

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EMDR CON CUIDADORES PRIMARIOS
DE NIÑOS CON CÁNCER (ESTADIOS I A III)

PSICÓLOGA
JULIETA LAU SANG

Tesis de grado presentada a la Facultad de
Psicología, como uno de los requisitos
para obtener el grado de Magister en
Psicología Clínica.

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2014

UNIVERSIDAD DE PANAMA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría en: Psicología clínica
Facultad de: Psicología
Número de Código: CE-PT-327-14-06-14-126
Nombre del estudiante: Julieta Lau Sang
Título al que aspira: Magister en Psicología Clínica
Tema de Tesis: Psicoterapia Integrativa (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) para cuidadores primarios de niños pacientes de cáncer (estadios I a III).
Resumen Ejecutivo: Esta investigación utilizó un diseño pre-experimental con pretest y post-test en un solo grupo, con mediciones de síntomas de estrés agudo. Se considera el cáncer como un *continuo de incidentes estresores* y se toma el diagnóstico como punto de partida. La variable dependiente son los síntomas de estrés agudo (prueba Escala de Impacto de Eventos-Revisada), de depresión (BDI) y de ansiedad (BAI) y la percepción subjetiva de perturbación (SUD, protocolo EMDR). La variable independiente es el Protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes (PRECI). Se realizarán 3 intervenciones individuales en un lapso de 1 mes dadas las limitaciones de tiempo de los sujetos. Se espera que los síntomas de estrés, depresión y ansiedad disminuyan significativamente luego de la aplicación del protocolo.
Nombre del Asesor: Prof. Ricardo López
Firma del Asesor: _____
Firma del Estudiante: _____
Aprobado por: _____
Coordinador del Programa
Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado
Fecha: _____

DEDICATORIA

A todas aquellas personas que día a día, desde sus roles, han buscado o buscan la manera de hacer de este, un mundo mejor: mi *A-Pó* (Q.E.P.D.), a mis padres y a mi *Ychai* María que me enseñaron que la labor de las generaciones siguientes, es tomar las buenas intenciones y aprendizajes de la generación anterior y honrarla repitiendo y transmitiendo lo positivo, y transformando lo necesario producir cambios.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien me muestra día a día, el hilo conductor que da sentido a mi vida.

A todos mis ancestros, mis padres y hermanos, quienes a través del compartir de sus experiencias de vida y de sus aprendizajes, me han dado generoso apoyo, orientación, aliento y conocimientos, aportando sentido de propósito, humor y alegría a mi existencia.

A María del C. Sang, Ignacio Jarero, Lucina Artigas, Gabriela Ruiz y Alaide Miranda, quienes han enriquecido mi vida con su ejemplo firme y bondadoso, con vasta experiencia clínica y profunda claridad conceptual.

A mi esposo y mi mejor amigo, Jorge Suárez, que me ha acompañado, participado y apoyado en los momentos más importantes de mi vida.

A FANLYC por su espléndido apoyo a esta investigación y en especial a los cuatro cuidadores que con su ejemplo y su participación, enriquecieron no solamente la investigación, sino también mi capacidad para sentir respeto y admiración por otros seres humanos.

A mis profesores de la maestría, en especial al profesor Ricardo López, cuyos años de experiencia, paciencia, dirección y visión clara, fueron de fundamentales en este proceso.

A todos, gracias, desde el fondo de mi corazón.

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA	i
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO HISTORIA DEL TRAUMA EN LA SALUD MENTAL	9
1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE TRAUMA Y DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	10
1.1. Estudio del trauma y su inclusión en el DSM	10
1.2. Criterios diagnósticos actuales para el trastorno por estrés postraumático	16
2. NEUROFISIOLOGÍA DEL TRAUMA	20
CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EMDR	23
1. LA TERAPIA E.M.D.R. (Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimiento Ocular)	24
1.1. Definición	24
1.2. Descubrimiento y evidencia científica	24
1.3. Modelo teórico	25
1.4. Memorias traumáticas y la terapia EMDR	26
1.5. Convergencias teóricas	30

1.6. Metodología de la terapia EMDR	30
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	31
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
2. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	35
2.1. Hipótesis Principal	35
2.2. Hipótesis Secundaria	35
2.3. Hipótesis Estadística	35
3. OBJETIVOS	36
3.1. Objetivos generales	36
3.2. Objetivos específicos	36
4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	37
5. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	37
5.1. Variable Independiente	37
5.1.1. Definición conceptual de la variable independiente	37
5.1.2. Definición operacional de la variable independiente	38
5.2. Variable Dependiente	39
6. POBLACIÓN Y MUESTRA	41
6.1. Población	41
6.2. Muestra	41
6.3. Criterios de Inclusión	41
6.4. Criterios de Exclusión	42
7. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y EVALUACIÓN	42
7.1. Instrumento de medición	42
7.2. Entrevista clínica	44

8. LIMITACIONES	44
9. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO	44
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	48
1.1. Heterogeneidad/homogeneidad de la muestra	48
2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS	50
2.1. Variable Principal	50
2.2. Variable Secundaria	54
3. DISCUSIÓN	57
3.1. Resultados Estadísticos	57
3.2. El Tratamiento	59
3.2.1. La entrevista clínica	59
3.2.2. La psicoterapia EMDR para incidentes críticos recientes	60
4. CONCLUSIONES	61
4.1. Sobre la población y la muestra	61
4.2. Sobre la psicoterapia EMDR para incidentes críticos recientes	61
5. RECOMENDACIONES	62
5.1. La investigación	62
5.2. La intervención clínica	63
5.3. La sociedad en general	64
BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXOS	71
Anexo No.1. Modelo de Consentimiento Informado	72

Anexo No.2. Plantilla de Recolección de Datos Sociodemográficos	74
Anexo No.3. Escala de Impacto del Evento-Revisada	76
Anexo No. 4. Resumen de las Ocho Fases del Protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes	79
Anexo No.5. Protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes	83
Anexo No. 6. Conceptualización de Casos	91

INDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico No. 1 Puntajes pre y post-test en la escala EIE-R	53
Gráfico No. 2 Comparación de media EIE-R pre-test y post-test de la muestra	54
Gráfico No 3 Comparación de medias SUD pre y post-test	57

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla No. 1 Sexo, edad, nivel educativo, grupo étnico de la muestra	48
Tabla No. 2 Ocupación previa, rango de ingreso familiar, estado civil, otros hijos dependientes, religión profesada y redes de apoyo de la muestra	49
Tabla No. 3 Edad del/la niño(a) enfermo(a) y tipo de cáncer del mismo por sujeto	50
Tabla No. 4 Comparación de puntuaciones T pre y post-test de la prueba EIE-R para cada sujeto	50
Tabla No. 5 Comparación de la media de estrés postraumático pre y post-test de la muestra	51
Tabla No. 6 Reporte de SUD pre y post-test de cada sujeto de la muestra	55
Tabla No. 7 Comparación de la media de reporte SUD pre y post-test	56

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue validar la efectividad de la psicoterapia integrativa EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimiento Ocular), con la aplicación del protocolo EMDR para incidentes críticos recientes en un grupo de cuidadores primarios de niños con cáncer (estadios I a III) que presentaron trastorno por estrés postraumático. El cáncer se consideró como un estrés continuo, contando el diagnóstico como punto de partida del trauma. Se utilizó un diseño pre-experimental pre-prueba/post-prueba con un solo grupo. La muestra fue de 4 sujetos, entre los 23 y 36 años de edad y fue obtenida por muestreo intencional. Como instrumentos se utilizaron la Escala de Impacto de Evento-Revisada (Weiss & Marmar, 1997) y la escala subjetiva de perturbación (SUD). El tratamiento se aplicó individualmente, en 3 sesiones, cada una con 90 minutos de duración. Los resultados indican que el uso del protocolo EMDR para incidentes críticos recientes es eficaz para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático. Además, se pudo concluir que el tratamiento puede eliminar los síntomas de estrés postraumático e incluso prevenir el aumento de los mismos en las situaciones en que los sujetos se encuentran expuestos a nuevos o peores estresores.

ABSTRACT

The objective of the present research was to validate the effectiveness of EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) integrative psychotherapy, with the application of the EMDR Protocol for Recent Critical Incident to a group of primary caregivers of children with cancer (stages I to III) who presented posttraumatic stress disorder. Cancer was considered as an ongoing stress, taking as the depart point of the trauma, the moment of the diagnosis. A pre-experimental design pre-test/post-test with one group was used. The sample was composed by 4 subjects, between 23 and 36 years old and was obtained by intentional sampling. The instruments used were the Impact of Event Scale-Revised (Weiss & Marmar, 1997) and the subjective units scale (SUD). The treatment was applied individually, in 3 sessions, each one of 90 minutes of duration. Results show that the use of the EMDR Recent Incident Protocol is effective for the treatment of posttraumatic stress disorder. Furthermore, we conclude that the treatment can eliminate symptoms of posttraumatic stress and also prevent the increase of symptomatology in situations where the subjects are exposed to new or worst stressful events.

INTRODUCCIÓN

El cáncer se ha vuelto una enfermedad tan frecuentemente encontrada a nivel mundial y con consecuencias potencialmente devastadoras para el individuo, su familia y la sociedad, que se ha hecho necesaria la existencia de la psicooncología, disciplina que promueve la canalización saludable de las emociones de los enfermos de cáncer y su familia. Y es que, en salud mental, la detección temprana, el diagnóstico correcto y la intervención oportuna con el tratamiento adecuado, pueden cambiar drásticamente el destino de una persona.

Esta investigación trata sobre los efectos traumáticos del cáncer en los cuidadores primarios, pero antes de hablar de ello, revisaremos algunos datos sobre el cáncer.

A pesar de la frecuencia con que se escucha la palabra cáncer y de los avances de las atenciones en prevención y tratamiento, es difícil no asociarla con consecuencias nefastas. La Organización Mundial de la Salud declaró la enfermedad como la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuye aproximadamente el 13% del total de defunciones ocurridas en el mundo en 2008. Del 13% de las defunciones por cáncer a nivel mundial, más del 70% de las defunciones se registraron en países de ingresos bajos y medianos y se prevé que el número de muerte por cáncer siga aumentando en todo el mundo y supere los 13,1 millones en 2030 (World Health Organization , 2013). Con estas estadísticas, no es de sorprenderse que en general, se asocie el cáncer con muerte.

