes súbitas son mucho más difíciles de elaborar que otras muertes en las que hay algún aviso previo de inminencia de la muerte. Tiene unas características definitorias propias (Worden, 1997):

- Deja al superviviente con la sensación de irrealidad e incredulidad; por eso es normal que se muestre insensible, aturdido.

- Se produce una exacerbación de los sentimientos de culpa. Aparecen pensamientos del tipo: "Si no le hubiera dejado salir esa noche"; "Si le hubiera dicho...", "Si hubiera ido a buscarle al salir de trabajar"... En los niños se ha encontrado la culpa asociada a la realización de un deseo hostil (los niños a veces desean que sus padres o sus hermanos estén muertos, cuando se enfadan con ellos); si la persona fallece, la situación les carga con una tremenda culpa.
- Necesidad de culpar a alguien; alguna persona (de la familia o no) se puede convertir en el blanco de las mismas.
- Las autoridades médicas y legales tienen una fuerte implicación, porque a veces no es

posible comenzar a elaborar algunos aspectos del duelo; si se necesitan dos días más para poder hacer la autopsia, eso retrasa el sepelio y complica las reacciones emocionales; si se requiere un juicio, hasta que éste no finaliza la familia no puede estar tranquila y si el resultado es que el presunto acusado no recibe castigo las reacciones de la familia pueden dispararse. Algunos se sienten victimizados por el sistema, por ejemplo, aplazamientos en la salida del juicio, pueden tener dos posibles efectos: retrasar el proceso de duelo (porque las personas están concentradas en los detalles del juicio) o cuando la sentencia es favorable a los intereses de la familia, se puede “cerrar el caso” y comenzar la última parte de la elaboración del duelo.

- Sensación de impotencia en el superviviente. Se percibe como un ataque a la sensación de poder y orden; se puede proyectar hacia el personal sanitario u otros profesionales que atienden a la familia.
- El superviviente presenta una agitación manifiesta, sensación de lucha- huida.
- Los asuntos no resueltos: son una fuente de preocupación importante, porque generan remordimientos.
- Aumento de la necesidad de entender lo sucedido y porqué una persona puede morir en esas circunstancias de una manera totalmente inesperada. Encontrar las razones o las causas últimas, se relacionan con la necesidad de dominio cuando la muerte ha sido traumática. Necesitan atribuir una causa y un culpable. Por eso en algunas ocasiones se tambalean las creencias religiosas.

Como bien recogen García-Viniegras y Pérez Cernuda (2013), el duelo en las muertes inesperadas se asocia con manifestaciones depresivas más intensas y duraderas que en las muertes de alguna manera esperadas, pueden agudizarse enfermedades previas u ocurrir el debut de nuevos padecimientos.

También se observa que el doliente asume con frecuencia conductas de riesgo para la salud como el consumo excesivo de alcohol, cigarrillos o psicofármacos.

Cuando la muerte ocurre en accidentes ya sean de índole natural como son huracanes,

derrumbes, terremotos o los causados por fallos humanos, como son accidentes aéreos, automovilísticos, marítimos, etcétera, produce en el doliente una serie de reacciones que puede complicar el proceso de duelo por lo inesperado y traumático del suceso. En muchos casos, la muerte accidental o la desfiguración lleva a los dolientes a no querer o no poder ver el cuerpo; sin embargo, se ha comprobado que ver el cuerpo o una parte del mismo ayudará a iniciar el proceso del duelo porque significa hacer frente a la irreversibilidad de la pérdida.

Duelo desautorizado o silente

Para Pérez (2014), ciertas normas sociales tácticas orientan sobre quién puede y debe hacer el duelo, cómo, por quién y por cuánto tiempo, salirse de esos condicionamientos, hace que algunos dolientes sufran en soledad y sin apoyos al no verse autorizados para expresar lo que sienten sin encontrar una escucha a su malestar ya que los familiares y amigos evitan hablar del tema.

En este proceso se experimenta una pérdida que no puede ser reconocida o expresada abiertamente ante la sociedad. Se ocultan por miedo a sufrir discriminación, desprecio humillación o vergüenza.

Cuando la pérdida es reconocida socialmente se permite que la persona exprese sus sentimientos abiertamente, y comparta su dolor, eso facilita el proceso sano y constructivo de la ésta, con ello se sitúa en su realidad y su presente ya que a través de la narrativa se promueve el aprendizaje personal y social de la experiencia.

Los duelos silentes o prohibidos desencadenan procesos complejos y dolorosos. Se forma una sensación de soledad agónica en la cual la persona transita por un recorrido lleno de emociones, representaciones mentales, frustración, dolor intenso y conductas que están vinculadas con la pérdida de un ser querido o algo importante para el doliente. Son aquellos duelos, que por no estar socialmente aceptados, son ocultos, silenciosos, solitarios.

La angustia del que vive una de estas experiencias, le impide compartir sus emociones, teniendo en consecuencia: un duelo

complicado.

Un claro ejemplo de este tipo de duelo son las relaciones homosexuales no reconocidas públicamente. Son incomprendidos porque la muerte de un “amigo” no es igual a la de un cónyuge.

La relación de amantes también se encuentra fuera de los límites socialmente permitidos. Por ello el secreto y la vida oculta. Cuando alguno muere, no hay apoyo social y no se consideran dolientes. Existe descalificación social, las personas creen que no existe motivo para el duelo cuando por decisión propia se ha aceptado ese tipo de relación. Los duelos más el estigma conducen a un silencio predictor de duelo crónico.

A veces se trata con silencio y secretismo el aborto. Cuando el embarazo no había sido anunciado a la gente cercana, puede suceder que se oculte todo el proceso con la idea de no tener que dar explicaciones. Esto favorece que no se pueda elaborar el duelo por el hijo perdido. También surgen dudas sobre si es posible elaborar un proceso de duelo a alguien que no vivió, que no llegó a nacer.

En muchas ocasiones existe duelo silente en muertes censuradas como podrían ser el suicidio, el sida o la sobredosis. La familia y amigos pueden sentir vergüenza y culpabilidad, por lo que evitan hablar de la muerte.

Duelo ante la muerte por homicidio

Según Corredor (2002), el duelo de los allegados a las víctimas de homicidio suele verse como duelo complicado o como conjunción de las características del duelo normal y trauma (Redmond, 1996; Rando, 1993, 1996; Spungen, 1998; Nader, 1997).

En el duelo por homicidio, por ejemplo, los tiempos e intensidades de las reacciones aumentan significativamente.

Las manifestaciones de los momentos iniciales del duelo se asemejan a las reacciones postraumáticas. Desde la perspectiva del duelo traumático, las reacciones postraumáticas ocurren como respuesta inicial a la muerte; si

el estrés postraumático o agudo no es superado trunca el desarrollo del proceso de duelo. Al mismo tiempo, la victimización por homicidio puede generar secuelas cognitivas de trauma que persisten durante toda la vida.

El homicidio constituye un grave problema social que genera miles de víctimas secundarias. Se calcula que cada homicidio victimiza tres o cuatro personas diferentes a la que es asesinada debido a los efectos psicológicos, sociales y legales que produce.

Adicionalmente, muchas de ellas deben establecer algún tipo de relación con la justicia a causa del homicidio, desde el momento en que el sistema penal emprende una serie de acciones que tienen como fin el logro de un castigo ajustado a la ley para los homicidas.

Según los planteamientos acerca del duelo por homicidio, las reacciones a la ausencia de castigo dificultan la adaptación a la pérdida fijando a los dolientes a emociones como la ira e impidiendo que surjan nuevos intereses y que la muerte sea asimilada. El sistema judicial representa para los dolientes la oportunidad de cobrar venganza u obtener un castigo contra el culpable. El fallo penal significa el logro o la frustración de esta meta y a menudo es la principal fuente con la que se aspira a restablecer la equidad perdida. Los fallos en los que se encuentra a los acusados como inocentes frustran a los dolientes, pero también cuando se dictan castigos, sin importar su gravedad, los dolientes suelen quedar insatisfechos y sin alivio (NOVA, 1985). Desconocer quién asesinó al ser querido y pensar que el responsable no ha recibido

“su merecido” son problemáticas que atormentan y suelen estar acompañadas de un intenso deseo de hacer justicia. Este puede motivar conductas improductivas que tienden a obtener un castigo como emprender investigaciones por cuenta propia o durar años en función de procesos penales infructuosos; para algunos dolientes “el arresto se constituye de forma irreal como la panacea que restauraría la vida de la víctima y devolvería la normalidad a su propio mundo” (Spungen, 1998, p.102). Sentencias acusatorias y penas severas son percibidas como necesidades psicológicas.

Uno de los temas principales para los dolientes es la ira contra las personas a quienes se les atribuye algo de responsabilidad por la muerte. Crueles deseos y fantasías son frecuentes sin que importen las tendencias hostiles o agresivas previas a la victimización (Spungen, 1998; Redmond, 1996; NOVA, 1985, Schmidt, M; Beard, M, 1999), y, junto a la ira, se constituyen como alternativas para ganar control sobre la situación y pueden volverse arrolladoras consumiendo gran parte del tiempo y esfuerzo de las personas. La ira es una emoción que puede cumplir una función autoprotectora en el duelo. Evita la confrontación con el dolor y otras emociones negativas provocadas por la pérdida, impidiendo aceptar la pérdida y comprender sus implicaciones.

Duelo por familiares desaparecidos

Para Acinas (2012) hay multitud de situaciones en las que puede producir duelo por desaparecidos: catástrofes naturales, secuestros, marineros ahogados, alpinistas sepultados, víctimas bajo escombros de terremotos, desaparecidos durante una guerra por cuestiones políticas...

Actualmente existen otras realidades en distintas partes del mundo donde se hace necesaria la elaboración de duelos por desaparición, por ejemplo, en países con conflictos armados donde la guerrilla secuestra ciudadanos indiscriminadamente para ejecutarlos y con frecuencia no es posible hallar sus cuerpos.

En ocasiones, la situación es difícil para los familiares y allegados de la persona desaparecida porque después de muchos días de búsqueda, tanto las fuerzas de orden público como los vecinos, pueden retirarse de la zona donde se supone que está el cuerpo. Todo esto incrementa la sensación de vulnerabilidad y tristeza de los supervivientes (tanto de los familiares y allegados, como de otros posibles compañeros que pudieron compartir con él la situación: se salvaron pero se vieron impotentes para ayudar).

Se pueden producir enfrentamientos entre los que quieren continuar la búsqueda y los que defienden la postura de abandonar y cerrar el

dispositivo, lo que acrecienta el dolor de las personas y puede reabrir viejas heridas.

En España se requieren 10 años (sin ningún tipo de indicio) para declarar a una persona desaparecida como muerta. Esto influye a otros niveles, como el económico, porque hasta que no se haga este reconocimiento el cónyuge no puede recibir la pensión de viudedad.

Algo que distingue a los familiares de las personas que han desaparecido es la perseverancia, la insistencia en buscar sin descanso, algún signo de vida o de no-vida. La sensación es que no está muerto del todo. Hay una rememoración intensa de los últimos momentos de la persona querida, de la ropa que llevaba, de lo que hicieron al saber que no estaba.

La elaboración del duelo tarda más en iniciarse y es más costosa de elaborar. Hay mucho más apego a algunos objetos personales del fallecido y cuesta más deshacerse de sus posesiones o se mantienen durante más tiempo sus cosas, como si fuera a aparecer /volver algún día. Son mucho más patentes los fenómenos de "aparición" (pseudolucinaciones) en los que los familiares y allegados "creen" ver a la persona desaparecida.

Hasta que no hay constancia real de que el cuerpo ha aparecido sin vida, no hay un "permiso" personal y social para empezar a elaborar el duelo; el cuerpo sin vida es el elemento q confirma fehacientemente la muerte irreversible.

Los rituales colectivos son de gran importancia para la elaboración del duelo y la falta del cuerpo los obstaculiza porque es el elemento central.

Es importante establecer algún lugar donde simbólicamente se encuentre la persona fallecida (una roca, un banco de un parque, un recoveco de una playa...), para que la familia, si lo desea pueda ir allí a dejar flores, a rezar o a sentir /hablar con la persona perdida.

En algunos casos, aunque no haya aparecido el cuerpo y dadas las circunstancias de la muerte y la presencia de ningún otro indicio de vida, se puede considerar que la persona ha muerto;

pero a pesar de ello la incertidumbre continúa, y con rumiaciones cognitivas en cuanto a lo que pasó.

Se recomienda, cuando ya no hay posibilidades de que aparezca la persona viva, realizar ritual de despedida que sirva de punto y aparte y cerrar asuntos pendientes.

En estos tipos de duelo, el apoyo social cobra mucha más importancia que en duelos que se producen por otras circunstancias; las personas necesitan sentirse comprendidas, arropadas, acompañadas...

Duelo ante muerte por suicidio

El suicidio es definido por la (OMS, 1976) como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera que sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”.

La representación más extendida sobre el suicidio está asociada a la imagen de un acto individual con un propósito claro. Sin embargo, cada vez más, este evento de la vida humana es considerado en toda su complejidad.

Las conductas suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta.

Se considera intento de suicidio a toda acción auto-infligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal.

Mitos sobre el suicidio

Piña Martínez (2014) destaca la importancia de considerar todos los aspectos que rodean al suicidio, entre ellos están el tabú (social, cultural, religioso) y los mitos que envuelven a este acto.

A medida que han avanzado las investigaciones acerca del suicidio y se ha

difundido la experiencia del trabajo psicoterapéutico, muchos mitos se han terminado; sin embargo, otros se han mantenido vigentes, y es necesario cuestionarlos. Uno de los mitos más fuertes y arriesgados es suponer que la persona que ha cometido un intento de suicidio no va a cometer otro. Si la persona intentó suicidarse una vez y no ha resuelto la crisis que está viviendo o no ha recibido apoyo adecuado de un profesional, se incrementa el riesgo de manera considerable de que lo intente nuevamente y con mayor probabilidad de lograrlo, y más aún si el propio terapeuta asume que el suicida fallido no reincidirá (Eguiluz, 2010).

Otros mitos son de naturaleza diversa. Hay quien piensa que solo los ancianos se suicidan, que quien se suicida es un cobarde o un valiente, que si se reta a un suicida éste no lo intenta, que quien lo dice no lo hace y que el suicidio se hereda.

Aspectos psicológicos del suicida

Es importante considerar las características y los rasgos de personalidad que están presentes en un suicida (Piña Martínez, 2014):

- Infelicidad: Las causas son muy diversas, puede tratarse desde una autoestima pobre hasta serias complicaciones psicológicas y fisiológicas.
- Dependencia: Imposibilidad para asumir sus acciones y pensamientos de manera autónoma, necesidad de tener a alguien en quien apoyarse y que prácticamente resuelva sus problemas cotidianos. Esta característica está ligada al miedo a la soledad.
- Ausencia de sentido de la vida, desesperanza: Relacionada con las dos características anteriores. Existe el miedo a la frustración.
- Depresión: De origen y manifestaciones muy variadas. El suicidio es generalmente el resultado de una depresión profunda.
- Perfeccionismo: Personas con un pequeño umbral para la frustración ya que su autoestima depende de sus logros, y pueden llegar a sentir que no valen nada como personas por las faltas cometidas.

- Soledad: Afecta sobre todo a personas mayores; sin embargo, los adolescentes y adultos no están exentos de vivir un aislamiento real o imaginario.
- Impulsividad: Reacciones generalmente irracionales, muchas veces están ligadas a la ausencia de algunas sustancias químicas indispensables para el equilibrio emocional, aunque no siempre es el caso.
- Expectativas irreales: Miedo al fracaso. En ocasiones se trata de actitudes de fantasía, que, al no verse cumplidas, se ve a la muerte como un medio de gratificación: querer alcanzar a un ser querido, por ejemplo.

Si a estos rasgos y características le añadimos el consumo de drogas y alcohol, tenemos un individuo potencialmente suicida.

Está comprobado que el elemento psíquico es determinante para llevar a cabo el acto suicida. Los problemas no resueltos durante las etapas de desarrollo infantil y la estructuración de la personalidad son dos factores sumamente importantes que influyen en la decisión del suicida.

Suicidio en la familia

Siempre es sorprendente el suicidio, lo es para todas las personas involucradas afectivamente con quien comete suicidio. Por lo general, es difícil prever un acto suicida, por muchas medidas que se tomen, siempre existe la posibilidad de que suceda y ello llena de un profundo malestar a las familias.