Sin embargo, los cánceres en niños ocurren con menos frecuencia y son diferentes al cáncer en adultos. Según los últimos cálculos de la OMS, el cáncer es responsable de unas 100,000 vidas al año en niños menores de 15 años en todo el mundo (BBC Mundo, 2014). Debido a que es el mundo en desarrollo el que tiene la tasa infantil más elevada –cerca del 90% de los niños con cáncer vive en estas regiones- es aquí donde mueren más pequeños por esta enfermedad (BBC Mundo, 2014). En Panamá, se ha estimado un promedio de 100 casos nuevos de cáncer anuales en la población menor de 15 años (Ah Chú, 2008).

Afortunadamente, el cáncer en niños, tiende a responder mejor a los tratamientos que en adultos (Children's Oncology Group, 2007) a pesar de que el mismo puede crecer en diferentes tipos de tejido corporal, siendo los más comunes: los de la sangre y médula ósea, tejido linfático, cerebro, sistema nervioso, músculos, riñones y hueso.

Podríamos decir que el estrés emocional que conlleva un diagnóstico de cáncer, fue oficialmente reconocido a partir de la publicación de la cuarta edición del DSM –IV (APA, 1994), y el concepto de evento potencialmente traumático fue ampliado para incluir a otras personas no directamente afectadas por el hecho traumático pero que sí lo han presenciado. Así, se reconoce que el cáncer puede constituir una experiencia traumática no sólo para el afectado por la enfermedad sino también para las personas significativas que comparten el proceso de la enfermedad (Ochoa, Castejón, Sumalla, & Blanco, 2013). Ya para la publicación del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), el criterio A.3 especifica el enterarse que el evento(s) traumático le ocurrió a un familiar o amigo cercano. En casos de muerte real o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el evento(s) debió haber sido violento o accidental.

He de tomarse en cuenta que desde el momento del diagnóstico, el cáncer no puede considerarse como incidente con un principio y un fin, a diferencia de otros eventos estresores (como por ejemplo con un robo) sino que debe verse como un *proceso* que conlleva *estrés continuo*.

El *proceso* del cáncer puede tener varios momentos de gran impacto: desde el momento en que se observa que el niño presenta dolencias y a pesar de que es llevado a consulta, el niño empeora. La mayoría de las veces, los médicos están tan perplejos como los padres. A veces los galenos pueden llegar a la conclusión de que se trata de un cuadro de simulación de enfermedad por parte del niño. Finalmente, cuando se da con el diagnóstico, dependiendo del acceso a la educación que hayan tenido los padres y al nivel al que hayan llegado, la palabra cáncer puede generar más confusión, pues para algunos, es la primera vez que escuchan de la enfermedad.

Las dinámicas parentales se alteran: si ambos padres trabajaban, probablemente uno de los dos, el cuidador primario, eventualmente renuncie o pierda su trabajo ya que su presencia es requerida en los tratamientos médicos del niño. Esto puede generar estrés económico y puede producir sobrecarga emocional en ambos padres. A veces la alianza marital se ve confrontada debido a largas estancias del cuidador primario y el niño en el hospital. Pueden surgir sentimientos de desconfianza, culpa, enfado, confusión. Pueden surgir señalamientos como intentos de encontrar culpables/responsables de la enfermedad. El cuidador primario y el niño o niña, deben

además aprender tecnicismos médicos, ajustarse a pasar mucho tiempo en el hospital y lejos de casa, prepararse y ajustarse a los procedimientos médicos, a sus efectos secundarios. En algún punto los cuidadores primarios pueden llegar a preguntarse si hacen lo correcto al someter a su hijo(a) al tratamiento al verlo(a) experimentando los efectos secundarios de dichos tratamientos sin tener garantía de que los tratamientos funcionarán o enterarse del empeoramiento o fallecimiento de algún otro niño. La fe puede verse cuestionada o bien puede afianzarse. El cuidador primario puede sentirse abrumado(a) por todo lo mencionado anteriormente y por lograr contener y guiar la salud mental de su hijo(a) enfermo(a) en el proceso. La información, orientación, acompañamiento y ayuda económica directa o indirecta que se le pueda brindar, pueden ayudar a que este *proceso* sea lo menos traumático posible.

En algunos estudios, se han observado altas tasas de incidencia a lo largo de la vida de sintomatología de trastorno por estrés postraumático (TEPT) en madres de hijos diagnosticados de cáncer, con un 25% de ellas cumpliendo criterios diagnósticos de TEPT (Pelcovitz et al. citados por Ochoa, Castejón, Sumalla, & Blanco, 2013). En otros estudios se han encontrado porcentajes alrededor del 20% en padres y madres de niños con cáncer (Landolt et al., Ozono et al. citados por Ochoa, Castejón, Sumalla, & Blanco, 2013). Existe una hipótesis de que las madres de los niños con cáncer juegan un rol esencial en la sintomatología postraumática en el niño (Pelcovitz et al. citados por Ochoa, Castejón, Sumalla, & Blanco, 2013).

Los cuidadores primarios de los niños con cáncer, pueden considerarse como potenciales factores de estrés en la recuperación del niño. Investigaciones señalan que los cuidadores primarios pueden presentar desgaste físico o emocional o síntomas de ansiedad y depresión (Rodríguez, Ortiz, Palao, Avedillo, Sánchez-Cabezudo, & Chinchilla, 2002; Caqueo-Urizar, Segovia-Lagos, Urrutia-Urrutia, Miranda, & Navarro, 2013; Barrón & Alvarado, 2009; Santo, Munhoz, Martinez, Barbosa, & Gonçalves, 2011). También el estado de ánimo (ansiedad y/o depresión) de las cuidadoras o los cuidadores primarios impacta de forma significativa la calidad de vida del paciente con cáncer (Caqueo-Urizar, Segovia-Lagos, Urrutia-Urrutia, Miranda, & Navarro, 2013; Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos, & Urbano, 2008; Rodríguez, Ortiz, Palao, Avedillo, Sánchez-Cabezudo, & Chinchilla, 2002).

Bajo esta luz, brindar atención temprana a los cuidadores de niños pacientes de cáncer, se hace primordial. Es así como esta investigación surge con el propósito de brindar ayuda a los que ayudan, como un soporte suplementario al acompañamiento psicooncológico ofrecido por la Fundación de Amigos de Niños con Leucemia y Cáncer (FANLYC), mediante intervenciones psicoterapéuticas para incidir en la salud mental de los cuidadores primarios de niños con cáncer (estadios I a III) que presentaron síntomas de estrés postraumático, tomando como punto de referencia, el diagnóstico.

En la propuesta original de estudio, se planteó estudiar los efectos de la aplicación del protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes sobre la sintomatología del trastorno de estrés agudo en la muestra de cuidadores primarios. La aplicación se daría dentro del primer mes a partir del diagnóstico de cáncer y se medirían los síntomas de estrés agudo, de depresión y de ansiedad pre y post tratamiento. Sin embargo, fueron necesarias las siguientes modificaciones:

- Renuncia de la selección aleatoria de la muestra: debido a la poca disponibilidad de sujetos como consecuencia de cambios en las disposiciones organizacionales de la fundación, la muestra fue intencional, por lo que cada sujeto que cumpliera los criterios de inclusión, fue considerado como sujeto de estudio (ver detalles abajo en “no disponibilidad de sujetos cautivos”).
- Inclusión de varones en la muestra en como criterio de inclusión: debido a la mortalidad experimental, de solo aceptar mujeres cuidadoras primarias, se aceptó también a varones cuidadores primarios que cumplieran los otros criterios de inclusión.
- Medición de síntomas de trastorno por estrés postraumático: de estudiar los efectos de la aplicación del tratamiento sobre los síntomas del trastorno de estrés de agudo, se pasó a estudiar los efectos en los síntomas del trastorno por estrés post-traumático. Esto se debió a que casi no se logró obtener o dar seguimiento a los sujetos dentro del primer mes luego del diagnóstico, como consecuencia de:
 - No disponibilidad de sujetos cautivos: La fundación, en coordinación con el Hospital del Niño, realizó cambios en una de las reglas que definían quiénes se beneficiarían de las facilidades y ayuda brindados por la fundación (hospedaje, ayuda de trabajo social, acompañamiento psicológico), a saber: la nueva regla

implicaba que sólo se hospedarían en FANLYC aquellos que no contaran con familiares dónde hospedarse (ya sea por la inexistencia de los mismos en la ciudad, ya sea porque los mismos habitan lejos del hospital o en condiciones que serían inadecuadas o riesgosas para él o la niña) o casos en los que hay desvinculación del cuidador primario y del niño enfermo. Probablemente por la primera razón, gran parte de la población alojada de usuarios correspondió a indígenas con dominio muy básico del español, fueran de comarcas o residentes de provincias centrales. También nos encontramos con una dificultad de los sujetos para separarse de sus hijos debido a las demandas de los tratamientos iniciales del niño, recaídas de salud de estos últimos y dificultad de los sujetos en poder interesarse en recibir atención durante dicho periodo.

- Disponibilidad limitada de espacio físico para realizar las entrevistas y no-coincidencia de este horario con visitas médicas de los niños con sus acudientes.
- Instrumentos de medición: Originalmente se aplicaron la Escala de Impacto del Evento-Revisada, el Inventario de Depresión de Beck –II y el Inventario de Ansiedad de Beck y luego de varias aplicaciones a sujetos, se decidió sólo aplicar la entrevista clínica (toma de historia) y la Escala de Impacto del Evento-Revisada, ya que la aplicación de las tres escalas tomaba aproximadamente media hora cada una, ya que en su mayoría los sujetos solicitaron que se les leyera la escala, y con una hora y media de tiempo de aplicación de pre test, se distanciaba así el momento de la aplicación del protocolo. Se consideró que la evaluación mediante el EIE-R y la realización de preguntas referentes a deseos o ideación suicida, alteración de patrón de sueño serían suficientes para realizar las medidas requeridas y al mismo tiempo brindar los cuidados más urgentes que pudiera presentar un caso desde el punto de vista clínico.

El estudio se realizó con cuatro sujetos (cuidadores primarios) mientras el hijo o la hija se encontraba en periodo de tratamiento contra el cáncer. A cada uno se le realizó pre-test y se le aplicó el Protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes (PRECI) en tres sesiones de entre una hora y una hora y media. El post-test se aplicó una semana después de aplicada la tercera intervención con la terapia EMDR. Todos presentaron mejoría en sus síntomas.

Podemos decir finalmente que en esta investigación, aportamos evidencia del uso del Protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes como una herramienta de atención temprana para disminuir síntomas estrés postraumático, brindando así, una atención temprana en salud mental y respetando el continuo de cuidados psicosociales correspondientes a estas situaciones. Investigación ulterior debería realizarse con una muestra mayor y con la posibilidad de realizar seguimiento al menos seis meses después de finalizada la última intervención clínica a fin de confirmar los resultados obtenidos.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO
HISTORIA DEL TRAUMA EN LA SALUD MENTAL

1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE TRAUMA Y DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

1.1. Estudio del trauma y su inclusión en el DSM

Una de las ventajas con las que nos encontramos al estudiar hoy día sobre trauma, es que grandes mentes de la salud mental comenzaron a hacerlo desde hace cuatrocientos siglos atrás, por lo que los conceptos que manejamos hoy día, son el producto de la profundización de los aprendizajes obtenidos a lo largo de la evolución de la psiquiatría y de la psicología, con base en la explosión de investigaciones con conocimientos en neuropsicología y el uso de tecnología médica como lo son las imágenes de SPECT scan.

Pese a la claridad y especificidad de la definición de trauma que encontramos actualmente en el criterio A del DSM 5, la historia nos demuestra que la constitución de un cuadro diagnóstico específicamente relacionado al trauma, no fue tarea fácil, pues varias investigaciones y observaciones clínicas de sobrevivientes de accidentes y catástrofes, de violencia, de dos guerras mundiales, de campos de concentración y finalmente el estudio de niños y mujeres sobrevivientes, tuvieron que realizarse para que se validara el trauma como algo tanto psicológico como orgánico.

Uno de los investigadores más destacados sobre trauma, es el psiquiatra psicoterapeuta Bessel van der Kolk, quien junto con sus colegas, publicó hallazgos y observaciones atinadas en 1996 en su libro editado *Traumatic Stress*. Mucha de la información presentada en esta sección, hace referencia a dicha publicación.

Uno de los registros más antiguos acerca de la respuesta individual al trauma, data de 1666, en la que se hace referencia a las reacciones de un individuo que, luego de haber sido víctima de un incendio en Londres, presentó problemas para dormir, pesadillas sobre el suceso e intentos suicidas seis meses después del acontecimiento (Neel, 2000). Pinel, un poco más de un siglo después, a partir de su experiencia con pacientes afectados por las acciones violentas que se desarrollaron durante la Revolución Francesa, describió las primeras aproximaciones de lo que después se conocería como *neurosis de guerra* y a las que el propio Pinel se refirió como *neurosis*

cardiorespiratoria (Pérez, 2008). Observamos cómo desde sus inicios, algunos términos implicarán órganos afectados por el trauma.

No es de sorprenderse que posteriormente, el foco de las primeras discusiones científicas sobre los efectos del trauma, fuera sobre su origen mismo: ¿emocional u orgánico? ¿se trataba de una exageración voluntaria de los síntomas o de una descompensación genuina? Estas discusiones se fundamentaron sobretudo en la experiencia con los pacientes con lesiones del síndrome de latigazo cervical y otras lesiones producto de accidentes en la vía ferroviaria, llamadas “*railway spine*” (siglo XIX). Hubo quienes atribuyeron causas orgánicas al fenómeno, como el cirujano inglés, John Eric Erichsen (van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996) quien trató pacientes severamente lesionados con problemas psicológicos y advirtió sobre confundir estos síntomas con aquellos de la histeria. También hubo quien considerara el origen psicológico del trauma, como lo hizo otro cirujano, Page (van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996) pues sostuvo que los síntomas del “*railway spine*” tenían origen psicológico y que era un error no tomar en cuenta el miedo como un factor suficientemente poderoso para producir trauma.

Pocos estudios toman en cuenta las observaciones del médico cirujano y oftalmólogo Robert B. Carter, quien, en 1853, notó que los orígenes de la histeria incluían eventos externos (Jarero, 2011). Lastimosamente, por razones desconocidas, después de 1854, Carter se dedicó completamente a la oftalmología (Kane & Carlson, 1982).

El neurólogo Herman Oppenheim, quien en 1889 fue el primero en usar el término “neurosis traumática” y propuso que los problemas funcionales son producidos por sutiles cambios moleculares en el sistema nervioso central (van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996).

Dada la sintomatología observada, no es de sorprender que frecuentemente se vieron asociados los problemas postraumáticos con fenómenos relacionados con el corazón, lo que llevó a nombres tales como “corazón irritable” propuesto por Myers (Myers citado por van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996) y “corazón de soldado” propuesto por Da Costa (Da Costa citado por van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996), “acción desordenada del corazón” o “astenia neurocirculatoria” (van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996).

La atribución de una etiología orgánica al trauma fue particularmente importante en los soldados sobrevivientes de combate porque esto otorgaba una solución honorable a todas las partes involucradas. El no hacerlo, implicaba además la difícil tarea de distinguirlo de la cobardía, lo cual no era conveniente ni para el soldado ni para la moral de la sociedad, mucho menos para los militares.

El estudio del trauma fue mucho más fácil para los psiquiatras civiles, alejados de las implicaciones sociales y políticas del ámbito militar. En 1889, Pierre Janet, en el Hospital Salpêtrière en París, documentó las relaciones entre trauma e histeria (Jarero, 2011). Janet postuló que las reacciones emocionales intensas hacen que los eventos sean traumáticos, pues interfieren con la integración de la experiencia en los esquemas de memoria existentes (Jarero, 2011). En 1859, Briquet comenzó a hacer las primeras conexiones entre los síntomas de la “histeria” (incluyendo somatización) y las historias de trauma en la infancia. De los 501 pacientes con histeria que describió, Briquet reportó orígenes traumáticos específicos como la causa de la enfermedad en 381 casos. El abuso sexual infantil fue bien documentado por investigadores como Tardieu, un profesor en medicina forense, pero tan pronto se suscitó este tema, hubo quienes vieron memorias falsas, fantasía o “*pseudologica phantastica*”, como lo hizo Alfred Fournier (van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996).

Haciendo estudios similares, Charcot, en 1887, fue el primero en describir tanto los problemas de la sugestionabilidad en los pacientes y el hecho de que los ataques histéricos son problemas disociativos -el resultado de haber tenido que sufrir experiencias terriblemente abrumadoras. Otros estudiantes de Charcot estudiaron la sugestionabilidad (por ejemplo Gilles de la Tourette y Joseph Babinski) y tanto Charcot como Janet estudiaron la naturaleza de la disociación y de las memorias traumáticas.

Con el tema de la simulación, vino la noción de la “voluntad”. El psiquiatra Bonhoeffer y sus colegas, fundaron una escuela de pensamiento que veía la neurosis de trauma como una enfermedad social que podía ser curada con remedios sociales (van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996). Ellos consideraron que el verdadero origen de la neurosis traumática era la disponibilidad de compensación.

Por otra parte, el psiquiatra suizo, Edouard Stierlin (Stierlin citado por van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996) fue el primer investigador en psiquiatría de desastres e hizo estudios basados en poblaciones no clínicas. Él concordó con sus colegas del hospital Salpêtrière en que las emociones violentas constituyen un factor etiológico principal más importante en las “neurosis de miedo”. A través de sus estudios, Stierlin hizo la importante observación de que la neurosis traumática es el único complejo de síntomas psicogénicos para el cual ninguna predisposición psicopatológica es requerida.

Cuando Freud visitó a Charcot a finales de 1885, adoptó muchas de las ideas para entonces corrientes en el hospital Salpêtrière, las cuales expresó y reconoció en sus primeros ensayos sobre la histeria (van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996). Breuer y Freud se adhirieron firmemente a la teoría de Janet y en 1893 publicaron en su trabajo *Sobre los mecanismos psíquicos del fenómeno histérico*, sus observaciones sobre 18 pacientes histéricos, en los que atribuyen el origen de sus síntomas a una historia de trauma sexual en la infancia (Jarero, 2011). Freud consideró también que la tendencia a estar fijado en el trauma tenía bases biológicas (...) Sin embargo, en 1897 abandona esta teoría debido a la “*fría recepción que tuvo en la Conferencia Psicoanalítica*” (Freud citado por Jarero, 2011). Sus nociones evolucionaron luego hasta afirmar que los deseos instintivos reprimidos constituyen el fundamento de la neurosis. Su foco fue a partir de ahora a lo intrapsíquico a pesar de que durante la I Guerra Mundial se interesó en el origen de la neurosis traumática (van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996).

El psiquiatra Abram Kardiner, quien realizó ricas descripciones del fenómeno postraumático con base a observaciones y tratamientos realizados con poblaciones de veteranos de guerra, señaló la importancia del poder sanador del proceso psicoterapéutico pero también de los peligros y dificultades de hablar acerca de los traumas. Uno de los temas en los que todos los terapeutas de las “neurosis traumáticas” continúan a debatirse es sobre cómo ayudar a los pacientes a traer material de memorias traumáticas inconscientes a la consciencia y si esto les ayuda o no.

Para la llegada de la II Guerra Mundial, las lecciones aprendidas anteriormente quedaron en el olvido y tuvieron que ser redescubiertas. Se realizó la primera investigación sobre los factores protectores en la línea de combate (entrenamiento, cohesión de grupo, liderazgo, motivación y

moral, etc.) y la infantería de los Estados Unidos fue la primera en utilizar grupos de *debriefing* del estrés (van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996).