Son muchas las preguntas e inquietudes que surgen a partir de ello, lo que se hizo, lo que no se hizo, lo que se dijo, lo que no se dijo, giran obsesivamente en el ambiente familiar y suscitan sentimientos de muy difícil verbalización. Todos se preguntan si el suicidio es una expresión de una enfermedad individual o si es una expresión de una disfuncionalidad familiar; es difícil no sentirse en algún sentido responsable por la muerte por suicidio de un ser querido.

Las tasas de suicidio en el mundo han aumentado de forma notable y sobre todo en personas jóvenes, lo cual deja una estela de

dolor en un amplio espectro de personas que se relacionan con el suicida. Las familias son directamente afectadas, así como los amigos, conocidos y sin duda los médicos, de manera que en los familiares de personas que han cometido suicidio aumenta el riesgo de sufrir trastornos de ansiedad y depresión (Shaffer, 2001).

El suicidio, por lo general, es un fenómeno de difícil elaboración, ya que sucede de una manera repentina, inesperada, que interpela a los sobrevivientes de muchas maneras y socialmente es inaceptable en la mayoría de las culturas. Es vivido en la familia como un verdadero ataque a su equilibrio, que afecta la estructura y la organización. Cada suicidio afecta siempre a un grupo de personas amplio y genera sentimientos de abandono que suscitan preguntas de reclamo y recriminación, como: ¿por qué me ha hecho esto a mí?; sentimientos de culpa que cuestionan la participación personal: ¿podría haber hecho algo para evitarlo?; sentimientos de vergüenza que despiertan ansiedades paranoides: ¿qué pensarán de nosotros, de nuestra familia, de mí, las demás personas?; sentimientos de estigma que victimizan el entorno familiar: ¿seremos una familia maldita, tenemos alguna maldición?; y sentimientos autodestructivos. Pero, sobre todo, el impacto del suicidio en la familia pone en evidencia la inutilidad y la invalidez de la epistemología personal y familiar para entender y comprender ese acto, como lo expone Antón (2010).

Uno de los aspectos más complejos del fenómeno del suicidio en la familia es que con frecuencia se convierte en un secreto familiar. Adicionalmente, el secreto se transforma en un consenso compartido, cuya naturaleza adquiere la dimensión de un tema tabú, no dialogable, lo que es preciso ocultar a los otros que no forman parte de la familia. Este aspecto se confirma en la apreciación de Cain (1973), para quien el suicida deposita muchas incertidumbres y todos sus secretos en los sobrevivientes, y de alguna forma los sentencia a afrontar sentimientos angustiosos y negativos que los obsesiona con la culpa, la probable responsabilidad y la posibilidad de haber contribuido a precipitar el acto suicida.

Se cierne sobre el colectivo familiar, un

estigma que posiciona al grupo en la categoría de gente rara, insana; algo les sucede que no es normal, porque un hijo, el padre o cualquier otro miembro se suicidaron. Para Pérez y Mosquera (2006), la muerte por suicidio genera una más intensa estigmatización, con más frecuencia sentimientos de culpa, muy pocos deseos de hablar sobre la muerte y fuertes cuestionamientos en relación con lo que se pudo o se debió hacer. De entrada, el suicidio genera una respuesta de rechazo, debido a la fuerte calificación como acto contra natura para la mayoría de las creencias religiosas que las personas practican. Se supone que el colectivo social hace muchas cosas para preservar y prolongar la vida (sistemas de salud, prácticas religiosas, legislación del Estado, etc.). El hecho de que alguien decida finalizar su proceso vital no parece ser aceptable para la mayoría de las personas y ello genera siempre una mirada moral sobre el suicida y su familia. El estigma del suicidio incorpora el juicio moral sobre el suicida, pero, especialmente, sobre quienes lo sobreviven y fueron cercanos a él. La recriminación más frecuente está en el orden de la culpabilización por los posibles actos y omisiones que se produjeron para impedir que tal hecho sucediera, y no solo involucra a los deudos actuales del fallecido, sino que tiene implicaciones transgeneracionales que se proyectan en el futuro de la vida familiar y en cada una de las existencias individuales de sus componentes. En algún sentido, cargan con el fantasma de un muerto que pesa sobre su identidad como la evidencia de un daño o fallo que de alguna forma comparten como miembros del mismo colectivo familiar.

Según John Bradshaw, en su capítulo “Los secretos ocultos de sus antepasados” (Bradshaw, 2000), en el que presenta el Diagrama generacional de James Jelder, la mayoría de las familias que guardan secretos oscuros producen un gran impacto transgeneracional, en particular nos interesan los que impiden que la familia pueda resolver los problemas del pasado y, por lo tanto, mantienen la disfunción generacional. Es decir, en el caso del suicidio de algún antepasado y que este hecho no se haya querido revelar se convierte en un secreto que se mantiene mediante mentiras y engaños: “un secreto lleva a otro”. Si este secreto guarda un

suicidio y la muerte de esa persona ha sido explicada a sus descendientes como una muerte natural, una enfermedad prolongada o un accidente, entonces, el solo hecho de mantener este secreto genera ansiedad, ya que la familia deberá estar permanentemente en estado de alerta para que nada se descubra, y se ve en la obligación de evitar ciertos temas y de distorsionar la información para que el secreto no sea desvelado. Es importante recordar que las víctimas del suicidio muchas veces provienen de familias con problemas sociales difíciles como el alcoholismo, la violencia o el abuso infantil. En este contexto existen ya sentimientos ambivalentes y el suicidio sirve para aumentarlos.

El suicidio frente a cualquier otro tipo de muerte tiene la particularidad de que no solo trae, como toda muerte, el sentimiento de pérdida, sino que, más allá de ello, ya de por sí doloroso, incorpora en la vida de las personas sentimientos de vergüenza, miedo, rechazo, enfado y culpa. Porque, en algún sentido, genera en los deudos pensamientos relacionados con su papel real o imaginario a la hora de haber precipitado o haber fracasado en evitar el suicidio, ello hace que por lo general el duelo en la muerte por suicidio sea más intenso y dure más tiempo, aunque no necesariamente sea así siempre.

También, nos encontraremos con sentimientos de temor premonitorio en los deudos, expresado en el miedo a la amenaza interna de ser víctima de los propios impulsos autodestructivos. Cuando los suicidas son padres, los hijos pueden sentirse invadidos por el sentimiento de un sino fatal, una trágica predestinación que los vincula con el suicidio como un destino, máxime cuando se une el temor de portar un estigma genético.

Secuelas psicológicas en la familia

Piña Martínez (2014) recoge una serie de secuelas psicológicas que se producen tras el suicidio de un familiar:

- Tristeza y rabia: Durante la fase de incredulidad aparece también la tristeza, aunada a algunos síntomas físicos, tales como dolores precordiales, hipersensibilidad, sentimientos de irrealidad, trastornos del

apetito y del sueño. Después llegará la fase de rabia, que puede ir dirigida hacia uno mismo, por no haber sabido o no haber podido evitar el suicidio; hacia los médicos, por no haber sido capaces de impedir la decisión del familiar; hacia el suicida, por haberse dado por vencido y haber rechazado la ayuda que se le prestó o se hubiera estado en disposición de prestarle.

- **Fracaso de rol:** Este sentimiento está ligado a la culpa, sobre todo en el caso de las madres quienes, por su rol de protectoras y cuidadoras, sienten haber fracasado y encuentran muy difícil comprender por qué, a pesar de sus desvelos, sus cuidados, sus intentos de protección y sus esfuerzos de contención, hayan sido inútiles para evitar la tragedia.

- **Miedo:** Es una respuesta normal después de un suicidio. Está presente en la mayoría de los familiares del suicida y tiene que ver con una especie de vivencia que los hace sentirse vulnerables y en riesgo de repetir la conducta del suicida o de padecer una enfermedad mental que les empuje a ello. Este sentimiento que afecta, sobre todo a los más jóvenes, queda reforzado cuando cada uno entra en contacto con sus propios pensamientos autodestructivos.

Un temor a una predestinación se hace presente entre varios integrantes de la familia. La familia del suicida puede experimentar un tremendo horror al pensar que el suicida haya podido arrepentirse cuando ya era muy tarde, cuando las fuerzas lo habían abandonado, y no haber podido evitar la muerte, a pesar de haberlo deseado. Se sabe que los niveles de ansiedad son más altos entre los supervivientes de suicidios que entre los de muertes naturales.

Un aspecto importantísimo en la investigación de Worden (1991) es el que llevó a cabo con familias en las que hubo varios suicidios. Se encontró con que los supervivientes vivían en un estado altísimo de ansiedad por miedo a la transmisión genética de la tendencia. Algunos de sus pacientes venían a consulta desesperados ante la idea de tener descendencia con características suicidas; incluso encontró a personas que se negaban rotundamente a tener hijos, por miedo a que heredaran la fatídica carga familiar.

- **Culpa:** La culpabilidad es como un enorme peso en la familia del suicida. Este sentimiento está íntimamente ligado a la sensación de fracaso que se experimenta por no haber sido capaces de evitar la muerte del familiar. El no haber podido detectar oportunamente las señales que anunciaban lo que ocurriría, el no haber puesto atención en las llamadas de auxilio del suicida, las que habitualmente consisten en gestos, intentos de suicidio previos, así como no haber logrado la confianza del ser querido para que éste manifestara sus ideas suicidas constituyen una terrible carga moral para la familia. Otras veces la culpabilidad la ocasiona el no haber tomado una medida a tiempo, a pesar de reconocer las manifestaciones de un deterioro emocional y psicológico que seguramente conducirían al suicidio. Se ha comprobado que, muchas veces, cuando la culpabilidad es insoportable, el familiar puede fallecer de alguna causa médica poco después del suicida, o bien, puede también cometer un acto suicida para acabar con su culpa. Este sentimiento de culpa es particularmente cuando el suicidio ha ocurrido en el contexto de algún conflicto interpersonal entre el fallecido y el superviviente.

A pesar de que los sentimientos de culpa son normales después de cualquier tipo de muerte, en el caso de suicidio se pueden exacerbar seriamente. Debido a la intensidad de la culpa las personas sienten que necesitan ser castigadas y pueden actuar con la sociedad de manera que, a su vez, dicha soledad las castiga a ellos. El alcoholismo, la drogadicción y la delincuencia pueden ser ejemplos de esta conducta de autocastigo, aunque, cabe aclarar, que no todos los delincuentes, alcohólicos y drogadictos son producto de esta conducta, ni que todos los supervivientes terminan siendo delincuentes alcohólicos o drogadictos.

La culpa se puede también manifestar culpando a otros. Algunas personas controlan su propia sensación de culpabilidad proyectándola en otros y culpándolos de la muerte. Encontrar a alguien a quien echar la culpa puede ser un intento de afirmar el control y de encontrar significado en una situación difícil de entender.

- **Sentimientos de traición y abandono:** El impacto del suicidio en una familia no es de

ningún modo el mismo para cada integrante. En el caso de los hijos y la esposa o esposo, se añade, a la tristeza y el dolor, el sentimiento de abandono y traición. Los hijos no pueden entender cómo su padre fue capaz de abandonarlos, de haber cometido el acto de suicidio sin haber pensado en ellos; para el cónyuge, es una traición, pues sienten que su pareja pensó más en sí mismo y no le importó dejar sola o solo al cargo de una familia. Los proyectos truncados son también un motivo para que un esposo o esposa se sientan traicionados. El desamparo se instala de manera mucho más fuerte que en los hermanos, primos, etc.

- **Vergüenza:** La mayoría de las familias vive el suicidio como un verdadero estigma que les llena de vergüenza y que no les es fácil sobrellevar. Existe entonces la necesidad de enmascarar una realidad terriblemente dolorosa. Se fabrica así un verdadero tabú sobre lo que en realidad le sucedió a la víctima. Es una forma de protección y al mismo tiempo algo que no se quiere aceptar porque resulta más amenazante de lo que uno está dispuesto o capacitado a soportar. La presión emocional añadida no sólo afecta a las interacciones del superviviente con la sociedad sino que puede, además, alterar de manera importante las relaciones en la unidad familiar. Es muy frecuente que los miembros de una familia sepan quién conoce y quién no los hechos que rodean la muerte y, casi con un acuerdo tácito, ajusten su conducta los unos a los otros basándose en ese conocimiento. (Worden, 1991)

- **Pensamiento distorsionado:** Frecuentemente los supervivientes, especialmente los niños, necesitan ver la conducta de la víctima no como un suicidio sino como una muerte accidental. Lo que se crea es un tipo de comunicación distorsionada en las familias.

La familia crea un mito respecto a lo que realmente le pasó a la víctima y si alguien lo cuestiona llamando a la muerte por su nombre real, provoca el enfado de los demás, que necesitan verla como una muerte accidental o cualquier otro tipo de fenómeno natural. Worden asegura que este tipo de pensamiento puede resultar útil a corto plazo, pero a la larga no es nada productivo.

Duelo en niños por suicidio de sus padres

García-Viniegras y Pérez Cernuda (2013) exponen que si el suicidio lo ha realizado uno de los padres, los niños tienen una reacción típica que consiste en negar lo ocurrido, mostrarse llorones e irritables, con cambios anímicos bruscos y dificultades con el sueño y el apetito e intenciones suicidas que adquieren el significado de reunión. Pueden presentar alteraciones perceptivas como escuchar voces dentro de la cabeza y ver el fantasma de la madre o el padre fallecido. También pueden tener pensamientos de haber sido el causante de la muerte o sentir agresividad hacia el progenitor suicida por estar ausente definitivamente. En estos casos, la familia debe decir la verdad de lo sucedido, con un lenguaje claro, sencillo y comprensible. Debe prestarse soporte emocional por parte de una figura sustitutiva, como puede ser un hermano mayor, un tío o tía, según sea el caso.

En ocasiones, sobre todo para los hijos adolescentes, explicar la muerte por suicidio como un síntoma de una enfermedad mental grave puede disminuir el riesgo de la imitación, ya que la enfermedad mental es rechazada por la inmensa mayoría de las personas.

Es difícil decidir el momento adecuado para hablarle al niño sobre el suicidio. El mejor momento para hacerlo puede ser el de la muerte misma, antes de que otros niños lo comenten.

El concepto de muerte y su proceso en el niño, se relacionan con su edad. En general, los niños comprenden mejor el asesinato que el suicidio, porque conocen y están familiarizados con sus sentimientos agresivos. Si el padre superviviente opta por mantener el secreto o deformar la realidad de los hechos, el niño se dará cuenta de que hay algo que se le oculta o es incongruente con la realidad que aprecia, lo cual levantará una barrera en la comunicación entre padre e hijo, precisamente en un momento en que el niño necesita expresar sus ambivalentes y conflictivas emociones. Ante esta situación, en el niño pueden existir deseos de morir existiendo incluso intenciones suicidas que adquieren el significado de reunión con el ser querido fallecido. La familia,

por tanto, debe enfrentar la realidad y explicarles la verdad de lo sucedido.

La estructura de la personalidad del niño y su nivel de desarrollo en el momento del suicidio hacen que la reacción sea absolutamente individualizada. En muchos casos, antes del suicidio, ya existían problemas de desarrollo en los niños.

Además de ello, los niños están frecuentemente involucrados en algunos aspectos del acto mismo del suicidio. El sentimiento dominante originado por el suicidio de uno de sus padres es el de culpabilidad y su origen puede ser diverso. Dado que la forma de pensar de los niños es eminentemente concreta y caracterizada por un concepto deformado de causalidad, egocentrismo y pensamiento mágico al interpretar las realidades psíquicas, muchos creen que determinados incidentes inmediatamente anteriores al suicidio -sobre todo quejas de sus padres por su mala conducta - son la causa directa de su muerte intencional.

El sentimiento de culpabilidad del niño se suele concentrar también en el propio acto de suicidio y es matizado por cuestionamientos del tipo « ¿Cómo pudo, cómo debió evitarlo?» Este sentimiento de culpa es intenso y agobiante, y sus efectos son claramente visibles: declaraciones insistentes y directas de culpabilidad, depresión, comportamiento provocativo, auto-castigo, conducta obsesiva, pensamientos cargados de culpabilidad y esfuerzos desesperados para defenderse demostrando que es absolutamente bueno, que no hace daño a nadie y que no es malo ni peligroso.

Las implicaciones del suicidio paterno y sus graves consecuencias a largo plazo sobre la estructura psíquica del niño, exigen una cuidadosa y continuada vigilancia a todo lo largo del duelo desde una perspectiva multidimensional y multidisciplinaria.

El duelo por suicidio

Según exponen García-Viniegras y Pérez Cernuda (2013), el suicidio de un ser querido es una tragedia devastadora que deja despedazada la vida de los supervivientes y

produce un duelo muy traumatizante. La persona en duelo se va a ver inmersa en una situación especialmente agotadora. Agotadora porque no comprende, duda incluso que haya podido ser así, se rebela contra Dios o contra el destino, contra el hecho mismo del suicidio, se siente culpable y se puede sentir también asediada en cualquier momento por las imágenes traumáticas de la muerte. Quizás no encuentre tampoco en su entorno la ayuda que hubiera recibido de tratarse de una muerte por accidente o enfermedad. Además, este tipo de muertes inesperadas no permite realizar un cierre en la relación, es decir, despedirse o resolver algún asunto pendiente.

En estos casos, una de las primeras reacciones suele ser negar la muerte de la persona. La gente parece querer convencerse a sí misma que su negación es legítima y que la muerte de su ser querido realmente no ha ocurrido. Luego se intenta buscar la razón de la muerte, se oyen comentarios como «¿Qué fue lo que pasó?», «¿cómo murió?». En este punto la causa de la muerte es importante para reconocer la pérdida y se hace muy difícil para muchas personas no encontrar las respuestas. Hay mucha confusión y no hay respuestas. Existe una urgente necesidad de encontrar una justificación racional, una causa medianamente aceptable. El doliente reconstruye obsesivamente los eventos y el escenario en que sucedieron, buscando entender esa muerte y obtener control sobre ella.

Generalmente, la familia del suicida rechaza hablar de ello con otras personas, debido al estigma que frecuentemente acompaña al suicidio en nuestra cultura. El estigma del suicidio y la culpabilidad sentida por la familia a menudo le acompañan toda la vida, e incluso, cuando se convierte en un secreto familiar, el duelo puede durar por varias generaciones.

En los casos de suicidio, como en otras muertes inesperadas, muchas veces es imprescindible la realización de una autopsia. Si esto va en contra de la cultura o religión de los familiares, se agrega otra fuente de dolor o preocupación. Estos procesos legales pueden durar mucho tiempo y demorar o prolongar el proceso de duelo.

Los dolientes de un suicidio tienen una mayor necesidad de entender por qué su ser querido decidió quitarse la vida. Se experimenta una larga búsqueda de los motivos que tuvo la víctima para adoptar tal decisión, muchas veces se niega la causa de la muerte, se hacen preguntas religiosas sobre la vida después de la muerte de la víctima.

Además de los usuales sentimientos de duelo, puede presentarse una serie de emociones negativas, tales como: enfado con la persona que se ha quitado la vida, confusión por no entender por qué lo hizo, culpabilidad, cuando la persona se acusa a sí misma de no haberse percatado de cómo se sentía la persona que consumó el suicidio, así como de acciones que pudo haber emprendido para evitar que esto sucediera. Pueden presentarse sensaciones de impotencia y rabia, así como preocupaciones por algún suceso que se interpreta como causa de la decisión del suicida. Al mismo tiempo y aunque parezca contradictorio, el doliente del fallecido puede sentirse aliviado de que ya no estará sufriendo o por no tener que seguir apoyando sus ideas y tentativas suicidas. También pudiera sentirse vergüenza por lo que su familiar ha hecho, especialmente si su cultura lo ve como algo pecaminoso o desgraciado. Pueden presentarse síntomas, tales como pesadillas de imágenes intrusivas y miedo referido a sí mismo, a su posible vulnerabilidad de cometer suicidio o a padecer una enfermedad mental que lo conlleve.

Este proceso de duelo en casos de suicidio, es diferente a otros duelos de muerte violenta, al presentarse una serie de reacciones emocionales, cognitivas y conductuales, que afectan la funcionalidad y estabilidad del individuo. Sensaciones como la traición y abandono aparecen constantemente.

En estos casos, la muerte parece que «ha hecho trampa»: se ha llevado a alguien a quien todavía «no le había llegado la hora». Se trata de una muerte para la cual uno generalmente no se ha podido preparar y en la que el propio fallecido es el autor. El suicidio se vive como una trasgresión de las leyes naturales, una trasgresión estigmatizada por la sociedad, las leyes y las religiones.

El duelo que sigue a un suicidio se diferencia de otros duelos por muerte violenta tanto por

su contenido temático (elementos característicos, como la búsqueda de sentido y los sentimientos de culpa) como por la intensidad del impacto y las reacciones en el plano individual, familiar o social. La capacidad de adaptación del doliente disminuye como consecuencia del evento traumático; este hace que aparezcan múltiples factores estresantes. Los síntomas agudos del duelo y choque emocional físico duran más tiempo.

Sin embargo, algunos estudios no demuestran con claridad que en las personas que sufren un duelo por suicidio, los síntomas sean más graves que en otros casos de duelo. Así como la pérdida de un allegado en circunstancias traumáticas no provoca necesariamente un duelo patológico, tampoco es siempre patológico un duelo por suicidio. Dado que el proceso de duelo no se produce en una tabula rasa, sino en un contexto de vida ya instalado, varios factores y elementos ejercen influencia. El duelo adquirirá formas diferentes no sólo en función de lo que ha ocurrido a partir del fallecimiento, sino también en función de qué persona vive qué tipo de duelo, en qué momento de su vida. Desde este punto de vista, los antecedentes en términos de salud mental y el tipo de apego son factores que desempeñan un papel en el proceso de duelo. Las personas que desarrollan un duelo patológico y, en especial, las que tienen antecedentes psiquiátricos, presentan más riesgo de que el suicidio traiga consecuencias negativas para su salud mental y necesitan un mayor apoyo.

En el ámbito social, el estigma dificulta el expresar todas estas reacciones posteriores al suicidio del ser querido. Y es que, aun cuando las acusaciones y culpas del suceso hayan desaparecido en gran parte, el suicidio estigmatiza a la familia. Esta condena es dirigida tanto hacia la familia como hacia el propio suicida. De ahí que los dolientes por suicidio suelen experimentar menor apoyo social, aun cuando sean los que tengan mayor necesidad de comprensión, que en otras muertes. Esto genera vergüenza para hablar sobre el acto del suicidio y sus emociones derivadas del mismo, ya que creen que serán juzgados o incomprendidos, por lo que en algunos casos, optan por ocultar la causa de muerte, o hacer como que ese ser querido

nunca existió. Y por último, el miedo sobre el futuro tanto de la persona perdida (por ejemplo, condenación, infierno o sufrimiento) como de la propia (sensación de destino o herencia a cometer otro suicidio, tanto él como un familiar) es otro punto que frecuentemente aparece en el duelo por suicidio.

El duelo por suicidio se asocia a manifestaciones depresivas más intensas y duraderas, empeoramiento de enfermedades anteriores, nuevas enfermedades, y apareamiento de conductas de riesgo para la salud como los consumos excesivos de sustancias. Los dolientes (cualquier persona vinculada directamente con el suicida) pueden estar expuestos en mayor grado que los dolientes de otros tipos de muerte a trastornos de ansiedad, trastorno de estrés post-traumático, y episodios depresivos mayores. Además estas personas tienen entre un 80% y un 300% más de probabilidades de suicidarse que la población general.

Cuando se comete suicidio porque la persona tenía una enfermedad crónica, una enfermedad muy dolorosa, parálisis cerebral o alguna enfermedad degenerativa, la recuperación de la familia es menos complicada y llega más pronto, es decir, es más aceptable.

Cuando el suicida tenía problemas de estabilidad emocional, problemas como el alcoholismo, la depresión crónica, la drogadicción o trastornos de personalidad, es decir, que se deba a problemas en la familia, es cuando los supervivientes experimentan sentimientos encontrados, les cuesta trabajo identificar el sufrimiento. Es muy frecuente que se encuentren en una controversia sintiendo el dolor de la muerte, pero al mismo tiempo alivio por todos los problemas que el fallecido causó. En este caso el duelo es difícil y largo debido a la falta de claridad en las relaciones y en los efectos.

Tratamiento psicológico

Sobre la intervención a realizar, se plantea entre uno a dos años de seguimiento, no obstante la duración del tratamiento y el tipo de intervención pertinente se evaluará con el diagnóstico de cada caso en particular. Estas intervenciones pueden ser de seguimiento

individual (psicológico y/o psiquiátrico), internación, trabajo grupal, trabajo familiar o grupos de auto-ayuda.

El trabajo con este grupo de personas debe estar principalmente enfocado a elaborar el duelo por la pérdida, asimismo recomienda trabajar sobre la contención emocional y la búsqueda de sistemas de apoyo. Lo traumático de la situación, el tabú del suicidio y el desprestigio cultural del acto suicida pueden aumentar significativamente el dolor por la pérdida.

Según Silvera Lucas (2014), debemos informar sobre el contenido del suicidio en nuestra cultura: brindar información sobre el suicidio y sus efectos, esto ayudará a la persona a entender y aceptar sus sentimientos, a ver que esas emociones son normales en tal situación. También le ayudará a entender y superar las reacciones de las otras personas sobre el suicidio, de esa forma se comenzará a trabajar el estigma, el tabú y su elaboración. Es muy importante en esta primera etapa evaluar el riesgo suicida, teniendo en cuenta los factores de riesgo suicida y los factores protectores, así como los signos de la conducta suicida.

Las consideraciones sobre el acto (acting out y pasaje al acto) nos muestra la importancia de ayudar a que la persona ponga en palabras los sentimientos ambivalentes, la culpa hacia uno mismo o hacia otros, la ira, el sentimiento de fracaso del rol, el miedo a lo hereditario, el estigma social. Remarcar la importancia de poder hablar del suicidio y contar con un lugar seguro para expresar sus sentimientos. Incentivar la expresión con otros o artísticamente. Incentivar el compartir su experiencia con quienes hayan pasado por lo mismo ya que a veces es la única forma de compartir su dolor. Tendremos que prestar atención al trauma: las autoras plantean que la muerte por suicidio conforma un trauma, tiene una carga violenta e intrusiva que genera una demanda muy grande de procesamiento psíquico, donde la simbolización puede llegar a fallar. De tal forma, si falla la simbolización frente a la acción de lo traumático, existirá una ausencia de palabras provocada por lo irrepresentable, pudiendo llevar al sujeto al acto. La escucha analítica, la escucha de lo irrepresentable, de lo que escapa a la

representación del sujeto, permitirá la palabra del sujeto, y por ende que la simbolización, desviándolo del acto.

Ayudar a respetar la elección del familiar que se suicidó ya que no se pudo elegir por este, el dolor que siente no es una enfermedad. Esta persona deberá aprender a vivir sin la persona que se suicidó y seguir adelante. Trabajar para que esa persona comunique lo que necesita. Trabajar para que esa persona reconozca que el suicidio fue un suicidio. Ayudar a corregir las negaciones del suicidio para ayudar a tomar conciencia de la realidad, si fueron testigos buscar si existen imágenes intrusivas irreales, y si no estuvieron presentes explorar la escena imaginada ya que puede ser peor que la de la realidad. También corregir distorsiones acerca de la imagen del fallecido acercándola a la realidad.

Confrontar con la culpabilidad: si no tuvo culpa y trato de ayudar a la persona tratar de hacer consciente de lo que hizo, en qué momento y cómo. Si pudo haber culpabilidad, se busca enfrentar esos sentimientos de culpa. Si se culpa a otros se busca confrontar con la realidad. Si aparecen chivos expiatorios se tratará de pautar encuentros familiares.

Explorar las fantasías de cómo les afectará ese suicidio en el futuro confrontándolas con la realidad. Confrontar la sensación de abandono con la realidad. Indagar acerca de qué significa el suicidio para este, sobre el concepto de muerte, el concepto de enfermedad mental, la culpa, el miedo a la carga genética o a la imitación de la conducta suicida.

En el análisis debemos hacer un recorrido sobre la relación de ese familiar con el suicida, y estar atentos a los prejuicios. A través de la reconstrucción de esa relación podremos conocer junto con el sujeto los problemas familiares que tuvieron influencia sobre el suicidio. Abordar ese problema será una prioridad en la intervención, ese problema, o esos problemas, enferman el sistema familiar y causan reacciones, favoreciendo la imitación de la conducta suicida.

Es fundamental mejorar la sintomatología depresiva asociada a la pérdida y enseñar técnicas de afrontamiento al duelo para sentirse mejor con sí mismos, es decir, aceptar

la pérdida. Eso implica reservarse un tiempo cada día para trabajar con el dolor y las emociones, y de lo posible motivar a escribir esas emociones y pensamientos, lo que va ayudar a tener un cierto control sobre esas emociones. A veces la persona necesita obtener consejos sobre situaciones prácticas. Se podrá también utilizar o enseñar técnicas de relajación que ayudan a reducir el estrés por la pérdida, escuchar música también es bueno para este fin. Incentivar el cuidado propio.

Debemos considerar y ayudar a mejorar las relaciones socio-laborales y familiares: incentivar actividades, explicar que esto nada tiene que ver con ser desleal. Es importante también incentivar el ejercicio, ya que ayuda a sentirse mejor y mejora el sueño.

Ayudar a ver el duelo como una situación de la que se puede salir: darse el tiempo de recuperarse, no abusar de fármacos o drogas. Si el duelo desemboca en duelo complicado o en una psicopatología grave lo recomendable es derivar al centro de salud. En estos casos el tratamiento farmacológico correspondiente es indispensable para complementar la psicoterapia. En el caso que se detecte riesgo suicida, nuestra intervención deberá estar acentuada en el abordaje de la conducta suicida, ya que muchas veces el suicidio viene a partir del duelo que no ha podido ser elaborado.

Duelo por muerte perinatal

Según García y Yague (1999) las últimas semanas de embarazo son consideradas como un periodo psicológicamente difícil, con un conflicto progresivo del binomio atracción-rechazo (ilusión por ver al hijo/ miedo al parto y a lo que pueda suceder a ambos). Los padres se encuentran esperanzados con la inminente llegada de su hijo, incluso establecen planes de futuro porque la relación no comienza fisiológica o psicológicamente en el momento del nacimiento, sino que los padres se forman alguna impresión más o menos idealizada sobre su hijo ya desde el periodo intrauterino. Una vez iniciado el camino hacia la maternidad, si éste se ve perturbado pueden producirse pérdidas de afectividad y reacciones psicológicas patológicas, consecuencia de la no aceptación.

Se define la “mortalidad perinatal” como la suma de la mortalidad fetal tardía (muertes fetales que se producen a partir de las 28 semanas de gestación, incluyendo los fetos de más de 1000 g y/o con una longitud de más de 35 cm) y la neonatal precoz (recién nacidos muertos dentro de los primeros 7 días de vida).

El proceso de duelo por muerte perinatal

Rozas y Francés (2001) consideran que después de la pérdida, la pareja puede experimentar algunos síntomas específicos, además de una intensa respuesta emocional. Se observa la aparición de cansancio físico severo, posiblemente agravado por un parto difícil, y la presencia de otros síntomas como presión en el pecho, necesidad de respirar profundamente, palpitaciones, molestias gástricas, pérdida de apetito y trastornos del sueño asociados a insomnio y pesadillas. Todos estos síntomas reflejan una respuesta normal al proceso de duelo que permite al organismo experimentar el dolor de la pérdida. Esta sintomatología es temporal y desaparece con el tiempo.

Ewton (1993) refiere que la madre en la muerte perinatal de su hijo puede crear una respuesta más severa e intensa que cuando ocurre la muerte de un familiar adulto. Considera que los puntos más significativos en este proceso son: 1) Incremento de la sensación de irrealidad, debido a que su relación con la persona que fallece no se basa ya en experiencias ni recuerdos de una persona real, sino en los lazos afectivos que se desarrollaron antes de establecer con ella un contacto físico. La relación, en este caso, está basada en esperanzas y fantasías de los padres para con el hijo frustrado por la muerte. Además, en la mujer, la tensión física y mental del trabajo de parto, posiblemente asociada a la sedación intensa o a la anestesia general, aumenta la sensación de irrealidad y 2) la disminución notable de la autoestima materna, como consecuencia de la incapacidad que percibe la mujer para confiar en su cuerpo para lograr satisfactoriamente el nacimiento de un hijo vivo y sano; en particular cuando la pérdida de éste se debe a anomalías fetales o problemas genéticos.

Cada pareja va a experimentar el proceso de duelo según su idiosincrasia, su personalidad y

su entorno sociocultural. Sin embargo, todas ellas manifiestan unos modelos generales de comportamiento que revelan la universalidad de la experiencia del duelo.