Lawrence Kolb, un joven psiquiatra de la infantería de los Estados Unidos, fue estudiante de Kardiner y fue el primero en aplicar conocimientos de biología al procesamiento de información en el trastorno por estrés postraumático (Kolb citado por van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996). Propuso que el exceso de estimulación del sistema nervioso central en el momento del trauma puede resultar en cambios neuronales permanentes, los cuales tienen efectos negativos en el afecto, la habituación y la discriminación de estímulos. Las investigaciones muestran que el fracaso para “superar” el trauma, y la tendencia a repasar el trauma una y otra vez en sentimientos, imágenes, acciones, son reflejadas biológicamente en la apreciación persistente de un estímulo fisiológico inocuo como (si fuera una) amenaza potencial (van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996).

Dados los aprendizajes de la guerra, la psiquiatría comenzó a enfocarse en los grupos. Así psiquiatras como Menninger en los Estados Unidos y Bion junto con sus colegas en la Clínica Tavistock, descubrieron el uso de la psicoterapia de grupo. Se hicieron también varios estudios con poblaciones sobrevivientes del Holocausto.

Algo sorprendente es que, entre 1895 y 1974, el estudio del trauma se centró casi exclusivamente en hombres blancos (van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996). En 1974 Ann Burgess y Linda Holstrom fueron las primeras en describir el “síndrome de trauma por violación” y notaron que los flashbacks terroríficos y las pesadillas en las mujeres, se parecían a los que se veían en las neurosis de guerra. Más tarde, a principios de los 80, Judith Herman comenzó a documentar y publicar el extendido abuso sexual en niños y las devastadores consecuencias que esto tenía sobre la vida de los sobrevivientes (Herman, 1997).

Desde 1980, numerosos estudios han demostrado que tanto en niños como en adultos, la seguridad del vínculo de apego es una defensa primordial contra la psicopatología inducida por el trauma pues el trauma interfiere con la capacidad de los niños para regular el nivel de excitación (van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996). Diversas investigaciones sobre trastornos límite de personalidad, trastornos disociativos y una variedad de conductas agresivas contra sí mismo y

hacia otros, muestran que estos trastornos están usualmente asociados con historias de trauma en la infancia (van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996).

Otro hallazgo ha sido que el trauma tiene efecto tanto en la psiquis como en el soma (Bergman, 2012; Scaer, 2000, 2005; Servan-Schreiber, 2004; van der Kolk MacFarlane, & Weisaeth, 1996).

van der Kolk y colegas comentan que todo estudio contemporáneo sobre memorias traumáticas ha corroborado las observaciones iniciales de Janet, Breuer y Freud, en el sentido de que las memorias traumáticas persisten primariamente como implícitas (inconscientes), conductuales y somato-sensoriales, y solo secundariamente como narrativas, vagas, fragmentadas, incompletas y desorganizadas (van der Kolk et al. citado por Jarero, 2011).

Finalmente, podemos mencionar que la inclusión del diagnóstico de trastorno por estrés postraumático en las clasificaciones diagnósticas, no fue sino hasta la publicación del DSM III (American Psychiatric Association, 1980), incluido en los trastornos de ansiedad. La inclusión del TEPT en esta edición del DSM, no fue el resultado de estudios de análisis factorial, sino de una compilación de síntomas a los que llegaron basados en la literatura de investigaciones previas y de registros clínicos (van der Kolk, MacFarlane, & Weisaeth, 1996).

Durante el proceso para la elaboración del DSM III, tanto los investigadores y psiquiatras clínicos asignados para crear el sistema clínico para el trastorno por estrés postraumático, como los investigadores y psiquiatras clínicos asignados para crear los criterios diagnósticos para los trastornos disociativos, llegaron a la opinión unánime de combinar ambos grupos y crear un sistema diagnóstico más amplio. Sin embargo, dicha recomendación se ejecutó después del DSM IV.

En la revisión posterior al DSM III, un señalamiento importante se hizo en referencia al carácter restrictivo de la definición de trauma, pues la misma especificaba que el acontecimiento traumático fuera poco habitual. Así, para la cuarta edición del DSM (Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994) y la edición revisada DSM IV-TR (Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2003), se consideró que el trauma debía

cumplir dos condiciones específicas: la persona experimenta, presencia o es informada de uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás (criterio A.1), acontecimiento ante el cual el individuo responde con un intenso miedo, desesperanza u horror (criterio A.2). También se incluyó la duración de los síntomas y se agregó el trastorno por estrés agudo para incluir en alguna categoría a sujetos que cumplen criterios TEPT en el primer mes después de ocurrido el trauma y distinguirlos de las reacciones agudas de estrés que remiten en un periodo breve de tiempo, pero el TEPT aún se consideró parte de los trastornos de ansiedad hasta la aparición de la edición actual del DSM.

1.2. Criterios diagnósticos actuales para el trastorno por estrés postraumático

La quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales, ha resumido en ocho criterios diagnósticos, el cuadro clínico para el trastorno por estrés postraumático -TEPT (American Psychiatric Association, 2013):

A. La persona estuvo expuesta a realidad o amenaza de muerte, heridas serias o violencia sexual, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experienciando directamente el evento(s) traumático.
2. Presenciando, en persona, el evento(s) cuando le ocurría a otros.
3. Enterándose que el evento(s) traumático le ocurrió a un familiar o amigo cercano. En casos de muerte real o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el evento(s) debió haber sido violento o accidental.
4. Experienciando repetida o extrema exposición a detalles aversivos (que causan asco, repugnancia, rechazo) del evento(s) traumático. Por ejemplo primeros respondientes recolectando partes corporales; profesionales expuestos repetidamente a detalles de abuso de menores.

Nota: El criterio A.4 no aplica para la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada al trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas intrusivos asociados con el evento(s) traumático, que inician después de que el evento(s) ha ocurrido:

1. Memorias perturbadoras, recurrentes, involuntarias e intrusivas del evento(s) traumático.
2. Sueños perturbadores recurrentes, en los cuales el contenido y/o las emociones del sueño están relacionadas al evento traumático.
3. Reacciones disociativas durante las cuales el individuo siente o actúa como si el evento(s) traumático estuviera ocurriendo. Estas reacciones pueden ocurrir en un continuum, desde breves intrusiones sensoriales (visuales, olfativas, etc.) de partes del evento traumático, sin perder la orientación en la realidad presente, hasta la pérdida total de conciencia de la realidad presente.
4. Intensa o prolongada perturbación psicológica ante la exposición a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a algún aspecto del evento(s) traumático.
5. Marcadas reacciones fisiológicas a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a algún aspecto del evento(s) traumático.

C. Persistente evitación de estímulos asociados con el evento(s) traumático, que inicia después que el evento(s) traumático ha ocurrido, evidenciado por uno o ambos de los siguientes síntomas:

1. Evitación de, o esfuerzos por evitar memorias perturbadoras, pensamientos o sentimientos acerca de, o estrechamente relacionados con el evento(s) traumático.
2. Evitación de, o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones) que despiertan memorias,

pensamientos o emociones perturbadoras acerca de, o estrechamente relacionadas con el evento(s) traumático.

D. Alteraciones negativas en cogniciones y estado del ánimo asociadas al evento(s) traumático, que inician o empeoran después de que el evento traumático ha ocurrido, evidenciadas por dos (o más) de lo siguiente:

1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento(s) traumático (típicamente debido a amnesia disociativa; no atribuible a lesión en la cabeza, alcohol o drogas).
2. Creencias negativas persistentes y exageradas o expectativas (persistentes y exageradas) acerca de sí mismo, otros o del mundo.
3. Cogniciones persistentes distorsionadas acerca de la causa o las consecuencias del evento(s) traumático, que llevan a la persona a culparse a sí misma o a otros.
4. Estados emocionales negativos persistentes (por ejemplo: miedo, horror, ira, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o de la participación en actividades que antes del incidente eran significativas.
6. Sentimientos de desapego o extrañamiento de otros.
7. Persistente incapacidad para experimentar emociones positivas (por ejemplo: felicidad, satisfacción o sentimientos de amor).

E. Marcada alteración en aumento de la activación y reactividad asociada al evento traumático, que inicia o empeora después de que el evento traumático ha ocurrido, evidenciada por dos (o más) de lo siguiente:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de enojo (con poca o sin ninguna provocación), típicamente expresados como agresión física o verbal hacia personas u objetos.

2. Comportamiento autodestructivo o imprudente-temerario.
3. Hipervigilancia, preocupación y alerta exagerada a posibles peligros.
4. Sobresalto exagerado.
5. Problemas para concentrarse.
6. Problemas del sueño (dificultad para dormirse o quedar dormido o sueño inquieto).

F. La duración de la perturbación (criterio B, C, D y E) es más allá de un mes.

G. La perturbación causa estrés clínicamente significativo o disfunción social, ocupacional o en otras áreas de funcionamiento.

H. La perturbación no es atribuible a los efectos fisiológicos de sustancias (por ejemplo, medicación, alcohol) o a otra condición médica.

Especificar si el trastorno aparece:

Con síntomas disociativos: Los síntomas del individuo cumplen los criterios para el trastorno por estrés post-traumático y adicional a ello, en respuesta al estresor, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de algunos de los siguientes:

1. Despersonalización: Experiencias persistentes o recurrentes de sentirse desapegado de y como si uno fuera un observador externo de los procesos mentales de uno o de su cuerpo (por ejemplo, sintiendo como si uno estuviera en un sueño, experimentando una sensación de irrealidad de sí mismo o de su cuerpo o de que el tiempo transcurriera lentamente).

2. Desrealización: Experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad del entorno (por ejemplo, el mundo alrededor del individuo es experimentado como irreal, como si fuera un sueño, distante o distorsionado).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si todos los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos 6 meses después del evento (aunque el inicio y expresión de algunos síntomas puede ser inmediato).

2. NEUROFISIOLOGÍA DEL TRAUMA

Investigaciones en el área de las neurociencias han encontrado que la etiología del trauma psicológico no es el evento, sino la forma disfuncional en que queda neurobiológicamente almacenada esa experiencia en las redes de memoria (van der Kolk, 2006).

Como lo explica la doctora Parnell (Parnell, 1999) el trauma congela el proceso integrativo, y la información (durante el trauma) no es integrada en esquemas como una memoria ordinaria. El trauma interfiere con la evaluación, la clasificación y la contextualización de la experiencia, haciendo que la información permanezca como memoria implícita (información somato-sensorial) almacenada en la parte trasera del cerebro en el sistema límbico, el cual es responsable de la huida, la lucha, la alimentación y la reproducción. En el sistema límbico, la amígdala adjunta significado emocional a la información entrante. Pasa la información al hipocampo, el cual es el sistema temprano de alarma del cerebro, comunicando si la situación es de peligro o no. El hipocampo filtra información irrelevante, evalúa lo que se queda y lo archiva. El área de Broca se desactiva durante el trauma.