Dado que los lazos afectivos se desarrollan conforme avanza la gestación, cabría esperar que el duelo fuera menor en las pérdidas tempranas que en las tardías o en las neonatales. No obstante, los estudios revisados indican que no existe relación entre la intensidad del duelo y la duración del embarazo o el grado de contacto con el neonato. En este sentido, los abortos y las pérdidas fetales se asocian con sentimientos de fracaso en la gestante, mientras que en las muertes neonatales parece estar más presente el sentimiento de ira.

En la muerte antenatal la pesadumbre presenta algunas peculiaridades respecto al proceso de duelo habitual. La diferencia más notable es que la relación con la persona muerta no se basa en la experiencia ni en los recuerdos, sino que está constituida por las expectativas y las fantasías que los padres desarrollan respecto al futuro hijo.

El manejo mal orientado del duelo en la madre puede derivar en enfermedad, por lo que representa un riesgo mayor en los dos primeros años después de la pérdida de su hijo. Además puede ocasionar alteraciones psicológicas, no sólo en los padres, sino también en otros miembros de la familia

Factores que influyen en el duelo

Entre todas las circunstancias que rodean a la muerte perinatal, y que van a condicionar un mayor o menor ajuste al proceso del duelo, García y Yagüe (1999) destacan las siguientes:

- **dad gestacional:** Los lazos afectivos de los padres aumentan al progresar el embarazo, por lo que la aflicción también se relaciona con la edad gestacional. Se ha evidenciado que las pérdidas tardías en el embarazo se asocian con reacciones de pena más intensas que las pérdidas tempranas.
- **Momento de la muerte:** Las muertes perinatales más traumáticas son las que se

producen de forma inesperada durante el parto o poco después del nacimiento. En los casos en que puede preverse la pérdida, aunque la pena es la misma, la pareja tienen la posibilidad de anticipar la tristeza, lo que proporciona cierta preparación emocional para la pérdida final.

- **Nacidos con malformaciones:** Las madres de neonatos malformados tienen con frecuencia una reacción de pesadumbre prolongada y síntomas de trastornos psiquiátricos. Pero cuando los profesionales les explican que el malformado podría sufrir toda su vida las consecuencias de su defecto, la muerte se presenta como un desahogo y la resolución es más favorable.
- **Nacimiento múltiple:** La muerte perinatal de uno de los gemelos crea confusión en el proceso de duelo. Los padres sienten tristeza por el hijo perdido y al mismo tiempo alegría por el que nace vivo. No se debe infravalorar el momento doloroso por el que atraviesan, puesto que puede incluso aparecer rechazo hacia el gemelo superviviente.

Los hermanos olvidados

Como dice Alvarado García (2003), un punto que generalmente se olvida es el de los hermanos de los niños que fallecen. Los padres, agobiados en su duelo, no se dan cuenta de los efectos de la muerte en su otro hijo. El duelo de los padres, desde el punto de vista del niño que lo observa tiene un impacto mayor que el propio. Los cambios observados con más frecuencia en la relación padres– hijo, son alteraciones en los patrones de sueño, mala interacción social, regresión en el control de esfínteres y cambios en los patrones de la alimentación.

Mandell y cols. (1983) encontraron que el 80% de las madres mostraron disminución de la paciencia y sobreprotección. La mala interacción social se acompañó de aumento de la violencia. El 50% de los niños que ya tenían control de esfínteres, presentó enuresis por más de 12 meses.

Es fundamental que los padres comuniquen a su(s) hijo(s) lo sucedido, como parte que son de

la familia. La explicación debe ser acorde con la etapa del desarrollo en la que se encuentre el niño. No se deben usar frases como “se durmió”, o “se fue” o “Dios se lo llevó”, pues provocan temor al dormir, odio o resentimiento innecesarios. Este aspecto depende del grupo sociocultural y religioso al que pertenece la familia.

Grupos de autoayuda o de apoyo al duelo

Según Oviedo-Soto et al. (2009), aceptar la muerte como real e irreversible es el primer paso para lograr la recuperación psicológica de la madre, aunque esta aceptación, al principio, aumente su pena. Es más fácil abordar el duelo materno al compartir la madre las vivencias que ha experimentado, con otros padres que han estado en una situación semejante y que se encuentran en otras etapas del duelo para que ella pueda aprender de estos últimos la manera cómo han superando este trance, de aquí la importancia del manejo del duelo de manera grupal con personas que han pasado por la vivencia del duelo perinatal.

Planificación de la nueva gestación

Los antecedentes de pérdida perinatal conllevan que el nuevo embarazo se considere de riesgo elevado, motivo que implica un seguimiento y unos cuidados más exhaustivos. La frecuencia de los controles clínicos y las exploraciones complementarias vendrán determinados por la causa que ocasionó la muerte. Este hecho va a provocar en la pareja un doble efecto: por un lado, la sensación de seguridad y control de su gestación y, por otro, un aumento de la ansiedad ante cualquier prueba y su resultado.

Conducta de la pareja en la nueva gestación

Como dicen Rozas y Francés (2001), los rasgos de la personalidad de los miembros de la pareja y, en particular de la mujer, influirán en gran medida en las repercusiones psicológicas de la experiencia traumática que supone la pérdida y en la vivencia de la nueva gestación. Cada pareja va a reaccionar de forma distinta al nuevo embarazo aunque, en general, todas manifestarán, en mayor o menor grado, ansiedad y depresión. Además, puede

aparecer un sentimiento de ambivalencia, ya que, por una parte experimentan dolor ante la pérdida y, por otra, alegría por el hijo que esperan. Esta sensación puede ocasionar en la mujer distimias emocionales.

La respuesta emocional de la mujer será más intensa si la gestación se produce antes de los doce meses desde la pérdida y se acompaña con frecuencia de síntomas de depresión.

Ante la noticia del embarazo pueden producirse diversas reacciones emocionales: algunas mujeres muestran alegría y júbilo, mientras que otras no manifiestan su satisfacción ni lo comunican a sus allegados hasta una edad gestacional avanzada. También se ha observado que, mientras unas aprovechan cualquier oportunidad para evocar el recuerdo y expresar sus sentimientos hacia el hijo muerto, otras rehusan hacerlo manteniéndose poco comunicativas al respecto.

En un 50% de los casos el control prenatal lo efectúan profesionales distintos a los de la anterior gestación. Esto ocurre para evitar asociaciones con la experiencia anterior y no por insatisfacción. En ocasiones, solicitan un mayor número de controles clínicos para confirmar el bienestar fetal, lo que les proporciona una mayor seguridad y tranquilidad.

Es frecuente que la mujer compare el embarazo actual con la gestación anterior, lo que puede desencadenar un estado de hipervigilancia, ya que existe el temor de que algo pueda ir mal en cualquier momento, aunque los resultados del control prenatal indiquen lo contrario.

Pueden incluso evidenciarse conductas de autoprotección, con un incremento del escepticismo respecto al resultado favorable del embarazo. En este sentido, existen parejas que retrasan los preparativos en torno al nacimiento del bebé e incluso pueden llegar a hacer planes por si se produjera de nuevo la muerte del hijo.

Si la causa de la muerte fue una anomalía congénita, la mujer siente miedo ante la posible recurrencia del problema. En muchas ocasiones, no manifiesta ilusión por la

gestación actual y tiende a ocultarla a otras personas hasta obtener unos resultados de normalidad en las pruebas de diagnóstico prenatal.

El nivel de ansiedad va a aumentar o disminuir en función de determinados acontecimientos durante el embarazo. Algunos hechos como superar el primer trimestre, la detección de movimientos fetales y la percepción del latido cardiaco fetal resultan relevantes porque indican el progreso favorable de la gestación y ofrecen información sobre el bienestar del feto. La mayoría de las mujeres expresa la edad gestacional en semanas en lugar de en meses, porque superar cada semana significa mayores esperanzas de éxito en el embarazo.

En ocasiones, la mujer cambia alguno de sus hábitos de vida como la dieta, el ejercicio, los viajes e incluso la actividad sexual durante la gestación, ya que creen que pudo existir una relación entre su conducta y la pérdida, lo cual puede contribuir a aumentar su ansiedad. También es característico que utilice una ropa distinta a la que usó en la gestación anterior.

La gestante precisa confirmar constantemente el bienestar de su hijo, por lo que la consulta al equipo médico suele ser más frecuente de lo habitual. Tiene la necesidad de percibir los movimientos fetales y, por ello, incrementa el ejercicio físico hasta confirmar la actividad fetal. Su intranquilidad va aumentando progresivamente a medida que se acerca la fecha en la que se produjo la pérdida.

Durante la nueva gestación el umbral del dolor se encuentra disminuido, lo que provoca que la mujer acuse más las molestias habituales del embarazo. Este hecho puede considerarse una somatización de su ansiedad debido a la preocupación de sufrir una nueva pérdida.

Todas las manifestaciones descritas están más acusadas en el primer embarazo después de la pérdida que en las siguientes gestaciones. Suelen ser menos intensas en caso de que exista un hijo vivo, ya que, de lo contrario, la mujer puede tener un sentimiento de frustración e incluso obsesión por no ser capaz de llevar a cabo la maternidad.

Parto

La proximidad del nacimiento del nuevo hijo puede convertirse en otro momento de angustia para la pareja, puesto que, durante este periodo, continúa el temor a la aparición de complicaciones. Los padres manifiestan ilusión ante el nacimiento del nuevo hijo, aunque, por otra parte, aparecen inquietudes y preocupaciones ante la posibilidad de recurrencia de la pérdida.

Inmediatamente después del nacimiento, se tiene que mostrar el neonato a sus padres, con el fin de reducir los temores sobre su estado o su apariencia. Es importante tener en cuenta que algunas parejas necesitan un tiempo adicional para aliviar su preocupación, por lo que se ha de facilitar que permanezca con ellos el máximo tiempo posible, aunque en ocasiones esto suponga un cambio en los protocolos de actuación de algunos servicios de maternidad.

Algunas mujeres pueden manifestar una actitud inicial de rechazo al neonato por haber idealizado al hijo anterior, y será necesario que tengan un espacio de intimidad para promover la formación del vínculo maternofilial. Este contacto entre la madre y el hijo puede verse dificultado si aparecieron complicaciones en el parto o si se utilizó anestesia general, en cuyo caso, se favorecerá de momento el contacto con el padre y, en cuanto sea posible, con la madre.

Cuidado de un hijo posterior a la pérdida perinatal

Rozas y Francés (2001) recuerdan que no hay que olvidar que el nacimiento del nuevo bebé provoca la aparición de recuerdos de la pérdida anterior. En ocasiones, constituye un medio para la resolución del duelo perinatal, mientras que en otras, representa una forma de evitar el dolor de la pérdida. Si el proceso de duelo se superó correctamente, los padres reconocerán la identidad propia del recién nacido sin considerarlo un sustituto del hijo anterior y se adaptarán de forma adecuada a su rol de paternidad; sin embargo, en algunos casos reconocen abiertamente que consideran al nuevo hijo un sustituto del que perdieron.

También puede aparecer el denominado síndrome del niño vulnerable, que se

caracteriza por una percepción distorsionada del hijo por parte de los padres y que conduce a una sobreprotección. La gran preocupación por la salud del niño puede provocar comportamientos como la vigilancia excesiva de su respiración mientras duerme y una mayor inquietud la primera vez que se pone enfermo. Asimismo, existen dificultades para separarse del hijo, lo que interfiere en el desarrollo de su independencia.

Estos sentimientos en los padres irán desapareciendo a medida que se adapten y asuman el nuevo rol de paternidad.

Abordaje terapéutico del duelo patológico

Rubio Espindola propone el siguiente abordaje terapéutico:

- Facilitar el que el paciente hable sobre el fallecido y las circunstancias de su muerte.
- Propiciar la expresión emocional del paciente, siendo frecuente además de las vivencias de tristeza, pesar o desesperación, los sentimientos de hostilidad hacia el fallecido y la cólera hacia el médico o el hospital donde se produjo la muerte del ser querido.
- Explicación al enfermo de que los síntomas que padece como: ansiedad, sentimientos de culpa, preocupación por la imagen del difunto, son reacciones normales y que desaparecerán con el paso del tiempo.
- Asegurar que aunque inicialmente puede ser necesario que reduzca sus compromisos laborales o sociales, se debe facilitar el retorno a sus actividades habituales en un plazo de 3-6 semanas.
- Recomendar el acompañamiento de familiares y amigos y facilitar la realización de las tareas domésticas durante el período inicial.
- En las reacciones agudas de duelo, la contemplación del cuerpo de la persona fallecida, evita la cristalización de fantasías, imaginaciones o temores a lo desconocido, ya que para poder iniciar el duelo, muchas personas necesitan la oportunidad de decir "adiós".
- Tratamiento farmacológico.

Conclusiones

Una vez producida la pérdida, da comienzo el proceso de duelo, el cual se caracteriza por una serie de manifestaciones cognitivas, emocionales, comportamentales y físicas, que normalmente están limitadas en el tiempo, aunque la duración es variable en función de multitud de factores.

En los últimos años se ha investigado mucho sobre cuáles son aquellos factores de riesgo y de protección en cuanto a complicaciones en el proceso natural, lo que se conoce como duelo complicado, con el principal objetivo de ampliar el conocimiento de este fenómeno multidimensional. Algunos de los factores de

riesgo identificados son los relacionados con la edad del doliente, el tipo de relación con el fallecido, circunstancias de la muerte, bajo apoyo social o duelos previos no resueltos.

Las muertes inesperadas o en circunstancias complicadas (traumáticas, suicidas, en personas desaparecidas), suelen originar más dificultades en la elaboración del duelo. Los niños son especialmente vulnerables; debe cuidarse mucho la manera en que se les transmite lo ocurrido y cómo se les ayuda posteriormente a la elaboración del duelo. La presencia de recursos de ayuda y apoyo social son fundamentales para favorecer la elaboración de la situación y disminuir su complejidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Rev Dig Med Psicosomát*, 2, 1-17.
- Antón JM. El impacto del suicidio en la familia. El proceso específico del duelo familiar *Rev Psicot Rel Interv Soc*. Segunda época. 2010;2: 109-23.
- Barreto, P., & Soler, M. C. (2007). Muerte y duelo. *Madrid: Síntesis*.
- Bradshaw, P. *Secretos de familia*, Ed. Obelisco, 2000.
- Cain AC, comp. *Survivors of suicide*. Springfield, IL: Thomas; 1972.
- Corredor, A. M. (2002). Estudio cualitativo del duelo traumático de familiares de víctimas de homicidio según la presencia o ausencia de castigo legal. *Revista Colombiana de Psicología*, 11(1), 35-55.
- De Miguel Sánchez, C., & Romero, A. L. Atención al duelo.
- De San Segundo, M. C. (2007). Intervención en crisis en Comunicación de fallecimiento e inicio del duelo.
- Díaz Curiel, J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 93-107.
- Echeburúa E. *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide; 2004.
- Eguiluz, L. *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?*, Ed. Pax México, 2010.
- Espíndola, J. R. DUELO NORMAL Y PATOLÓGICO.
- Ewton DS. A perinatal loss follow-up guide for primary care. *Nurse Pract* 1993; 18: 30-36.
- García Campayo, J., Tazón Ansola, P., & Aseguinolaza Chopitea, L. (2011). Manejo del duelo en atención primaria. *Tazón Ansola P, García Campayo J, Aseguinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. Colección Enfermería S*, 21, 392-403.
- García, R. A. (2003). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta Pediátrica de México*, 24(5).
- García-Viniegras, C. R. V., & Pérez Cernuda, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274.
- Imaz, J. A. G. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 71-79.