En las personas traumatizadas, debido a que la conexión amígdala-hipocampo está alterada, la información no es integrada ni archivada. La información permanece fragmentada. Los diferentes fragmentos incluyen información visual, afectiva, táctil, olfatoria, auditiva y somato-sensorial. Estudios con neuroimágenes de sujetos con respuesta emocional intensa al recuerdo de incidentes críticos, revelaron que las emociones intensas provocan un aumento de activación en las regiones subcorticales del cerebro y una significativa reducción del flujo sanguíneo en varias áreas del lóbulo frontal (Damasio, y otros, 2000).

Esto puede producir una alteración del procesamiento de la información de la experiencia, por lo que se archivará disfuncionalmente en una forma específica de estado perturbador, y quedará

“detenida en el tiempo”, aislada en su propia red de memoria con todos sus componentes almacenados de forma fragmentada...en su estado perturbador original y sin poder conectarse con otras redes de memoria que contienen información adaptativa (Shapiro, 2007).

van der Kolk, Burbridge, & Suzuki citados por Jarero (Jarero, 2011) condujeron un estudio piloto usando EMDR con individuos que habían experimentado un solo incidente traumático y que estaban sufriendo de TEPT. Previo al tratamiento con EMDR, se observó una alta activación de la amígdala y desactivación de los lóbulos frontales. Después del tratamiento, para aquellos sujetos que mostraron mejoras significativas, hubo una actividad incrementada en la cíngula anterior en ambos lados y una activación aumentada en la corteza prefrontal derecha. La cíngula anterior es la parte del cerebro que une los elementos afectivos y cognitivos. Según, los investigadores, estos hallazgos sugieren que “la recuperación del TEPT puede depender de la capacidad de funciones avanzadas del cerebro para anteponerse al input de estructuras límbicas con la apreciación inicial del grado de amenaza presentado por los estímulos sensoriales entrantes” (van der Kolk, Burbridge, & Suzuki citados por Jarero, 2011).

Estudios funcionales y estructurales han demostrado alteraciones neurobiológicas significativas en el cerebro de pacientes con TEPT (Bremner, 2007). Estas alteraciones identificadas fueron a nivel metabólico y morfológicos en el cerebro: han sido reportados cambios (tanto incremento como decremento), en el flujo de sangre, metabolismo y volumen de la materia gris en el hipocampo, la amígdala, el córtex prefrontal medial, el córtex cingulado anterior y posterior y el córtex temporal (Bremner, 2007). Estos cambios muestran un procesamiento patológico de las memorias traumáticas, asociado con un control reducido del córtex prefrontal medial y del córtex cingulado anterior sobre una amígdala hiper-reactiva.

Se piensa que éste es el principal mecanismo funcional implicado en el TEPT (Fracati, Vermetten, & Bremner, 2007) y se ha llegado a la conclusión de que las memorias traumáticas se codifican de manera diferente que las memorias de los eventos cotidianos (van der Kolk, 2006).

Una memoria traumática es entonces, el recuerdo de un evento que queda almacenado *disfuncionalmente* en las neuroredes de memoria (Rubin, Bernstein, & Sohni, 2008). Esta definición se basa en cómo afecta neurobiológicamente el incidente crítico al individuo y no en la

naturaleza del incidente o en factores subjetivos como miedo intenso, desesperanza o violencia física.

**CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS
DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EMDR**

1. LA TERAPIA E.M.D.R. (Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimiento Ocular)

1.1. Definición

Es un abordaje psicoterapéutico integrativo que ha sido investigado extensamente y probado ser efectivo para el tratamiento del trauma. E.M.D.R. es un grupo de protocolos estandarizados que incorpora varios elementos de muchos abordajes de tratamiento diferentes y consta de un protocolo estándar de ocho fases y un proceso de tres vertientes (reprocesamiento de memorias del pasado, reprocesamiento de disparadores del presente y trabajo de patrón a futuro) (EMDRIA Newsletter, septiembre de 2011).

1.2. Descubrimiento y evidencia científica

La terapia fue descubierta de forma azarosa por Francine Shapiro en la primavera de 1987 (Shapiro.2004). Desde entonces, Shapiro realizó varias investigaciones y luego compartió su descubrimiento con otros colegas y se realizaron más estudios. Hasta 1989, se trató de un método de desensibilización, EMD (*Eye Movement Densensitization*). Las experiencias con el método, la convencieron de que los movimientos oculares reprocesaban memorias traumáticas hacia algo más adaptativo y funcional, por lo que en 1990, ella expandió el nombre a E.M.D.R., para incluir el concepto de reprocesamiento. Ella explica (Shapiro, 2004) que se debe a que inicialmente partió de una formulación conductual, que intentaba una sencilla desensibilización de la ansiedad, y que más tarde, esto se transformó en un paradigma más integrativo del procesamiento de la información.

El cuerpo de estudios realizados, le ha valido a la terapia, validez acorde con lineamientos internacionales de tratamiento. Algunos de ellos son los siguientes:

- la Asociación Psiquiátrica Americana otorgó a EMDR el más alto nivel de recomendación en la categoría de fuerte aval empírico y efectividad demostrada (American Psychiatric Association, 2004) ,

- la Asociación Psicológica Americana declaró EMDR como un modelo psicoterapéutico validado empíricamente para tratar el trauma por estrés postraumático (Chambless, y otros, 1998),
- el Departamento de Asuntos para Veteranos y el Departamento de Defensa de los Estados Unidos han colocado al EMDR en la más alta categoría de efectividad y soporte de investigación para el Tratamiento del trauma intenso (Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2004),
- la Administración de Servicios en Salud Mental y Abuso de Sustancias del Gobierno de los Estados Unidos (SAMHSA), que forma parte del Registro Nacional de Programas y Prácticas Basadas en la Evidencia de los Estados Unidos (NREPP, 2011) declaró el EMDR como tratamiento basado en evidencia eficaz para el tratamiento de síntomas del trastorno por estrés postraumático, de ansiedad, de depresión y para la función mental global,
- la Asociación Internacional para Estudios de Estrés Traumático (ISTSS) designó al EMDR como tratamiento efectivo para tratar el trastorno por estrés postraumático (Chemtob, Tolin, Van der Kolk, & Pitman, 2000), el Consejo Nacional Israelí de Salud Mental designó EMDR como un tratamiento efectivo para tratar el TEPT y a víctimas del terror (Bleich, Kotler, & Shaley, 2002)
- el Departamento de Salud del Reino Unido designó EMDR como tratamiento efectivo para tratar el trauma psicológico (United Kingdom Department of Health, 2001).

También se han realizado meta-análisis que han aportado evidencia de la eficacia de la terapia (Jarero, Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación, 2011).

1.3. Modelo teórico

El abordaje se basa en el modelo del SPIA (*Sistema de Procesamiento de Información a estados Adaptativos*) (Shapiro, 2004) que es un modelo neurobiológico heurístico basado en el concepto de neuroredes y apunta a un cambio de paradigma de lo psicológico hacia la teoría

neurocientífica. Por lo tanto, sirve como fundamento teórico para explicar y predecir los efectos del tratamiento EMDR (Shapiro, 2004).

Así pues, este modelo sostiene la hipótesis de la existencia de un sistema, de base fisiológica, de procesamiento de información que asimila nuevas experiencias a neuroredes de memoria ya existentes; es decir, es intrínseco y adaptativo. Como lo explica Bergmann (Bergmann, 2012), estas redes de memoria son vistas como la base de la percepción, actitudes y comportamiento. Las percepciones de las situaciones actuales son automáticamente *conectadas* a neuroredes de memoria asociadas. Conforme con esto, el procesamiento de la información que realiza el SPIA, se considera como la conexión de neuroredes de memoria relacionadas a nuestra experiencia, las cuales incluyen pensamientos/ creencias, imágenes, emociones y sensaciones. Para Shapiro (Shapiro, 2004) el sistema está configurado para procesar la información y restaurar la salud mental, de la misma manera en que el resto del cuerpo está programado para curarse cuando se le inflige una herida. En otras palabras, el SPIA (EMDR Iberoamérica, 2013) es un sistema de procesamiento de información físico, semejante a otros sistemas corporales (sistema respiratorio, sistema digestivo, etc.), orientado hacia la salud y procesa todo el flujo de bits de información que segundo a segundo recibimos de nuestros cinco sentidos.

En sus estudios, Bergmann (Bergmann, 2012) establece que las observaciones y las hipótesis respecto al procesamiento de la información del SPIA son consistentes con los hallazgos en investigaciones referentes a las conexiones neuronales y al mapeo neuronal.

1.4. Memorias traumáticas y la terapia EMDR

Las alteraciones del SPIA (sistema de procesamiento de información), ocasionadas por eventos estresantes/perturbadores, pueden dar como resultado que esas experiencias queden *almacenadas disfuncionalmente*, tal como fueron percibidas en el momento del evento (EMDR Iberoamérica, 2013).

Shapiro (Shapiro, 2004) identifica dos tipos de trauma: los traumas “T” y los traumas “t”. Los primeros constituyen los descritos en el criterio A del DSM. Los segundos se refieren a las

experiencias de vida perturbadoras (por ejemplo: un regaño o humillación en la infancia, mensajes negativos diarios que afectan la autoestima, etc.)

“Almacenado disfuncionalmente” se refiere a que ese recuerdo queda aislado de las neuroredes que contienen información adaptativa, de ahí que no pueda vincularse-ligarse con ellas. Ese recuerdo queda “*detenido en el tiempo*” con todos sus componentes (ingreso sensorial, pensamientos, emociones y sensaciones –ICES) en su estado perturbador original. Para el paciente, el “Pasado es presente”, pues vive en “tiempo de trauma”, dado que las percepciones de actuales se conectan y activan en el presente, esas redes de memoria almacenadas de forma disfuncional. Shapiro (Shapiro, 2004) explica que la naturaleza disfuncional de los recuerdos traumáticos incluyendo la manera en que son almacenados, permite que los sentimientos o emociones negativos y las creencias del pasado invadan el presente del individuo.

El modelo considera que la mayor parte de las patologías nacen de experiencias tempranas que ponen en movimiento un continuo patrón de sentimientos o emociones, conductas, cogniciones y las consecuentes estructuras de personalidad.

Para Bergmann (Bergmann, 2012) cuando las cogniciones negativas son distorsionadas o imprecisas, son la evidencia de un procesamiento de información que ha fallado en su función de predecir algo. Él mismo anota que como otras especies animales, nosotros procesamos información para poder generar predicciones acerca del medio que nos rodea (¿es seguro, peligroso, venenoso o nutritivo?) y acerca de aquellos a nuestro alrededor (¿es seguro, confiable, peligroso?) Sin embargo, los seres humanos también generamos predicciones acerca de nosotros mismos (¿buenos, malos, capaces, impotentes?). Francine Shapiro (Shapiro, 2004) observa que cuando el procesamiento de la información y las predicciones resultantes no son congruentes, las distorsiones llevan consistentemente a creencias predictivas auto-limitadoras y/o auto-denigradoras, generalmente manifestadas como “Soy malo”, “Estoy impotente” o “No valgo nada”. Consecuentemente, las cogniciones positivas (predicciones adaptativas como “Estoy bien”, “Soy Valioso” o “Soy capaz”) no están disponibles de forma *ligada* y por lo tanto, la persona que las piensa, no las siente como reales. Aún cuando estas cogniciones positivas están disponibles de

forma abstracta o semántica, la liga o conexión neuronal defectuosa las vuelve aisladas, por lo tanto evitando que las mismas sean verdaderamente y *coherentemente creíbles*.

Cabe señalar que Shapiro (Shapiro, 2004) observó que los recuerdos más antiguos generalmente pueden ser tratados al concentrar la atención en una parte del suceso, solicitándole al paciente que se enfoque en la parte más perturbadora de ese incidente y que, luego, al pedirle que se concentre en ese momento, generalmente esto provoca un reprocesamiento del recuerdo completo a medida que otros aspectos del recuerdo comienzan a aflorar de manera fugaz a la conciencia o mientras la imagen central se transforma en cierta medida. Así, el efecto reprocesador ha creado un efecto de generalización en el recuerdo completo.

Sin embargo, al tratar a sobrevivientes del terremoto de 1989 en San Francisco pocas semanas después de que se diera el mismo, ella notó, que se necesitaba otra aproximación, pues al reprocesar una parte de la memoria esto no tenía efectos en ninguna otra parte del recuerdo incidente. En ese momento, tuvo la hipótesis de que en esos casos, el recuerdo no había tenido suficiente tiempo para consolidarse en un todo integrado en cierto nivel de procesamiento de la información. Consideró que el recuerdo sí había sido procesado en un cierto nivel, pues las personas podían proporcionar una descripción serial de la experiencia, pero en un estrato importante de la asociación de la información, los distintos aspectos del recuerdo no han sido vinculados íntegramente. Con base en sus observaciones clínicas, calculó el periodo requerido para la consolidación es de 2 a 3 meses aproximadamente y comentó que futuras investigaciones definirían ese periodo con más precisión. A la fecha no ha habido investigación definitiva para medir este proceso de consolidación o para determinar las variables individuales que puedan influir en la misma (Maxfield, 2008).

Por su parte, Jarero y Artigas (Jarero & Artigas, 2010) explican que para los pacientes bajo estrés continuo, no existe un día o momento exacto en que el recuerdo original del evento termine y en el que nuevos eventos estresantes comiencen. Se comporta como un continuo usualmente relacionado con temas de seguridad, responsabilidad y decisiones (por ejemplo, qué estaban haciendo justo antes de un terremoto...). Y sugieren que el estado dependiente del recuerdo traumático (van der Kolk & van der art citados por Jarero & Artigas, 2010) y el continuo de eventos

estresantes con emociones y sensaciones físicas similares, no le brindan a la memoria el tiempo suficiente para consolidarse como un todo integrado. Por lo tanto, la red de memoria se encuentra en un estado de excitación permanente y crece con cada evento estresante de ese continuo, como una roca que cae en medio de un lago.

En su estudio experimental con grupo control/en espera y de tratamiento en el que se aplicó el protocolo PRECI, a un grupo de supervivientes del terremoto en el norte de Baja California, México, Jarero, Artigas & Luber (Jarero, Artigas & Luber, 2011) hallaron que los efectos del tiempo y de las intervenciones de manejo de crisis (*briefing*) fueron insuficientes para aliviar la perturbación del grupo control, mientras que una sola sesión del protocolo provocó cambio significativo en el grupo de tratamiento inmediato. En el mismo estudio, también se mostró que la aplicación de una sola sesión del protocolo PRECI produjo mejora significativa en las medidas de estrés postraumático para ambos grupos, con resultados sostenidos en el seguimiento realizado a las 12 semanas. Estos resultados se dieron a pesar de la presencia de réplicas. Hallazgos similares se encontraron en el estudio de Jarero & Uribe (Jarero & Uribe, 2011) realizado con personal involucrado en el descubrimiento y manejo de fosas clandestinas en Durango, México. Esto es consistente con la hipótesis que proviene del modelo SPIA de Shapiro (Shapiro citada por Jarero, Artigas & Luber, 2011) cuidadosamente, al procesar una memoria perturbadora, cambia la manera en que la experiencia es almacenada en la memoria, de tal manera que el estrés no es disparado ya por eventos similares.

Se piensa que con la terapia EMDR, el material perturbador se desensibiliza en primera instancia y luego se reprocesa. La terapia EMDR vendría a ser lo que el doctor Alexander llamaría una *terapia transformativa* (Alexander citado por Jarero, 2011). Estas terapias producen cambios en los centros emocionales profundos del cerebro, mismos que fluyen hacia los altos centros del pensamiento de la neocorteza, mientras que las *terapias que contrarrestan* son aquellas que intentan controlar y contrarrestar los síntomas mediante un amplio rango de estrategias que dependen de la neocorteza para intentar controlar los centros emocionales subcorticales del cerebro como el sistema límbico y el área gris periacueductal (Jarero, 2011).

1.5. Convergencias teóricas

Shapiro (Shapiro, 2004) considera que el abordaje contiene convergencias teóricas con corrientes tradiciones psicoterapéuticas: la terapia EMDR da importancia a los recuerdos tempranos, lo cual se ajusta al modelo psicodinámico, la terapia EMDR centra su atención en reacciones y conductas disfuncionales del presente, lo que concuerda con los paradigmas de condicionamiento y de generalización del conductismo clásico, la terapia está centrada en el cliente/paciente, lo que converge con la terapia centrada en el cliente de Rogers, tiene una fuerte base experiencial, utiliza evaluaciones positivas y negativas de uno mismo, lo que tiene raíces en la terapia y pone énfasis en las respuestas físicas relativas a la disfunción que presente el cliente.

1.6. Metodología de la terapia EMDR

La metodología de la terapia incluye mecanismos de estimulación bilateral (visual, auditivo o táctil), la atención dual, un protocolo estándar de ocho fases y proceso en tres vertientes – memorias del pasado, disparadores del presente, patrón a futuro. La descripción detallada de la metodología se presenta en el capítulo III y en el anexo.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuidador primario es la persona que lidera el cuidado y asume el papel de enlace entre el paciente y el resto de la familia (generalmente un miembro de la familia, vecino o amigo) y a la vez coordina con el equipo la organización de los cuidados de la persona en fase terminal avanzada (Vergara, 2011). Por su parte, Uribe (Uribe, 2006) señala que el cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona.

Así, el cuidador es, en todas las etapas de la enfermedad, una pieza fundamental en lo que se podría llamar la tríada terapéutica: equipo de salud-enfermo-cuidador primario, además de encarnar el nexo entre el grupo familiar (incluyendo al enfermo) y el equipo sanitario y de tener un papel cohesivo en su propio grupo familiar (Vergara, 2011).

Bajo esta perspectiva, muy atinadamente, Pérez (Pérez, 2008) advierte que la experiencia del cáncer no puede entenderse como un evento discreto. Guverich, Devins, & Rodin (Guverich, Devins, & Rodin, 2002) señalan que aunque el cáncer es una enfermedad relativamente común, su consideración como acontecimiento traumático no procede de su carácter excepcional, sino de su potencial para sobrepasar las capacidades adaptativas de la persona.

Estas situaciones constantes de estrés, generan sentimientos de confusión, enojo, angustia, depresión o desaliento en los pacientes y en sus familiares o cuidadores. Por eso, advierte la oncóloga Vidal y Benito (Vidal y Benito, 2008), es altamente recomendable que (los cuidadores primarios) busquen apoyo emocional y espiritual. Así mismo, otros grupos como la Red de Pacientes de Cáncer, establece que el apoyo psicológico es indispensable para sobreponerse al trauma de un diagnóstico de cáncer y el Instituto del Cáncer en Cuenca, Ecuador explica al público en general que el diagnóstico de cáncer puede producir efectos psicológicos, sociales, económicos y culturales importantes en el paciente y en su familia, dependiendo del tipo de enfermedad, del tratamiento requerido, etc. Y es que, como mencionamos anteriormente, a partir del diagnóstico de cáncer, la familia nuclear *entera* enfrenta una serie de alteraciones en el mundo como lo han conocido hasta el momento: cambios de rutina de quién o quiénes trabajan y qué padre cuidará

ahora al niño o niña enferma y lidiará con los temas médicos, quién cuidará de los otros hijos o hijastros (si los hay); qué adulto viajará en cuál ocasión al hospital con el niño o niña enfermo para que reciba tratamiento; qué tolerancia tienen las empresas o empleadores para esta nueva y cambiante dinámica, para el adulto que se queda con el niño enfermo: lidiar con el lejanía de su red social y sus actividades regulares y las consecuencias logísticas y emocionales tanto en los adultos como en los niños, sentimientos de no pertenencia; afectación económica: gastos médicos, muchas veces uno de los padres se ve obligado(a) a renunciar a su trabajo para poder atender, acompañar y hacerse responsable por el niño(a) enfermo(a) dentro y fuera del hospital, otras veces uno de los padres pierde su trabajo debido al exceso de faltas por las razones anteriormente mencionadas; preocupaciones por el dolor o sufrimiento del paciente; familiarizarse con los tecnicismos médicos, aprender a relacionarse muy frecuentemente con el personal hospitalario; pasar de vivir en un lugar conocido y seguro como normalmente es el hogar, a vivir por días, semanas o meses en el hospital y por momentos en alguna organización como es el caso de FANLYC, en donde están en un lugar aseado, agradable y en un ambiente seguro, pero están lejos de lo que conocen y les es más familiar, a veces teniendo que interactuar además con otros cuidadores primarios que pueden reflejar conductas producto del estrés; soledad, pérdida de autonomía; contar con tan pocos recursos que al acompañar el niño mientras éste(a) está hospitalizado y además, en la imposibilidad de alejarse por mucho tiempo, tener poco o no tener con qué comprar algo de comer; dudar en algún momento de si como padres están haciendo bien de hacer pasar al niño(a) por el dolor físico y el estrés que pueden provocar algunos tratamientos médicos y sus efectos secundarios; desacuerdos y conflictos con el o la enferma, son todas situaciones de constante adaptación que conllevan altos niveles de estrés.