- Kawano K. The mental health of persons bereaved by suicide. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2011; 113 (1): 87- 93.
- Kubler-Ross E. *Los niños y la muerte*. Barcelona: Luciérnaga; 1992, p. 20-28.
- Lucas, M. A. S. El trabajo de duelo por suicidio de un familiar.
- Mandell F, McAnulty EH, Carlson A. Unexpected death of an infant sibling. *Pediatrics* 1983;72(4):652-57
- Martínez, C. G., & Frías, A. Y. (1999). DUELO PERINATAL. " *Vde enfermería*, 19.
- Martínez, N. Y. P. EL SUICIDIO Y SUS CONSECUENCIAS EN LA FAMILIA.
- Nader, K. (1997). Childhood traumatic loss: the interaction of trauma and grief, en Figley, C., Brides, B.; Mazza, N., *Death and Trauma: the Traumatology of Grieving*. Taylor & Francis: Washington D.C.
- National Organization for Victim Assistance NOVA (1985). Survivors of homicide victims, *Network Information Bulletin*, 1, 3.
- Oviedo-Soto, S., Urdaneta-Carruyo, E., Parra-Falcón, F. M., & Marquina Volcanes, M. (2009). Trabajo de revisión. Duelo materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(5).
- Pérez Barrero SA, Mosquera D. *El suicidio. Prevención y manejo*. Galicia: Ediciones Pléyades; 2006.
- PEREZ, E. B. (2014). CIRCUNSTANCIAS QUE FAVORECEN EL DUELO SILENTE.
- Quintanilla R, Eguiluz L. Programa de prevención en suicidio. Manejo del duelo familiar. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2009.
- Rando, T (1993). *Treatment of complicated mourning*. Taylor & Francis: PA (1996) Complications in mourning traumatic death; Doka, K. (Ed.), *Living with grief after sudden loss*. Taylor & Francis: PA
- Redmond, L. (1996). Sudden Violent Death; Doka, K. (Ed.), en *Living with grief after sudden loss*. Taylor & Francis: PA
- Rozas García, M. R., & Francés Ribera, L. (2001). Maternidad tras una muerte perinatal. *Matronas Profesión*, 2001, vol. 2, num. 3, p. 29-34.
- Shaffer D, Pfeffer CR. Parámetros prácticos para la evaluación de niños y adolescentes con comportamiento suicida. *Rev Psiquiatr Urug*. 2001;65:146-88.
- Spungen, D. (1998). *Homicide: the hidden victims*. Sage Publications: CA
- Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Volumen VI
Número 2
Septiembre
2016



*Early life trauma,
Attachment and
Eating Disorders*

Trauma de Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria

A propósito de un caso

Esther Montero Manzano

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Extremadura
Especialista en Psiquiatría

Experto en Psicoterapia Breve con niños y adolescentes por la SEMPYP

Abstract: From a bio-psycho-social point of view, we need to interact with other people to achieve our identity.

The attachment relationship established between individuals and their primary caregivers' module their structural and neuronal configuration, developing a schema (response set) which permits being aware of the own and others' internal/external experiences.

Avoidant and ambivalent attachment patterns are prevalent styles in eating disorders and they are implicated in the nuclear psychopathology of the trouble.

The therapeutic approach is based on the secure attachment relationship. Therefore, Mentalization-Based Treatment and Mindfulness let us know about trouble dimension, as well as they can modify previous attachment patterns increasing emotional self-regulation competences, and going through a secure attachment model.

Keywords: trauma, attachment, eating disorders, mentalization-based treatment.

Resumen: Desde un punto de vista bio-psico-social, necesitamos de la interrelación con los demás para poder constituirnos como personas. La relación de apego con las figuras de referencia modela la organización estructural y neuronal de nuestro cerebro y con ello permite crear una identidad desde la que explorar y ser conscientes tanto de nuestras experiencias internas/externas como de las de los demás.

En los trastornos de la conducta alimentaria, la relación de apego se constituye a partir de mecanismos defensivos de tipo evitativo o ambivalente, los cuales dan paso al desarrollo de las alteraciones psicopatológicas nucleares de dicho trastorno. Para su abordaje, se propone un trabajo terapéutico sobre la base de una relación de apego seguro. Por ello, los aportes que nos ofrece la terapia basada en la mentalización y en la atención plena permiten tomar consciencia de la problemática del trastorno, reconstituir los modelos previos de apego y potenciar la capacidad de autorregulación emocional y afectiva avanzando hacia un modelo de apego seguro.

Palabras clave: trauma, apego, trastornos de la conducta alimentaria, terapia basada en la mentalización.

INTRODUCCIÓN

El estudio de los trastornos de la conducta alimentaria ha sido abordado desde múltiples puntos de vista abarcando siempre una perspectiva biopsicosocial. Gran parte de la literatura científica se ha centrado en la comprensión de los factores individuales, principalmente desde un punto de vista biológico sin olvidar aspectos de personalidad y traumas acaecidos en el desarrollo evolutivo de la persona. Otros aspectos, como los familiares, en términos relacionales, y los contextuales, han aportado hipótesis de trabajo en el campo de la investigación científica ofreciendo una comprensión etiológica más holística.

En este encuadre, la teoría del apego, descrita por el psicoanalista inglés John Bowlby (Bowlby, 1989), permite, de algún modo, entender el funcionamiento de los factores psicológicos subyacentes a este tipo de trastornos. Con posterioridad, diversos autores han ido añadiendo matices a la teoría inicial, desarrollándose más tarde conceptos como: los modelos de trabajo interno, la teoría de la mente y la relevancia de las neuronas espejo, que forman parte de la configuración del apego y que serán desarrollados con posterioridad en este trabajo.

Las investigaciones más recientes en el campo de la neurobiología del apego destacan que la calidad del apego que las figuras de referencia son capaces de establecer con el individuo, pueden modular la expresión genética y con ello la psicobiología humana, favoreciendo por tanto una estructuración hemisférica a nivel cerebral y modulando el sistema neuroendocrino, de manera que permita afrontar las situaciones de estrés tanto físico como emocional de la forma más adaptativa posible. A este respecto, ya ha sido estudiada la división cerebral atendiendo a una clasificación hemisférica izquierda-derecha y a un orden espacial superior-inferior.

Por un lado, el hemisferio izquierdo representa el funcionamiento lógico, lingüístico, analítico y racional, mientras que el derecho podría considerarse como no verbal, se ocupa del reconocimiento emocional, la capacidad creativa y otorga significado a las experiencias vividas. Durante los tres primeros años de

vida, el desarrollo del hemisferio derecho es mucho más significativo que el del izquierdo, cuya evolución es más lenta. La interrelación entre ambas partes se produce, anatómicamente a través del cuerpo caloso. Por otro lado, la corteza cerebral, que se ubica superior al sistema límbico en un eje vertical trazado desde la cabeza a los pies, alberga las funciones superiores y procesos mentales más complejos, permitiendo, entre ellos, la regulación y control emocional. El sistema límbico, más primario e instintivo, está plenamente constituido al nacer, a diferencia el neocórtex que alcanza su máximo desarrollo al final de la adolescencia. Destacar también la función de la amígdala como sistema de potenciación de expresión emocional inmediata que interfiere la conexión entre ambas zonas cerebrales.

Cuando las distintas áreas del cerebro no aparecen integradas, y esto ocurre con frecuencia a lo largo del desarrollo infanto-juvenil, se accede a las experiencias de forma desigual desde las distintas zonas, dando lugar a problemáticas importantes, por ejemplo, negación de las emociones o pérdida de contexto por predominancia de hemisferio izquierdo o *acting* sin procesamiento cognitivo por mediación amigdalár entre cerebro superior e inferior (Siegel, 2012). Para que todas estas funciones puedan ser integradas se hace necesario una relación de apego saludable o segura, preferentemente adquirida desde la primera infancia.

En definitiva, la relación que el apego guarda con los trastornos de la conducta alimentaria viene dado porque el primero juega un importante papel en la capacidad de regulación emocional, la cual se encuentra alterada en los trastornos de la conducta alimentaria de manera característica. No obstante, el hecho de que el apego se constituya en base de las diversas relaciones significativas experimentadas por el individuo, así como que éste pueda ser modificado a través del empleo de la psicoterapia, es de vital relevancia para el abordaje de la psicopatología subyacente a los trastornos de la conducta alimentaria. Particularmente, los estudios más recientes se centran en la aplicación de las técnicas de mentalización y de atención plena, también

conocida como Mindfulness. Éstas permiten trabajar la capacidad reflexiva del individuo sobre su propia experiencia emocional interna, la cual actúa como un modulador de la conducta finalmente expresada.

Al mismo tiempo ayudan a comprender la forma en que dicho mundo interno, que actuaría a modo de “mapa”, representa y se relaciona con el mundo externo, entendido éste como el “territorio” (Wallin, 2012). De esta forma, el trabajo de mentalización puede actuar como un marco común e integrador de las distintas corrientes psicoterapéuticas más relevantes: cognitivo-conductual, sistémica, psicodinámica, así como las de perspectiva social-ecológica, por lo que resulta interesante revisar su desarrollo.

Los objetivos a abordar a lo largo de la revisión bibliográfica son los siguientes:

GENERAL:

Actualizar la comprensión respecto a la repercusión del trauma de apego en la infancia sobre el desarrollo de la psicopatología asociada a los trastornos de la conducta alimentaria así como en la práctica clínica.

ESPECIFICOS:

1.- Revisión actualizada de la teoría del apego: tipología, transmisión intergeneracional e instrumentos de medida.

2.- Revisión actualizada de los trastornos de la conducta alimentaria: tipología y relevancia en el sistema familiar.

3.- Desarrollar las bases que establecen la relación existente entre los trastornos de la conducta alimentaria y el trauma de apego a través de los resultados de los trabajos más recientes en este campo.

4.- Revisión de las aportaciones de la teoría de mentalización y de atención plena a la clínica terapéutica para el abordaje de los trastornos del apego y de la conducta alimentaria.

TEORÍA DEL APEGO

A. Desarrollo y conceptos básicos

La teoría del apego fue postulada inicialmente por Bowlby, quien puso en valor el significado entre las relaciones tempranas y el funcionamiento psicológico posterior. Definió la relación de apego como una conducta de carácter instintivo que confiere proximidad, protección y una base segura para explorar aquellas situaciones que resultaban inseguras o no familiares para el bebé. Estas manifestaciones de apego que en un inicio surgen como necesidad biológica, en realidad son significativas durante todo el desarrollo vital. De este modo, en la relación vincular con el cuidador se construye lo que Bowlby denominó modelos funcionales internos, que viene a ser como una plantilla donde se sientan las bases que le permiten al individuo tomar consciencia y reconocer la forma de interacción con su figura de apego, lo que a su vez modelará su propia actuación en relación al entorno y a los demás.

Estas hipótesis fueron posteriormente validadas empíricamente por Ainsworth y ampliadas a nivel conceptual, aportando una clasificación para estos patrones vinculares. Más tarde, Mary Main pudo trasladar a la edad adulta los conceptos básicos determinados por estos dos autores aplicados a la infancia, y redefinirlos. Así, los modelos funcionales internos se presentaban ahora como procesos que servían de base para obtener de manera estructurada información o bien para limitar ese acceso a esta de forma consciente o inconsciente, de manera que esté al servicio de la relación de apego. Este modelo estructural contaba además con una característica singular que es el dinamismo, es decir, hay una implementación activa de las estrategias relacionales, atencionales y conductuales entre el bebé y la figura de referencia (Wallin, 2012) de forma que sean lo más adaptativas posibles.

Otro de los conceptos relevantes postulados por Main por el de metacognición, que hace referencia a la capacidad del individuo para pensar y comunicar sobre sus propios pensamientos. La instrucción de estas conceptualizaciones sobre las representaciones mentales dio pie a Fonagy para profundizar en lo que se conoció inicialmente como la teoría de la mente y a desarrollar el trabajo en el campo de la mentalización, que viene a destacar la

importancia de la postura reflexiva del individuo sobre su propia experiencia de cara a al establecimiento de una relación de apego seguro.

B. Tipología

Varios han sido los autores que han intentado estructurar la psicopatología del vínculo de apego, por lo que podemos encontrar diversas clasificaciones según las diferentes escuelas. Ahora bien, ya sean de índole dimensional como categórica la realidad es que ninguna de ellas es lo suficientemente específica como para ser plenamente satisfactoria.

Una de las clasificaciones es la establecida por Mary Ainsworth, quien en 1978 determinó los tres apegos principales basándose en el estudio de lo que denominó “la situación extraña”, donde se observaba en condiciones de laboratorio, la relación entre el bebé y su madre, en concreto la conducta del bebé cuando ésta salía de la habitación durante unos minutos y cuando volvían a reencontrarse. De esta forma denominó como:

- Apego seguro: es la variante no disfuncional y por tanto considerada como la situación de referencia dado que el establecimiento de este patrón de apego previene frente a al desarrollo de psicopatología en la etapa adulta. La relación vincular de apego seguro permite que el niño tenga una capacidad de exploración del medio en condiciones de seguridad respecto a sus figuras de referencia, puede con ello despegarse de sus figuras de apego y ser capaz de mentalizarlas cuando se encuentran ausentes para evitar la angustia frente a las situaciones que le resulten conflictivas. Por ello, pueden por ejemplo, establecer relaciones de confianza con extraños.
 - Apego inseguro-evitativo: realmente este estilo de apego funciona como mecanismo de defensa frente a todas aquellas situaciones afectivas que no satisfacen las necesidades del niño. Éste ha vivenciado, en la relación con su figura de apego, sensación de inseguridad, dolor, angustia o estrés y por ello aprende que inhibir o evitar todo lo relacionado con su mundo emocional le proporciona una sensación de tranquilidad o de falta seguridad.
 - Apego inseguro-ambivalente: aquí la tendencia es tratar de aumentar las conductas de apego como mecanismo defensivo para mantener a la figura de apego, dado que en la relación vincular el niño experimenta gran ansiedad ante la vivencia confusa de no ser lo suficientemente valioso así como respecto a la disponibilidad emocional de la figura de referencia.
- Posteriormente, Main y Solomon identificaron un cuarto tipo de relación de apego (Barudy et al, 2009):
- Apego desorganizado: a diferencia de los dos anteriores, quienes tratan de organizarse a nivel conductual para aumentar su sensación de seguridad, los niños con este patrón de apego presentan gran dificultad para organizar estrategias defensivas y establecer relaciones regulares con sus cuidadores.
- Por su parte, Zeanah y cols. estableció una aproximación sintomatológica en función del tipo de vinculación de apego, así categoriza (Díaz et al, 2004):
- Trastornos del vínculo no establecido: tienen lugar antes de que el individuo haya tenido posibilidad de establecer relación vincular. Tiene relación, por ejemplo, con las situaciones de abuso o negligencia parental, la institucionalización en centros residenciales, la situación de drogadicción y abuso de sustancias en los padres, los padres con trastornos mentales graves.
 - Trastornos por vinculación indiscriminada: es propia de aquellos individuos en los que se les ha negado la posibilidad de establecer una vinculación afectiva suficiente y de calidad debido a situaciones en las que, por ejemplo, han tenido que ser institucionalizados o han sufrido periodos prolongados de separación de las figuras de referencia.
 - Trastornos por vinculación inhibida: en estas situaciones donde las figuras de apego han permanecido de manera inestable por problemática diversa.
 - Trastornos por vinculación agresiva: la sintomatología predominante en este

subtipo se caracteriza por afectos de rabia y frustración en relación a la figura vincular, con expresión conductual en este sentido.

- Trastornos por vinculación invertida: suele presentarse en las situaciones en la que el individuo ha adoptado una posición de parentificación, por lo que la expresión típica sería en forma de conductas extremas en el campo del control relacional. Se produce una inversión de roles donde el niño asume el papel de padre.

C. Transmisión intergeneracional

La teoría de la mente, propuesta por Fonagy, establece los elementos claves que determinan el proceso de transmisión intergeneracional del patrón de apego. El cuidador es una figura de especial relevancia en la relación con el bebé, quien en un inicio no tiene capacidad suficiente por sí mismo para otorgar significado a las experiencias vitales fisiológicas que experimenta. Por esta razón, para que el niño, según se vaya desarrollando, pueda ir otorgando un sentido específico a las emociones necesita de aquél. De esta forma, las figuras de apego a través de la mentalización van modelando las capacidades del bebé para el aprendizaje del reconocimiento de sentimientos, pensamiento y creencias propias así como la de los demás.

En base a lo anterior, el estilo de apego en el hijo va a depender en gran medida de la capacidad de mentalización de los padres y de la capacidad de regulación emocional y vincular de éstos para con el hijo. Esta es la forma en la que se transmiten los patrones de apego, de manera que los patrones de apego en la infancia influyen en la conducta y rol de los padres generando una recurrencia en los hijos y así sucesivamente. Supongamos una madre con un patrón de apego inseguro, la conducta que va a desarrollar para con el bebé será en los términos del uso de las estrategias defensivas aprendidas acordes a este patrón, y esto generará que el hijo copie este estilo como estrategia de supervivencia ante esa relación tan disfuncional.

Pero entonces, ¿quiere decir esto que dicha transmisión es inamovible? La realidad es que

no, debido a que existen factores de resiliencia que pueden provocar un cambio en el estilo de apego: el establecimiento de una relación de pareja satisfactoria, la propia experiencia de maternidad, la psicoterapia... dando lugar a una discontinuidad en esa transmisión. Para que esa discontinuidad en la transmisión sea llevada a cabo, el individuo tiene que haber desarrollado la capacidad para utilizar estrategias diferentes y más adaptativas que las que tenía previamente, las cuales estaban basadas en su contexto de desarrollo.