Esta información es particularmente importante cuando tomamos en cuenta que los cuidadores primarios de enfermos son susceptibles de desarrollar trastorno por estrés postraumático (Alves & Pereira, 2011; Gómez-Carretero, Monsalve Dolz, Soriano Pastor, & de Andrés Ibáñez, 2009; Santo, Munhoz, Martinez, Barbosa, & Gonçalves, 2011; Rodríguez, Ortiz, Palao, Avedillo, Sánchez-Cabezudo, & Chinchilla, 2002) y pueden presentar niveles de sobrecarga de cuidado y aspectos de calidad de vida comprometidos (Santo, Munhoz, Martinez, Barbosa, & Gonçalves, 2011; Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos, & Urbano, 2008, Barrón &

Alvarado, 2009; Rodríguez, Ortiz, Palao, Avedillo, Sánchez-Cabezudo, & Chinchilla, C., 2002; Caqueo-Urizar, Segovia-Lagos, Urrutia-Urrutia, Miranda, & Navarro, 2013), y como es de esperarse, tener un impacto sobre el enfermo: el estado de ánimo (ansiedad y/o depresión) de las cuidadoras o los cuidadores primarios impacta de forma significativa la calidad de vida del paciente con cáncer (Caqueo-Urizar, Segovia-Lagos, Urrutia-Urrutia, Miranda, & Navarro, 2013; Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos, & Urbano, 2008; Rodríguez, Ortiz, Palao, Avedillo, Sánchez-Cabezudo, & Chinchilla, C., 2002). Sobre este último punto, el cuidador no sólo impacta sobre lo instrumental, sino también sobre lo emocional. Con respecto a ello, el doctor Scaer, R.C. (Scaer, 2007) nos indica que la relación simbiótica positiva experimentada a través de una estrecha interacción visual “*armoniosa*” entre el infante y la madre, regula la neuroquímica del cerebro en desarrollo del infante y estimula el desarrollo de rutas que regulan estados emocionales positivos (...) La región más importante del cerebro en este caso es la corteza orbito-frontal (...) está específicamente involucrado en la regulación y la modulación del cerebro límbico (emocional) y del sistema nervioso autónomo. Este autor postula también que la deficiencia de esta interacción madre-infante durante periodos críticos de crecimiento y de desarrollo, puede producir un desarrollo deficiente de la corteza orbito-frontal del infante. Este déficit puede resultar en la organización anormal de neuronas en estos centros críticos regulatorios y resulta en regulación emocional y autonómica anormal persistente. Bergmann (Bergmann, 2012) agrega que las figuras primarias de cuidado del niño, hacen las veces de reguladores emocionales debido a la inmadurez misma del cerebro infantil. Otros investigadores señalan que tanto en niños como adultos, la seguridad del vínculo de apego es una defensa primordial contra la psicopatología inducida por el trauma (Parnell, 1999).

Por todo lo dicho anteriormente, nos es natural pretender realizar el presente estudio como un intento de aportar información obtenida y validada científicamente para ayudar a *cuidar a los cuidadores*, respondiendo a la siguiente pregunta:

¿Disminuirán de forma significativa los síntomas de Estrés Post-traumático en los cuidadores primarios de niños pacientes de cáncer luego de aplicárseles el Protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes?

2. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

2.1. Hipótesis Principal

Los pacientes diagnosticados con trastorno por estrés postraumático, presentarán disminución significativa de síntomas de estrés postraumático luego de tres sesiones de aplicación del protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes.

2.2. Hipótesis Secundaria

Los pacientes diagnosticados con trastorno por estrés postraumático, reportarán una disminución en la escala subjetiva de perturbación (SUD), luego de tres sesiones de aplicación del protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes.

2.3. Hipótesis Estadística

Variable Principal

Ho: Los síntomas de estrés postraumático aumentarán o seguirán iguales luego de las tres sesiones de aplicación del protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes.

Hi: Los síntomas de estrés postraumático disminuirán significativamente luego de las tres sesiones de aplicación del protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes.

En donde:

Ho: X_2 estrés \geq X_1 estrés

H₁: X_2 estrés $<$ X_1 estrés

X_1 estrés: Media del grupo antes del tratamiento

X_2 estrés: Media del grupo después del tratamiento

Variable Secundaria

Ho: El nivel de perturbación auto-percibido aumentará o seguirá igual luego de las tres sesiones de aplicación del protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes.

Hi: El nivel de perturbación auto-percibido disminuirá significativamente luego de las tres sesiones de aplicación del protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes.

En donde:

Ho: $X_{2\text{ SUD}} \geq X_{1\text{ SUD}}$

Hi: $X_{2\text{ SUD}} < X_{1\text{ SUD}}$

$X_{1\text{ SUD}}$: Media del grupo antes de recibir tratamiento

$X_{2\text{ SUD}}$: Media del grupo después de recibir tratamiento

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos generales

- Describir los síntomas del estrés postraumático en la muestra antes y después de tratamiento.
- Identificar las características sociodemográficas de los sujetos evaluados.
- Probar la eficacia del protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes.

3.2. Objetivos específicos

- Estimar los síntomas de evitación, intrusión, hiperactividad y flashback y niveles subjetivos de perturbación en la muestra antes y después de tratamiento.

- Registrar la edad, sexo, nivel educativo, ocupación, grupo religioso, composición familiar, presencia de redes de apoyo, rango de ingreso familiar.
- Describir la metodología del protocolo EMDR para disminuir los síntomas de estrés postraumático.

4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente es una investigación con un diseño pre-experimental pre-prueba/post-prueba con un solo grupo, compuesto de 4 sujetos que presentaron síntomas de estrés postraumático.

La muestra fue obtenida por muestreo intencional; es decir, todos los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión y que firmaron el consentimiento informado para la investigación, participaron del estudio.

Una vez firmado el consentimiento, a cada sujeto se le realizó una entrevista clínica e inmediatamente, se le administró la pre-prueba, seguido de la aplicación del tratamiento. El tratamiento se aplicó en un total de 3 sesiones de duración aproximada de 90 minutos para cada sujeto. Una semana después de la última sesión, se administró la post-prueba.

5. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Variable Independiente

5.1.1. Definición conceptual de la variable independiente

Es un abordaje psicoterapéutico integrativo que ha sido investigado extensamente y probado ser efectivo para el tratamiento del trauma. E.M.DR. es un grupo de protocolos estandarizados que incorpora varios elementos de muchos abordajes de tratamiento diferentes y consta de un protocolo estándar de ocho fases y un proceso de tres vertientes (reprocesamiento de memorias del pasado, reprocesamiento de disparadores del presente y trabajo de patrón a futuro) (EMDRIA Newsletter, septiembre de 2011).

5.1.2. Definición operacional de la variable independiente

Se realizó una sesión por semana, cada una con una duración aproximada de una hora y media por un total de tres sesiones. Se utilizaron los parámetros operativos del Protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes (es decir, se aplicaron las fases 1 a 4, 7 y 8 obligatoriamente y fases 5 y 6 sólo si ciertos parámetros se cumplen). El descriptivo de las fases y el protocolo se encuentran en el anexo.

En el siguiente cuadro, resumimos las actividades a realizar para cada sesión de tratamiento:

Número de sesión	Actividad programada/según protocolo EMDR	Objetivo(s)
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la investigación, obtención de consentimiento informado. • Aplicación del EIE-R, corrección inmediata. Normalizar síntomas. • Fase 1: Toma de historia clínica, evaluación de síntomas disociativos, situaciones de riesgo y de estrés, verificación de existencia de redes de apoyo y medidas adaptativas de estabilización emocional. Obtención del plan de secuencia de blancos. • Fase 2: Explicación sobre funcionamiento y método de la terapia EMDR, enseñanza de técnica de auto-modulación (ejercicio de relajación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer encuadre terapéutico y dar pie a la alianza terapéutica. • Verificación de criterios de inclusión/exclusión • Psicoeducación del paciente acerca del funcionamiento del cerebro, de la situación que sobrelleva y empoderamiento ante los síntomas perturbadores (enseñarle que sí puede relajarse).
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> • Fase 3: Evaluación del blanco. • Fase 4: Desensibilización del blanco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar desensibilización y progresar en la medida en que el proceso lo permita.

	<ul style="list-style-type: none"> • Fase 5 y 6: solo si todos los fragmentos de la memoria traumática han sido desensibilizados. • Fase 7: Cierre 	
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> • Fase 8: Re-evaluación (evaluación de cambios globales y cambios respecto al blanco, re-anudar reprocesamiento de blanco). • Fase 3: Evaluación del blanco. • Fase 4: Desensibilización del blanco. • Fase 5 y 6: solo si todos los fragmentos de la memoria traumática han sido desensibilizados. • Fase 7: Cierre. • Agradecer participación en el estudio. Resaltar esfuerzo y buen trabajo. Anunciar medición post-test de la siguiente semana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar o continuar desensibilización y progresar en la medida en que el proceso lo permita. • Hacer cierre del encuadre terapéutico. Honrar la alianza terapéutica y la participación de los sujetos. • Preparación al cierre final que será con el post-test.