D. Instrumentos de medida

El desarrollo de instrumentos de medida de la conducta de apego es relevante para el campo de la investigación, pero en el área de la clínica terapéutica, los resultados obtenidos no son nada desdeñables de cara a la aplicación de una estrategia de abordaje terapéutico más efectivo. Nos permite tener una idea más precisa de cómo se articula esa relación vincular, pero para ello es importante considerar en el proceso de evaluación el desarrollo evolutivo del niño y observar las relaciones con los padres y en diferentes, la historia familiar y la funcionalidad de cada padre en el sistema familiar.

Entre algunos de los instrumentos encontramos (Díaz et al, 2004):

INSTRUMENTOS PARA MEDIR EL VÍNCULO EN EL NIÑO

The Strange Situation (12-20 meses).

Cassidy-Marvin System for Assessing Attachment in Children (2 ½ - 4 años).

Main-Cassidy Attachment Classification for Kindergarten – age Children (4 ½ - 7 años).

Preschool Assessment of Attachment (2 ½ - 4 ½ años).

Attachment Q-sort (12-60 meses).

Attachment Story Completion Task (3 años).

Picture response (6 – 7 años).

MEDIDAS ADICIONALES

Nursing-Child Assessment Satellite Training.

Parent-child Early Relational Assessment.

Home Observational Measure.

Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification.

MEDIDAS DEL VÍNCULO EN LOS PADRES
 The Adult Attachment Interview (AAI)
 Adult - Attachment Q-sort.
 Working Model of the Chile Interview.
 Attachment History.
 Mother-Father–Peer Scale.

Comparativamente, la técnica más empleada en los estudios de investigación es la Entrevista de Apego Adulto (AAI en inglés). Ésta es la técnica mejor valorada y se considera el *gold standart* para la medida del apego. Se basa en una narrativa de la persona evaluada sobre sus recuerdos en torno a las relaciones y experiencias en la infancia con sus figuras de referencia. A pesar de que se apela a la memoria, no es una estrategia de medida de tipo retrospectivo, ya que la codificación del instrumento se basa en las características del discurso actual, no el contenido de la narrativa, y en los modelos de trabajo inferidos a partir de éste.

TASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

A. Definición y tipología

La historia conceptual de los trastornos de la conducta alimentaria ha ido variando a lo largo del tiempo. La anorexia nerviosa, por ejemplo, está descrita desde el siglo XVII, cuando se empieza a pensar que lejos de ser exclusivamente un problema de índole nutricional, engloba síntomas que describirían una afectación del estado mental. Dos siglos después, la comprensión de este trastorno se circunscribía dentro del espectro de los trastornos del ánimo. Por su parte, la definición de bulimia nerviosa es mucho más reciente (AAVV, 2009).

En la actualidad, y de forma general, los trastornos de la conducta alimentaria se consideran, en su base etiológica, como una problemática de tipo biopsicosocial, con repercusiones físicas significativas (pérdida de peso, problemas hidroelectrolíticos y metabólicos, alteraciones hormonales), psicopatológicas (alteraciones graves del ánimo, distorsión de la imagen corporal, problemas de ansiedad) y sociales (afectación de las relaciones y de la capacidad funcional-autónoma del individuo).

En cuando a los tipos de trastornos mentales, la clasificación más extendida hace referencia principalmente a los trastornos más groseros definidos por la anorexia y la bulimia nerviosa, y como menos prevalentes: pica, rumiación, anorexias infantiles y trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

Anorexia nerviosa: el síntoma clave sería una vivencia de la imagen corporal muy angustiada con rechazo hacia la misma, que motiva la pérdida de peso excesiva y el temor fóbico a engordar adoptando una actitud de control permanente a este respecto (restricción alimentaria, actividad física excesiva). Como consecuencia del desorden alimentario se sucede el resto de la sintomatología psico y fisiológica.

Bulimia nerviosa: se engloba más dentro de una problemática de control de impulsos, con episodios recurrentes de ingesta voraz en forma de atracones y conducta compensatoria purgativa posterior (en forma de vómito principalmente pero también con laxantes, anorexígenos o incremento del ejercicio) en un alto porcentaje de los afectados. Como consecuencia del desequilibrio nutricional y de las conductas purgativas se producen lesiones físicas subyacentes y secuelas a nivel psicológico.

B. Factores de riesgo

Biológicos: Se conoce cierta vulnerabilidad familiar en el seno de este tipo de trastornos, pero se desconocen con exactitud las bases genéticas y neurobiológicas subyacentes. Se ha postulado la implicación de los sistemas serotoninérgicos y dopaminérgico por mediar la regulación ciclos hormonales, estado de ánimo, ritmos biológicos, etc. Algunas neurotrofinas también parecen estar implicadas (BDNF, NTRK Y NTRK) así como los cromosomas 1, 2,13 en la anorexia nerviosa y el 10 en la bulimia, sin un nivel de sensibilidad y especificidad significativos. (AAVV, 2009)

Socioculturales: la cultura es un factor a tener en cuenta, ya que la consideración de la imagen corporal como un valor de referencia y la actitud de culto al cuerpo (preocupación excesiva por el peso, por la delgadez) propia de los países más occidentalizados guardan

relación con el estilo de vida (sedentarismo y estrés) que condiciona los hábitos alimentarios (desorganizados, no equilibrados, ricos en calorías y poco nutritivos) intrínsecamente relacionados con los trastornos alimentarios. La organización de los sistemas familiares con modelos educacionales rígidos, exigentes, sobreprotectores, familias reconstituidas disfuncionales o poco cohesionadas en conflicto favorecen el desarrollo de la psicopatología propia de este tipo de trastornos. La confluencia de varios de estos factores que, o bien se cronifican a lo largo de la evolución del individuo, o bien se dan de forma aguda es necesaria para gestar la vulnerabilidad a padecer este tipo de enfermedades.

Psicológicos: la vivencia de traumas durante la etapa infanto-juvenil y las crisis vitales de desarrollo personal podrían considerarse como los puntos principales gatillo para el desencadenamiento de los trastornos alimentarios desde un punto de vista más psicológico. Además de lo anterior hay que tener en cuenta factores propios de la personalidad del individuo relacionados con su identidad y su capacidad de vinculación en las relaciones con iguales, lo que a su vez está determinado con los patrones de apego.

Si bien, algunos estudios arrojan datos sobre el peso que tienen los factores biológicos, alrededor 60-70 % y los socioculturales-psicológicos (AAVV, 2009). Si bien, no son lo suficientemente concluyentes como para explicar todos los casos. Existe una proporción de casos que no se ajustan a los factores previos por lo que se habla de posibles factores ambientales no compartidos, punto de atención de los estudios más actuales.

C. Relevancia de la sistémica familiar

Otras epistemologías como la sistémica, lejos de simplificar el proceso de comprensión nosológica, proponen una mirada hacia los mecanismos relacionales humanos que a través de la combinación de numerosas variables, posibilitan un análisis más complejo de la psicopatología que subyace a los distintos trastornos mentales. La importancia del enfoque sistémico en la visión de los trastornos de la conducta alimentaria se basa en el hecho de que las relaciones que se construyen entre los distintos subsistemas que conforman el

sistema familiar presentan con frecuencia disfuncionalidades muy significativas que merece la pena abordar, ya que estos patrones relaciones guardan relación con los de apego y también se transmiten de forma intergeneracional.

Desde esta perspectiva, los trastornos de la conducta alimentaria se entienden como un constructo que integra diversas características: polaridad (entendida como relaciones de vencedor/perdedor vs ganador), en la relación con el otro, la cual es principal para la definición del self pueden surgir dificultades (para definir la relación, o bien porque evitan la autonomización), conformismo vs oposición (la comida tiene un papel de analogía para esa protesta o actitud de pasividad), instigación y juegos coercitivos y repetitivos.

Los síntomas alimentarios cumplen aquí varias funciones: de denuncia, antidepresiva (“demostrar una voluntad de hierro”) o como angustia no mentalizada. Generalmente estos síntomas suelen englobarse en el contexto de psicopatología de base de tipo trastorno de personalidad, obsesivo compulsivo y/o trastornos de ansiedad.

El juego relacional que se establece en este tipo de sistemas familiares está oculto, es decir, velado, pero detrás de toda esta sintomatología hay todo un proceso de modelización que se ha gestado en el seno de una disfuncionalidad relacional conyugal mantenida en el tiempo de manera homeostática. En el caso de la pacientes anoréxicas, autores como Minuchin proponen una serie de características familiares: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación de conflictos como comunes, mientras que en la bulimia destaca: aislamiento social, preocupación por las apariencias y atención relevante a los aspectos alimentarios por parte del grupo familiar. Con posterioridad se habla una clasificación de las familias con trastornos de la conducta alimentaria (Selvini, 1990).

Tipo A: la hija se involucra precozmente en el juego familiar siendo la confidente de la madre sobre los problemas maritales, construyéndose una relación vincular no de admiración. Esa relación privilegiada madre-hija puede observarse en el plano verbal o no verbal. En una etapa más tardía, la hija descubre que la

relación de privilegio no era tal, y que una tercera persona ostenta ese privilegio, por lo que ésta hace un giro vincular hacia el padre presionándole para que actúe como pacificador en el conflicto. De esta manera, la coalición padre-hija se convierte ahora en instigadora principal contra la madre.

Tipo B: la hija tiene una relación vincular principal con el padre, es la preferida de éste, al que admira, siente y sufre los desprecios que éste recibe de su madre. En etapa más tardía, cuando el vínculo se estrecha, enseña al padre a poner control a su “insoponible” madre a través del control de la comida y de los síntomas.

Más tarde, surge un tercer grupo de familias (Selvini, 1999).

Tipo C: hace referencia a la situación en que no se ha establecido una relación vincular con ninguno de los padres, sino con terceras personas que no han podido proporcionarle un apego seguro.

CÓMO SE RELACIONA EL APEGO CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

A. El significado del Apego Inseguro como base de la relación.

Como ya se ha explicado en los apartados anteriores, las categorías de apego fueron descritas por Ainsworth en base al experimento de la *situación extraña* (seguro e inseguro: evitativo y ambivalente).

Con posterioridad, Main estableció el paralelismo entre estos resultados y los estados mentales en adultos a través de la aplicación de la *entrevista de apego adulto*, añadiendo más tarde la categoría de apego desorganizado.

La importancia de estos hallazgos con respecto a la interrelación existente entre el apego y los trastornos de la conducta alimentaria se centra principalmente en el estudio de los estilos de apego inseguros: evitativo y ambivalente, dado que la mayor parte de los autores coinciden en determinar una mayor prevalencia de los mismos entre los individuos con este

diagnóstico.

De forma más concreta, las investigaciones más recientes tratan de aproximarse al análisis de las cuatro áreas principales en el funcionamiento del apego, cuya afectación es esencialmente relevante en el desarrollo de los trastornos de la alimentación (Tasca GA, 2014) y que se describen brevemente:

- La regulación del afecto: principalmente dependiente de la actuación del hemisferio cerebral izquierdo y que consiste en el control de las emociones básicas coordinadas por el cerebro más primitivo o sistema límbico que se activan ante estresores vitales o separación de las figuras de referencia.
- El estilo interpersonal: La capacidad para establecer relaciones de proximidad con otros individuos sin experimentar ansiedad o preocupación excesiva.
- La coherencia mental: viene dada por la narrativa establecida por las figuras de apego y permite general un estado mental más equilibrado.
- La función reflexiva: permite ser consciente del estado mental de uno mismo y de los demás como entidades separadas, y al mismo tiempo darse cuenta de que los estados mentales influyen los comportamientos. Esta función permite la empatía.

En relación a este constructo, en los individuos con apego inseguro encontramos una capacidad prácticamente abolida para la contención y regulación emocional, baja coherencia mental, suelen a idealizar o bien ser despectivos con respecto a las relaciones íntimas y presentan gran dificultad para poner en marcha la capacidad reflexiva, lo que les genera una lucha constante para llegar a la comprensión de la separación entre el estado mental propio y el de los demás.

De forma general podríamos decir que a través de la hiperactivación de su sistema de afectivo, acceden a las experiencias emocionales primordialmente relacionadas con la pérdida o el daño, y esto hace que se vea afectada su coherencia mental, dado que los estados emocionales suscitados como por ejemplo la ira

o incluso el autodesprecio, modifican su narrativa de forma sustancial.

B. Aspectos esenciales de la interrelación.

El campo de la investigación de la relación entre los trastornos del apego y los de la conducta alimentaria ha tratado de establecer, además de lo anterior, diversos aspectos que se encuentran imbricados en el seno de esta asociación.

La importancia de la función reflexiva o mentalización

Los diferentes meta-análisis realizados por diversos autores en estudios comparativos entre población con diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria y población sana coinciden en la prevalencia significativa, en torno al 70-100% (Delvecchio et al, 2014) (Tasca et al, 2014), de apego inseguro entre aquéllos con diagnóstico predeterminado principalmente de anorexia nerviosa o bulimia. Algunos estudios establecen una mayor correspondencia entre el estilo evitativo y la anorexia nerviosa mientras otros correlacionan bulimia y trastorno por atracón con el ambivalente, no obstante los resultados no son lo suficientemente concluyentes.

La habilidad de mentalización se ve afectada de manera importante en estos sujetos (Bateman et Fonagy, 2012), lo que a su vez afecta a la capacidad de regulación emocional, que finalmente tiene lugar a través de las conductas de restricción, purga o atracón como fórmulas de control ante el desbordamiento emocional. Se han tratado de establecer diferencias entre los diagnósticos de anorexia, bulimia y trastorno por atracón, encontrándose una mayor incidencia de baja función reflexiva en aquéllos diagnosticados con anorexia nerviosa (Rothschild-Yakar L, 2012) que en el resto de poblaciones diagnósticas. Este hecho pone de manifiesto el daño existente en estos individuos incapaces de decodificar de forma inconsciente los estados mentales de los demás y los suyos propios.

Apego inseguro y su relación con la severidad del trastorno de la conducta alimentaria.

Se ha especulado sobre la relación existente entre el apego inseguro y la severidad sintomatológica de los trastornos de la conducta alimentaria, pudiendo concluirse que dicha categoría de apego se halla en conexión con los trastornos alimentarios a través de los diferentes diagnósticos. Lo que no se ha podido determinar es la especificidad entre un diagnóstico concreto, por ejemplo anorexia o bulimia y la sintomatología asociada, ya sea conducta restrictiva o purga/atracón respectivamente, con las diversas dimensiones dentro de apego inseguro.

Los síntomas como la necesidad de aprobación por parte del otro, aspecto principal del apego inseguro-ambivalente, se asocian con la insatisfacción corporal como parte de la psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria. De igual manera, la preocupación excesiva por aspectos muy concretos de las relaciones interpersonales así como el nivel de miedo al abandono, nos da idea del grado de inseguridad en el apego y con ello nos permite predecir un mayor nivel de riesgo en el desarrollo del trastorno alimentario.

Mecanismos de interacción

Al tiempo que son numerosos los estudios que han indagado sobre la relación entre apego inseguro y trastornos alimentarios, las investigaciones sobre los diferentes mecanismos existentes que den cuenta del origen etiológico de dicha relación son muy escasos y poco significativos. Algunas de las propuestas son las siguientes:

Modelo de mediación indirecta por una tercera variable

Este modelo señala que los trastornos de la conducta alimentaria y el patrón de apego inseguro se encuentran relacionados por una tercera variable que actúa como mediadora y da explicación sobre cómo el patrón de apego inseguro actúa como mecanismo potencial de riesgo para que el individuo desarrolle el trastorno alimentario. Entre estas variables se encuentran (Tasca et al, 2014):

- Perfeccionismo no adaptativo
- La hiperactivación emocional: principalmente en los casos de apego

inseguro-ambivalente.

- El afecto negativo: principalmente en la correlación con los patrones alimentarios restrictivos.
- Alexitimia: principalmente en la correlación con la insatisfacción corporal.

Modelo de expresión directa

Desarrolla que los trastornos de la conducta alimentaria son una expresión directa de un patrón de apego inseguro desarrollado durante la infancia temprana en relación a situaciones de trauma o pérdida. Este estilo de apego propicia un estado mental más desorganizado en la etapa adulta del individuo y con ello le predispone a una mayor vulnerabilidad hacia la psicopatología nuclear de los trastornos alimentarios (Tasca et al, 2013).

De forma general viene a concluir que una disrupción del apego en la infancia se verá manifestada en la etapa adulta a través de síntomas patológicos. Por ello, la alteración sintomatológica en la esfera alimentaria actúa como expresión de un apego alterado.

Búsqueda de proximidad

Es característico en el patrón de apego inseguro la dificultad en la separación de la figura de referencia, lo que genera un estado de gran ansiedad. Esta dificultad de separación que proviene desde la infancia, se correlaciona con una dificultad externa para discriminar a nivel cognitivo en la etapa adulta entre las separaciones temporales y permanentes de las figuras significativas (O'shaughnessy et al, 2009). Ocurre entonces que separaciones diarias y habituales generan en la persona un gran nivel de ansiedad, y este hecho viene mediado por un patrón de apego inseguro. Por ello se postula que los trastornos de conducta alimentario puedan funcionar como expresión sintomatológica reparadora a través de la búsqueda de proximidad para con el otro.

Transmisión transgeneracional

Se postula aquí que el estilo de apego inseguro- evitativo de la figura de referencia (padres) limita la respuesta de ésta ante las

necesidades del hijo, e impide de esta manera que el individuo aprenda a este respecto, dado que no se trabaja la mentalización. Por tanto, en la etapa adulta, el sujeto no es capaz de diferenciar entre sus propias necesidades y los estados emocionales, y el trastorno de la conducta alimentaria se plantea como fórmula adaptativa a ese estilo de apego evitativo (O'shaughnessy et al, 2009)

Procesos familiares ocultos

Los conflictos familiares ocultos como problemas parentales, de pareja o incluso aspectos traumáticos de la psicobiografía de los miembros de la familia nuclear o extensa determinan el desarrollo del patrón de apego inseguro y con ellos de los trastornos de la conducta alimentaria (Zachrisson H et al, 2010). Éstos suelen funcionar en el sistema familiar como un elemento homeostático de ese equilibrio disfuncional, dado que la familia, como sistema abierto, se encuentra sometido a múltiples influencias que tratan de organizarse para establecer un equilibrio que les ayude a funcionar.

MENTALIZACIÓN Y ATENCIÓN PLENA COMO ESTRATEGIAS PSICOTERAPÉUTICAS

A. Definición

Parece interesante diferenciar algunos conceptos como: apego, mentalización e intersubjetividad que aparecen interrelacionados pero que son claramente constructos separados.

Mientras que el sistema de apego trata de generar una base de seguridad y de proximidad física con la figura de referencia a través de la exploración como conducta de aprendizaje, la mentalización se podría entender como un proceso que permite hacernos una imagen mental para permitirnos una mejor comprensión de nuestra experiencia así como de la de los demás, y al mismo tiempo darles un sentido.

Por su parte, la intersubjetividad hace referencia a la capacidad para compartir pensamientos y afectos entre nosotros y los demás, para crear una resonancia con el otro

tratando de flexibilizar los límites propios y subjetivos. Por su parte, el estado de atención plena facilita el trabajo de mentalización e intersubjetividad al permitirnos ser conscientes de nuestros estados mentales en el momento presente y por tanto diferenciar entre nuestra experiencia y la de los demás, colocándonos en una posición de mayor seguridad a nivel emocional, lo que potencia una base de apego seguro.

La mentalización

Componentes

Es multidimensional, abarca diversos dipolos entre los que se puede oscilar de forma que posicionarse en los extremos resulta poco adaptativo o patológico:

- Automático-Control: viene a considerar el movimiento entre los extremos de rigidez y el de caos cognitivo y emocional.
- Posición interna-Posición externa: permite diferenciar entre experiencia subjetiva y realidad externa entendiendo que son posiciones separadas pero interconectadas.
- Mira hacia el self-Mira hacia los demás: permite tomar consciencia sobre los pensamientos, emociones y sentimientos propios, así como también la los de los otros.

Componente cognitivo-Componente afectivo: integra pensamiento y afecto. Como posiciones extremas encontramos la racionalización (hipermentalización) y la pura emocionalidad (hipomentalización)

Como en todo, la capacidad mentalizadora funcional trata de mantenerse en la posición intermedia de los dipolos, mientras que las oscilaciones variables hacia los extremos van configurando las distintas posiciones patológicas.

Modos de mentalización

El proceso de mentalización de los padres para con los hijos es crucial para el desarrollo de un apego seguro, cuando esa capacidad mentalizadora se ve entorpecida o inhibida da lugar un vínculo de apego de características

patológicas y dificulta el proceso de mentalización del niño y con ello la consciencia sobre la experiencia psicológica propia.

Los modos de experiencia psicológica, que ponen de manifiesto cómo sentimos la relación entre el mundo interno y la realidad externa, son principalmente (Wallin, 2012):

- El modo de equivalencia psíquica: aquí, el patrón de pensamientos y creencias es equivalente a lo que ocurre en la realidad. Por ejemplo, si sufrimos algún tipo de rechazo sentiremos o creemos que es debido a algún defecto nuestro, en lugar de pensar que el estado mental de la persona que nos rechaza puede estar interfiriendo y modificando su conducta. En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, podría aplicarse cuando ante una situación de rechazo interpretan que es debido a su imagen corporal. Se trata de un estado de fusión entre experiencia interna y externa. Este estado es propio de la etapas iniciales del desarrollo (bebés y primera infancia)
- El modo de la simulación: la experiencia interna se separa de la externa. La incapacidad en este punto viene dada por el hecho de que tratamos de rechazar la realidad externa en tanto en cuanto ésta amenaza la interna, que es la que vivenciamos finalmente como real y está basada principalmente en nuestras cogniciones y fantasías. Así, los mecanismos de negación o disociación funcionan como defensa ante esa realidad vivenciada como amenazante. La negación funciona en la anorexia como defensa de la distorsión cognitiva sobre la percepción de la imagen corporal (fantaseada como de sobrepeso) frente a la realidad del aspecto físico de extrema delgadez. Este estado es más propio de la etapa de desarrollo infantil donde a través del juego los niños pueden hacer como si las limitaciones de la realidad no existiesen.

Los dos modos anteriores son los que encontramos predominantemente en la clínica y los que precisan trabajo terapéutico.

- El modo de la mentalización o reflexivo: donde se reconoce que experiencia interna y

externa se encuentran separadas pero en relación, de manera que podemos reflexionar acerca de esa relación, de cómo la realidad interna puede ser interpretada en función de la externa. Por tanto viene a significar una integración de las etapas previas y suele producirse a partir de los cuatro años de edad, aunque hay autores que postulan que incluso antes.

Transmisión intergeneracional

La seguridad emocional del individuo y el aprendizaje sobre su regulación vienen dado por la relación de apego establecida con sus figuras de referencia. Los padres son capaces de tener en mente su estado mental y el de su hijo, es decir, de mentalizar, por lo que en la interrelación que se crea desde el nacimiento éstos pueden comunicar a través de la experiencia física de contacto y afectivamente mensajes para la contención de la angustia vital que experimenta el bebé. De este modo, cuando esas figuras de referencia parentales tienen la habilidad de reconocer a su hijo como un ser con mente diferenciada de ellos mismos y dotada en potencia de las mismas capacidades que la suya, en ese momento se está construyendo el apego seguro. Este fenómeno reflexivo realizado por las figuras de apego es el que permite la transmisión del patrón de apego a través de las diferentes generaciones mediado por el proceso mentalizador.

Por ello, cuando coinciden un patrón de apego inseguro con una capacidad mentalizadora atrofiada se sientan las bases para el desarrollo de los rasgos o aspectos psicopatológicos que observamos en los distintos trastornos, entre ellos los de la conducta alimentaria. Por ejemplo, en el caso de un patrón de apego inseguro, los hijos acaban adoptando los mecanismos defensivos que tenían los padres por ejemplo la negación o la disociación (en el modo simulación) como ya hemos visto.

La atención plena

Concepto

El estado de atención plena es un concepto que conlleva un significado de pluralidad en cuanto

a que hace referencia a varias actitudes que se ponen en práctica concomitantemente: Consciencia plena, Atención y Recuerdo. Al mismo tiempo, se trata de una actitud de aceptación con amabilidad y afabilidad, es decir, sin juicio, a pesar de que el impacto emocional suscitado por el momento vivido sea positivo o negativo.

Habilidades:

Cuando se habla de una práctica con carácter terapéutico nos referimos a la situación en que la atención plena se lleva a cabo en el momento presente y con aceptación. Las habilidades necesarias para este proceso son:

- La Concentración: entendida como atención enfocada, es decir, la capacidad para reconducir de forma reiterada la atención hacia un foco. A nivel simbólico sería como el ejercicio que realizamos con una cámara fotográfica cuando queremos captar un detalle muy concreto y necesitamos enfocar, o en general con cualquier sistema de lentes. Se trata de poder reconducir la atención cuando ésta se distrae del foco principal.
- Mindfulness per se: representa la atención abierta. Podría significar la capacidad para mantener una actitud de escucha y atención sin que éstas se vean afectadas por resistencias, es decir, prestar atención con la mente de aquél que se inicia en una materia y se muestra receptivo a todo lo que pueda aprender.
- Aceptación: supone tolerar la situación tal como es sin juicios ni valores. Para ello se hace necesario adoptar una actitud de bondad cuasi amorosa, autocompasión y mantener un estado de ecuanimidad. Engloba los conceptos de ductilidad y flexibilidad del estado mental.

Los conceptos de concentración y de mindfulness se diferencian en que el segundo se centra en la observación de patrones de pensamientos, sentimientos y/o emociones situándolos en un primer plano de consciencia, mientras que la primera es una capacidad en si misma sin necesidad de ser llevada a un plano consciente para ser alcanzada.

Funcionamiento:

La mayoría de las técnicas terapéuticas se centran en disminuir la intensidad de la experiencia vivenciada como negativa por el paciente. Las técnicas enfocadas a la atención plena tienen como objetivo trabajar el aumento de la capacidad de tolerancia a la misma. Para ello, los *insights* claves que se pretenden conseguir en la práctica del *mindfulness* son: el sentido de impermanencia, de insatisfacción, así como el de no existencia de un *self* separado que permanezca o sea inmutable.

Otro punto importante es que con frecuencia no se discierne correctamente entre dolor y sufrimiento al referirnos a una experiencia o emoción negativa. La realidad es que el dolor, cuando se siente, es inevitable a diferencia del sufrimiento, que puede ser opcional. Lo que hace que una experiencia dolorosa, ya sea en el plano físico o emocional, se convierta en sufrimiento es la reluctancia que mostramos ante ella, de manera que en la ecuación dolor por resistencia el resultado es el sufrimiento (Siegel, 2005). Como se ha comentado anteriormente, la tendencia habitual a tratar de hacer una reducción sintomática lleva, finalmente, a generar un apego hacia la misma en una búsqueda incesante por tratar de controlar el problema. Este funcionamiento realmente desencadena un incremento negativo de la experiencia desagradable. Por ello, la atención plena se centra en trabajar la disminución de esa resistencia, potenciando el desarrollo de una actitud basada en el incremento de la tolerancia al problema, y favoreciendo con esto la capacidad de regulación emocional. Es decir, con la atención plena conseguimos disminuir el pensamiento discursivo sobre el pasado y el futuro, con lo que facilitamos el acceso a la experiencia presente antes de que ésta sea mentalizada explícitamente posibilitando, al mismo tiempo, este hecho.

B. Objetivos

¿Por qué trabajar con atención plena y mentalización en la práctica clínica? Lo que habitualmente observamos ante situaciones de apego inseguro y/o trauma, es que la capacidad creativa para poner en marcha nuevos modelos

internos en función de la información nueva, o incluso para considerar las experiencias desde distintas perspectivas, se anula y finalmente no se producen interpretaciones alternativas de la vivencia favoreciéndose el atrape por ésta. Esto ocurre en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria poniéndose de manifiesto a través de sus síntomas nucleares. En relación a lo anterior, el trabajo con atención plena y mentalización tiene entre sus objetivos:

- Funcionar como proceso de desinmersión de la propia experiencia interna y externa, a través de la reinterpretación y la creación de nuevas representaciones de esa experiencia subjetiva en nosotros mismos y en los demás (Wallin, 2012). Es un proceso por el cual podemos modificar de manera más consciente conductas, cogniciones y emociones aprendidas de un modo automático, fundamentalmente a través de la ayuda de la metacognición (pensar sobre nuestros propios pensamientos) y al darnos cuenta de cómo la mente puede mediatizar las experiencias.
- Favorecer el trabajo de *insight*: a través de la terapia, el terapeuta es capaz de mentalizar, es decir, tener en su mente la mente del paciente, y con ello ayuda al paciente a aprender y potenciar una postura mentalizadora. No obstante, es preciso que la relación terapéutica se establezca a través de una relación vincular de apego seguro, ya que de esta forma el paciente puede reestructurar su proceso de mentalización implícita (interpretación de señales afectivas no verbales) y explícita (interpretación de recursos lingüísticos) aprendiendo un nuevo modelo de interacción, evitando así la transmisión intergeneracional del patrón de apego inseguro previamente interiorizado y repetido de forma automática en sus relaciones presentes.
- Favorecer la regulación emocional: el trabajar la capacidad de situarse en el momento presente de una forma consciente y con aceptación induce un estado de tranquilidad que al mismo tiempo ayuda a integrar afectos y emociones vinculadas a tiempos pasados (asociados con sentimientos depresivos) o

futuros (asociados con sentimientos de ansiedad). Con ello el paciente aprende a desactivar sus defensas ante los acontecimientos traumáticos que son las que perpetúan el sufrimiento. A nivel metafórico lo vemos representado en el proceso de respiración, que nuestro cuerpo realiza de forma automática. Cuando llevamos la atención a este punto de manera consciente somos capaces de modificar los parámetros respiratorios de ritmo e intensidad, de igual forma ocurre cuando somos capaces de tomar consciencia de nuestras emociones. Es por esta razón que la respiración es un trabajo empleado en la práctica de la atención plena.

CASO CLÍNICO A MODO DE ILUSTRACIÓN

Se trata de una adolescente de 14 años de edad en el momento de ingreso, 15 años al alta, que ingresa por pérdida de peso desde agosto 2014 y más acentuada desde principio de mes de diciembre de 2014. Aunque siempre ha tenido muy bajo peso, a lo largo de la última parte del año 2014 esta pérdida se ha incrementado, hasta el punto de que en los últimos cinco meses ha llegado a perder un kilo por mes, alcanzando los 26 kilos en el momento de ingreso, lo que denota un estado de desnutrición muy severo. A pesar de que la paciente y el entorno familiar son conscientes de esa pérdida así como de las consecuencias de la misma, y de estar en seguimiento en salud mental no ha sido posible, en tratamiento ambulatorio, revertir la situación de pérdida progresiva por lo que se indicó el ingreso hospitalario.

En la entrevista de ingreso la paciente se mostró desafiante y negativista. Aunque reconocía su situación de desnutrición la relacionaba con su tristeza y consideraba que estar ingresada solo iba a empeorar esa situación. Por su parte los padres hacen referencia a varios aspectos que han influido en la pérdida ponderal centrándolos principalmente en el aumento de los requerimientos académicos y el hecho de tener nuevas amigas adolescentes. Comentan además que desde las navidades existe un

empeoramiento de los síntomas depresivos: llanto, irritabilidad y hostilidad con heteroagresividad física hacia la madre, aunque sin ideas de muerte o autolíticas. La relación familiar parece disfuncional en diversos aspectos, pero especialmente se observan rasgos conflictivos en la relación materno-filial.

En el momento del ingreso, no presenta enfermedades somáticas de interés patológico así como tampoco hábitos tóxicos. Hace tres años presentó cefaleas tensionales y vejiga neurógena que fue tratada con técnicas de biofeedback. Mide 1.56 m y pesa 26,0 kg. Con un IMC 10.8.

La historia psicobiográfica comienza con un embarazo normal medicamente controlado y deseado. El parto fue programado por cesárea con un peso de 3 kg 200 gr. Lactancia materna durante el primer año de vida. Dificultad importante para consolarse en momentos de angustia o llanto. Múltiples rabietas. Hitos del desarrollo psicomotor dentro de los intervalos establecidos. La madre refiere que siempre le ha sido muy difícil vincularse con su hija, le describe como “una chica muy complicada”, y posiblemente debido a ello el padre ocupa un lugar central en la crianza y educación de la hija. La madre atiende más a aspectos académicos.

Durante la primera infancia nunca jugaba con sus juguetes, los pedía pero luego no los usaba. Los padres refieren conductas peculiares ya en el inicio de la pubertad como no tirar de la cadena o tirar las toallas al suelo, que se mantienen todavía aunque han mejorado en el último año. No otros rituales ni obsesiones. No tics.

A los 10 años refieren sus padres que inicia cuadro depresivo, con heteroagresividad física hacia objetos y hacia otras personas, lo ponen en relación con la concomitancia diagnóstica de enfermedad del hermano – Enf. de Asperger-. Es en este punto cuando inicia seguimiento en consultas externas de salud mental (con la misma terapeuta que el hermano) y tratamiento farmacológico con antidepressivo, aunque refieren con escasa adherencia. Al poco tiempo fue diagnosticada de anorexia nerviosa a raíz de un ingreso hospitalario

durante tres semanas con seguimiento posterior durante siete meses en Hospital de día de ese mismo hospital. En ese ingreso se hipotetizó acerca de que la causa del trastorno estaba en relación con un cuadro depresivo cuyo precipitante coincidiría con el diagnóstico del hermano mayor. Actualmente seguimiento en consultas externas de su centro de salud mental de referencia.

Cursa 3º de ESO y ha cambiado de centro escolar en una ocasión porque, según refieren, los compañeros la estigmatizaron por el ingreso en psiquiatría a los 10 años de edad. Rendimiento académico bajo, los padres refieren que no se esfuerza y que es muy vaga. La madre se encarga de realizarle los deberes y trabajos académicos como intento de negociación para que coma.

Respecto a la estructura del sistema familiar, comentar que es la menor de un sistema fraternal de dos hermanos (hermano mayor de 18 años). Convive con ambos padres y su hermano en el domicilio familiar. La madre es licenciada en farmacia y regenta su propio negocio como autónoma, se encarga de una farmacia situada en una localidad cercana al núcleo urbano donde reside.

El padre es médico en un centro de salud y ambos se encuentran trabajando de forma activa. La paciente refiere un clima familiar con mucha tensión “desde siempre”, con una dinámica familiar muy compleja en la que se aprecia una asimetría muy importante con respecto a la vinculación madre/ padre. Refiere un apego inseguro evitativo gestado en el seno de relaciones disfuncionales que se perpetúan de forma transgeneracional, pues parece existir un conflicto abierto entre la madre la paciente y su propia madre, donde actualmente no existe relación ya que esta está truncada desde hace muchos años.

Encontramos antecedentes de patología en la esfera mental entre varios de los familiares de la familia extensa, en concreto la abuela paterna y un tío materno presentan rasgos de tipo aspergeriano. Otro hermano de la madre presenta problemática relacionada con el consumo abusivo de alcohol. La madre se encuentra actualmente en tratamiento antidepressivo y seguimiento psicológico de

forma privada desde 2010, coincidiendo con el inicio de la patología en ambos hijos. Desde el principio del ingreso se marcaron los pesos saludables a ir alcanzando por etapas durante el tiempo de evolución clínica que finalmente ha durado tres meses.

El comportamiento y actitud de la paciente siempre ha sido negativista y en ocasiones desafiante con respecto a las propuestas de ayuda, oscilante según los intervalos de forma que incluso ha llegado a reconocer la mejoría anímica secundaria a la renutrición.

En ningún momento se apreció distorsión del esquema corporal pero sí sobrevaloración de los cambios acontecidos. Presentó una gran dificultad para concretar a nivel emocional los sentimientos que tenía, y tiende a expresar las emociones a través de la conducta o bien a través del cuerpo. Admite que en sus relaciones con los demás en muchas ocasiones se comporta “como sí..., pero no”, demostrando actitudes y gestos que no concuerdan con su vivencia interna de la situación. Respecto a ella misma, dice que a lo largo del ingreso se siente “rara...al principio era como una fiera enjaulada...ya no me siento así”. Señalamos que su estado anímico está relacionado en una parte importante con su estado nutricional.

Se intentó potenciar la relación con la madre a través de un programa basado en cuidados materno-filial durante las visitas, pero sin grandes progresos. La relación con la madre la describe como muy disfuncional “no consigo conectar con ella”, “noto que se aparta...no hay conexión...me habla de cosas tuyas...y no siento que entienda cómo me siento ni lo que me pasa...con mi padre es diferente”, “Mi madre no ha querido ver lo mal que estaba hasta que mi padre no se ha alarmado”.

Reconoce que durante las visitas y salidas siguen discutiendo, relegando al padre a una situación satélite en el enfrentamiento entre ambas. En otras ocasiones dejan entrever una clara coalición entre la hija y el padre en contra de la madre. La relación con el hermano es principalmente indiferente durante todo el ingreso. La paciente se presenta ante los padres con una actitud victimista y pasiva, tratando de externalizar y delegar en ellos toda responsabilidad sobre el proceso.

Éstos tratan de sostenerla con gran dificultad para establecer una contención emocional suficiente.

En el manejo de la situación clínica la paciente ha requerido sondaje nasogástrico derivado de la conducta ambivalente que ha presentado la paciente durante todo el proceso terapéutico. Con todo, la evolución ha sido lenta pero progresiva, con mejora de su estado anímico a partir de la mejora del IMC, que al alta alcanza una cifra de 14,48.

En este caso clínico llaman la atención varios aspectos que ilustran de algún modo los conceptos teóricos previamente desarrollados:

Relaciones vinculares

En la relación vincular, el padre se muestra cercano a la hija (a nivel no verbal le coge de la mano, le acaricia y le acoge en su seno durante las entrevistas), se encuentra angustiado por la propia angustia de su hija y le devuelve esa misma imagen que finalmente no resulta del todo contenedora.

Igualmente la madre muestra gran angustia ante la situación de desbordamiento emocional de la hija intentando contenerse a ella misma y tratando de hacer aproximaciones afectivas sin éxito. Impresiona de una vinculación en alguna medida insegura ambivalente quizás con el padre y más evitativa en la relación materno-filial.

Dificultad para el contacto con experiencias internas y regulación emocional

Resulta significativo cómo pasa de un estado de hiperactivación emocional hacia un estado de absoluta calma ante la presencia de otros cuando se le acoge en su malestar y se valida su sufrimiento. Impresiona de un gran vacío interior, utilizando los síntomas alimentarios como respuesta reactiva a un proceso de escisión interna.

En los meses previos al ingreso refiere que se encontraba "muerta en vida", confusa ante la situación vivencial y con ideas pasivas de muerte recurrentes. No ha llegado a realizar ningún *acting* y comenta que su mejor amiga es la persona que siempre le ha contenido en

el origen de su enfermedad pero cuando tratamos de abordarlas se muestra evitativa y con gran indeterminación en el relato de las mismas, como si no pudiese acceder a ellas.

Relaciones familiares disfuncionales y perpetuación de patrones intergeneracionales.

La situación en casa se había hecho muy complicada ya desde hacía mucho tiempo. Comentan que se había negado a realizar diversas ingestas y su dieta era muy restrictiva (patata, arroz y pasta), tratando de controlar todo lo que se cocinaba así como que estaba muy pendiente de los alimentos que se incluían en las comidas.

La madre señala en varias ocasiones que la relación entre ambas no ha sido nunca buena "ella me acusa de haberle abandonado por preocuparme por su hermano...me ha esclavizado", las discusiones eran frecuentes, e incluso cuando tenían que ver con su hermano ella acababa participando en rol de parentificación, pero no ocurría igual si la discusión tenía que ver con ella, pues éste nunca se involucraba.

Por otro lado, el padre señala aspectos ansiógenos del carácter de la madre como "miedos irracionales por cosas triviales", que al mismo tiempo juzga como responsables del carácter y actuaciones de su propia hija.

Expone que el parecido entre madre e hija es muy grande a nivel caracterial, un patrón que se repite entre la abuela materna y la madre de la paciente de la misma manera.

Por todo lo anterior, desde una perspectiva sistémica se podría hipotetizar que la anorexia juega un papel en el mantenimiento homeostático del sistema familiar, de forma que si la relación materno-filial ha permanecido estable hasta el momento del diagnóstico del hermano, ese giro de la madre hacia el cuidado del hijo enfermo ha podido hacer que la hija gire hacia el padre y en un intento de volver a reestablecer esa proximidad ante el miedo al abandono, enseña al padre a controlar a la madre a través del conflicto alimentario.

CONCLUSIONES

A lo largo del proceso de estudio de los conceptos que interrelacionan el trauma de apego y los trastornos de la conducta alimentaria se han podido responder algunas de las preguntas que desde un inicio motivaron el desarrollo de este trabajo. Una de las principales, desde mi punto de vista, hace referencia al impacto que tiene la aplicación del trabajo terapéutico en el abordaje de este tipo de enfermedades, tratando de entender la base etiológica que los sustenta así como las evidencias científicas que soportan el trabajo clínico.

Varias son las conclusiones que pueden desarrollarse a partir de lo expuesto en páginas anteriores. Para empezar, el descubrimiento del sistema de apego como un diseño biológico constituido para adaptarnos estratégicamente al entorno en el que nos encontramos, podría considerarse un importante hallazgo en el conjunto de las capacidades de supervivencia que tienen los animales, y entre ellos, el ser humano. Como seres sociales, necesitamos de la interrelación con los demás para poder constituirnos como personas y poder sobrevivir ante las circunstancias hostiles y adversas del medio. La investigación en este campo a lo largo de los años ha ido arrojando resultados muy significativos de cara a la comprensión de la esfera relacional, emocional, cognitiva y conductual a través de los conceptos establecidos en la teoría del apego. Así, la relación vincular con la figura de referencia, por tanto cuidadora desde nuestro nacimiento, modela nuestra experiencia de aprendizaje de una forma dinámica e interactiva.

Pero, ¿cuál es la importancia real de este tipo de relación? Las repercusiones que se atribuyen a la misma van más allá de la simple supervivencia, éstas influyen también en la organización estructural y neuronal de nuestro cerebro, que a su vez determina nuestras capacidades elaborar una estructura dimensional sobre nosotros mismos, es decir, una identidad desde la que explorar y ser conscientes tanto de nuestras experiencias internas comparativamente con las externas, así como también sobre las de los demás.

Cuando esa relación vincular se establece sobre una base de seguridad entre la figura de apego y el sujeto en cuestión, se hace más complejo que se creen disfuncionalidades y se desarrolle psicopatología a lo largo del proceso evolutivo.

Pero, ¿qué ocurre en entonces con el vínculo en los individuos que experimentan trastornos de la conducta alimentaria? Inicialmente, la problemática de este tipo de trastornos parece responder a un componente de orden multidimensional, esto es, diversos factores de riesgos incidentes en la configuración del proceso de enfermedad. En la base de todos estos aspectos incidentes se encuentra una relación de apego truncada constituida a partir de mecanismos defensivos de tipo evitativo o ambivalente por parte del individuo afecto. Estamos hablando de un patrón de apego inseguro, que se define por una vivencia angustiada del bebé con respecto a su figura de referencia, a quien vivencia como un ser temeroso, peligroso y confuso que, lejos de ofrecer una seguridad a las necesidades que ese bebé espera obtener, lo que infunde es inseguridad. Para ello, este tipo de individuos se organizan defensivamente con el fin de poder autoprocursarse una falsa sensación de seguridad con la que sobrevivir en el medio hostil. Los que tienen como base el patrón de apego inseguro evitativo tratan de evitar las experiencias emocionales próximas para no sufrir angustia, mientras que los que tienen desarrollado un patrón de apego ambivalente desarrollan estrategias de aproximación permanente para evitar el abandono y reasegurar su vinculación.

Este tipo de patrones vinculares da paso al desarrollo de las alteraciones psicopatológicas nucleares de los trastornos de la conducta alimentaria.

Por otra parte, se ha evidenciado que existe una transmisión intergeneracional de los estilos de apegos de padres a hijos y de éstos a las siguientes generaciones. No obstante, esto no implica que no se puedan generar cambios en los mismos, basados fundamentalmente en experiencias que favorezcan lecturas alternativas de los mismos, como sucede con la psicoterapia.

Por tanto, ¿cuál es el impacto del abordaje terapéutico? Lo que nos encontramos en la práctica clínica son personas con relaciones vinculares disfunciones, y con habilidades muy primarias así como estrategias defensivas poco elaboradas para enfrentarse a las distintas experiencias de su mundo interno y externo.

No han desarrollado un proceso reflexivo suficiente que les permita diseñar estrategias alternativas a los modelos de aprendizaje previamente adquiridos, en otras palabras, no ha sido mentalizados o lo han sido parcialmente. Es como si las plantillas que han heredado en la relación con su figura de apego no pudiesen actualizarse.

Por todo eso, se ha observado que el trabajo terapéutico de cualquier índole sobre la base de una relación de apego seguro puede ayudar a la persona a reescribir su propia biografía, metafóricamente hablando. Pero son especialmente interesantes los aportes que nos ofrece la teoría de la mentalización y la atención plena. El proceso de mentalización propone una mirada hacia nuestro propio self permitiéndonos establecer relaciones de intersubjetividad posteriores.

La mentalización viene dada por la capacidad que las figuras de referencia tengan para establecer en su mente la mente del bebé como entidades separadas y así ayudar a éste a realizar este mismo proceso a lo largo de su desarrollo.

La capacidad de atención plena, por su parte, consiste en la habilidad para mantener el foco de atención en nuestros pensamientos, emociones y sentimientos con una actitud de amabilidad y sin juzgar.

Amas fórmulas, aplicadas a la terapéutica clínica permiten tomar consciencia sobre la problemática del trastorno, es decir, ampliar la capacidad de *insight*; desechar y reconstituir los modelos de previos de apego así como potenciar la capacidad de autorregulación emocional y afectiva.

Para concluir, señalar la importancia de trabajar la relación vincular terapeuta-paciente siendo capaces de construir una

relación de apego seguro, de cuidado, que ofrezca un carácter resiliente suficiente como para que éste pueda reaprender nuevos modos relacionales más adaptativos.

Sólo la comprensión y reflexión sobre estos aspectos, y la puesta en práctica de un abordaje terapéutico en la línea de lo expresado puede lograr un tratamiento terapéutico eficaz y reconfortante para ambos intervinientes.

Especialmente importante es también, en el trabajo psicoterapéutico con niños y adolescentes, el hecho de trabajar con las familias en su conjunto favoreciendo un reajuste de sus dinámicas relacionales que en gran parte de los casos son disfuncionales.

De esta manera, se espera que puedan encontrar, a través de la terapia y de las experiencias compartidas, nuevos aprendizajes y herramientas con los que conseguir autorregularse como sistema, y de igual manera, establecer un flujo comunicacional sano entre los diferentes subsistemas configuracionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AA.VV. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guías de práctica clínica en el SNS*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya
- Barudy J, Dantagnan M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bateman AW, Fonagy P, editors. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2012
- Bowlby J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Delvecchio E, Di Risio D, Salcuni S, Lis A et George C. *Anorexia and attachment: dysregulated defense and pathological mourning*. *Frontiers in Psychology*. 2014.
- Díaz Atienza, J; Blánquez Rodríguez, MP. *El vínculo y psicopatología en la infancia: Evaluación y tratamiento*. *Revista de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. 2004; 4 (1), 82-90.
- O'shaughnessy R, Dallos R. *Attachment Research and Eating Disorders: A Review of the Literature*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2009; Vol 14(4): 559–574. DOI: 10.1177/1359104509339082
- Rothschild-Yakar L, Levy-Shiff R, Fridman-Balaban R, Gur E, Stein D. *Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior*. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198:501–507.
- Selvini, M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Selvini, M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Siege DJ. (2012). *El cerebro del niño*. Barcelona: Alba.
- Siegel, RD. (2005). *Psychophysiological disorders: Embracing pain*. En C. K. Germer, RD Siegel et PR. Fulton (eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (p182). Nueva York: Guilford Press.
- Tasca GA et al. *Neglect Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: A structural equation model*. *Child Abuse & Neglect* 37 (2013) 926–933
- Tasca GA, Balfour L. *Attachment and eating disorders: a review of current research*. *Int J Eat Disord* 2014; 47:710-717.
- Wallin, DJ. (2012) *El apego en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Zachrisson H, Skarderud F. *Feelings of Insecurity: Review of Attachment and Eating Disorders*. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 18 (2010) 97–106.

Volumen VI
Número 2
Septiembre
2016

*Overcoming
bereavement with
EMDR. A case*

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 "adaptive resolution". It allows the patient to retrieve the positive memories and focus on love for the beloved person.

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



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

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 terapéuticas.

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: *“recrea 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 lo 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 tantas 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? ¿sigue 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>.