5.2. Variable Dependiente

5.2.1. Definición conceptual de la variable dependiente

- Según aparece en el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), el trastorno por estrés postraumático (TEPT) forma parte del grupo de trastornos relacionados al trauma y al estrés. Estos últimos incluyen desórdenes en los cuales la exposición a un evento traumático o estresor está específicamente definido como un criterio diagnóstico (American Psychiatric Association, 2013). Los criterios diagnósticos contienen además, síntomas específicos de evitación, hiperactivación, intrusión y

flashbacks con o sin síntomas disociativos en los que la duración de la perturbación debe ser mayor un mes. Weiss y Marmar (Weiss & Marmar, 1997) definen los síntomas de evitación, hiperactivación, intrusión y flashback:

- Intrusión: Pensamientos, imágenes, sentimientos y pesadillas recurrentes, relacionados con el estresor.
- Evitación: Negación del estresor y sus consecuencias, evitación de pensamientos, sentimientos y situaciones relacionadas con el mismo, embotamiento emocional.
- Hiperactivación: Respuesta exagerada de sobresalto, problemas de concentración, activación fisiológica, hipervigilancia.
- Flashback: Es una forma de síntoma intrusivo. Es un recuerdo involuntario, repentino e intenso del estresor o experiencia traumática.

Los criterios diagnósticos para este cuadro están descritos en la sección 1.2. del capítulo II.

- Percepción del nivel propio de perturbación: se refiere a la evaluación subjetiva que realiza el sujeto acerca de cuánto sus propias emociones, sensaciones, imágenes o pensamientos alteran su funcionalidad (EMDR Iberoamérica, 2014).

5.2.2. Definición operacional de la variable dependiente

- Escala de Impacto del Evento-Revisada (EIE-R)

Es un cuestionario breve de 22 reactivos. Evalúa el malestar subjetivo que acompaña y sigue a las experiencias traumáticas y/o estresantes. Está compuesto de las subescalas de evitación, intrusión e hiperactivación (Weiss & Marmar, 1997).

- Escala subjetiva de perturbación (SUD, del inglés, Subjectif Units of Distress)

Escala para medir el nivel de perturbación asociado con un recuerdo donde 0 es no perturbación/neutral y 10 es la máxima perturbación (EMDR Iberoamérica, 2014).

6. POBLACIÓN Y MUESTRA

6.1. Población

La población consistió en mujeres y hombres, entre 18 y 40 años de edad, cuidadores primarios de niños pacientes de cáncer en estadios I a III que presentaran síntomas de trastorno por estrés postraumático y que fueran usuarios (que recibieran ayuda) de la Fundación de Niños con Leucemia y Cáncer –FANLYC.

6.2. Muestra

La muestra fue obtenida por muestreo intencional; es decir, todos los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión y que firmaron el consentimiento informado para la investigación, participaron del estudio.

6.3. Criterios de Inclusión

- Cuidadores primarios entre los 18 y 40 años de edad (luego de los 40 años, el sujeto podría entrar en una crisis transicional hacia la próxima etapa de ciclo vital)
- Madres o padres de niños pacientes de cáncer en estadios I a III.
- Que el diagnóstico tenga mínimo 1 mes de haberse dado.

- Que hablen español (dominio intermedio o elevado). Esto es necesario para asegurar las cualidades psicométricas del instrumento de medición.
- Que reciban ayuda de la Fundación de Amigos de Niños con Leucemia y Cáncer-FANLYC.
- Que presenten síntomas de estrés postraumático conforme a los criterios del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013).

6.4. Criterios de Exclusión

- No tenga dominio básico del español o no lo hable del todo
- No esté recibiendo el apoyo de FANLYC (hospedaje y comida)
- Presente de trastorno psicótico
- Abuse de sustancias o que lleve libre de sustancias menos de 2 años

7. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y EVALUACIÓN

7.1. Instrumento de medición

- Escala de Impacto del Evento –Revisada (Weiss & Marmar, 1997)

Este instrumento de validez y confianza conocidas, es un cuestionario breve de 22 reactivos. Evalúa el malestar subjetivo que acompaña y sigue a las experiencias traumáticas y/o estresantes. Los 22 reactivos o ítems contienen las siguientes subescalas:

- Intrusión: Pensamientos, imágenes, sentimientos y pesadillas recurrentes, relacionados con el estresor. 7 reactivos

- Evitación: Negación del estresor y sus consecuencias, evitación de pensamientos, sentimientos y situaciones relacionadas con el mismo, embotamiento emocional. 8 reactivos.
- Hiperactivación: Respuesta exagerada de sobresalto, problemas de concentración, activación fisiológica, hipervigilancia. 6 reactivos.
- Flashback: Recuerdo involuntario, repentino e intenso del estresor o experiencia traumática (característico del componente de intrusión, aunque forma parte de la subescala de hiperactivación por razones analógicas). 1 reactivo.

Los sujetos responden a cada ítem utilizando una escala de Likert. La puntuación total se obtiene de la suma de los puntos dados a cada ítem. Las puntuaciones totales mayores a 33 indican alta probabilidad de presencia de trastorno por estrés postraumático.

- Escala subjetiva de perturbación o SUD (del inglés, Subjective Units of Distress)

Es una escala subjetiva de perturbación en la cual se le solicita al sujeto, que mida su propio malestar en el ahora y en el protocolo EMDR para incidentes críticos recientes, se hace respecto a la peor parte del fragmento del incidente traumático. La escala va del 0 al 10, donde 0 es ninguna perturbación o neutral y 10 es la máxima perturbación que el sujeto pueda imaginarse. Esta medición forma parte del protocolo EMDR (debe ser 0 ó 1. Se acepta un S.U.D. de 1 cuando este malestar es ecológico para el sujeto, por ejemplo, en una situación de duelo, no elimina la tristeza por la pérdida, la cual es apropiada y funcional).

7.2. Entrevista clínica

La entrevista clínica se realizó de forma individual con cada sujeto. La misma cubrió los siguientes aspectos:

- Presentación de la investigadora, objetivo, proceso y confidencialidad del estudio.
- Evaluación (mediante la conversación) del dominio del español por parte del entrevistado.
- Obtención del consentimiento informado.
- Obtención de datos sociodemográficos de sujeto (nombre, edad, lugar de residencia, sexo, edad, nivel educativo, composición familiar, religión, etc.)
- Evaluación síntomas disociativos y conductas de riesgo (consumo de sustancias, conductas violentas, automutilación, riesgo de suicidio).

8. LIMITACIONES

La investigación no pudo realizarse en el lapso previsto debido a la mortalidad, por lo que se tuvo que postergar el plazo y realizar ajustes en las variables dependientes de interés, seleccionando sólo la primordial (síntomas de estrés postraumático).

La muestra no pudo obtenerse de manera aleatoria, sino de forma intencional; es decir, de acuerdo a la disponibilidad de sujetos que cumplieran los criterios de inclusión debido al cambio de reglamentación de la Fundación en cuanto a los criterios para ofrecer hospedaje a los usuarios, disponibilidad de los sujetos a participar en la investigación, limitaciones de tiempo y espacio físico en relación a los días y espacios acordados para la investigación entre la investigadora y la Fundación y la presencia de sujetos en la Fundación (coincidencia con tratamientos del/la niño/a).

9. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

Para el análisis de los resultados obtenidos de la muestra, se utilizó la prueba “t de Student”, diferencia de medias pre y post-tratamiento de un solo grupo. Se estableció el nivel de confianza

de alfa 0.05 para la prueba de hipótesis. Para el procesamiento de datos, se utilizó el programa Excel 2010.

**CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, DISCUSIÓN,
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Para esta investigación se realizó una pre-selección de posibles sujetos de estudio en acuerdo con el departamento de psicología de la Fundación según edad y tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Luego, se hizo una reunión a la que asistieron 8 cuidadores. En dicha reunión se dio una breve explicación del motivo del estudio, se explicó de manera sencilla la privacidad/confidencialidad de la información que se recibiría y se dejó en claro que el tratamiento se recibiría dependiendo de las puntuaciones obtenidas en un cuestionario que se aplicaría de forma individual. Se preguntó quiénes estarían interesados y se les informó los días y el horario en que se realizarían las entrevistas preliminares.

Se aplicó el cuestionario de forma individual, para comprobar la comprensión de las instrucciones del mismo. La sospecha de que no hubiera suficiente comprensión fue debido a que varios de los usuarios de la Fundación usan traje típico indígena de nuestro país, si bien varios de ellos residen en áreas fuera de sus comarcas.

Un total de 11 entrevistas de cuidadores referidos por el departamento de psicología de la Fundación. Ninguno había sido diagnosticado. De estos sujetos, 6 no dominaban suficientemente el español como para comprender palabras sencillas como por ejemplo: tristeza, cansancio... por lo que sólo 5 entraron en los criterios de inclusión (es decir, el 45.45% de la muestra, pero 1 sujeto no pudo participar debido a que se le dio salida temporal a los días de la entrevista y su retorno a la Fundación no coincidió con el espacio disponible para la investigación (por medidas de seguridad de la Fundación, los sujetos podían ser entrevistados solamente dentro de las instalaciones de la Fundación). Por lo que el 36.36% de la muestra total).

A cada una de las 4 personas que cumplieron los criterios de inclusión y arrojaron puntajes arriba de 33 puntos, se le aplicó individualmente, el tratamiento en intervalo de 1 semana. Finalmente, 1 semana después de la última aplicación de tratamiento, se aplicó el post-test.

En este capítulo, presentamos los resultados de la investigación, seguido de una discusión acerca de los resultados y de la investigación. Finalmente, presentamos las conclusiones.

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1. Heterogeneidad/homogeneidad de la muestra

La muestra fue heterogénea en el sentido de que estuvo compuesta por tres mujeres y un varón y las edades, el nivel educativo y ocupación fueron diferentes (ver tabla No.1). Fue homogénea en el sentido de que todos son latinos y cumplieron los criterios de inclusión.

Tabla No. 1

SEXO, EDAD, NIVEL EDUCATIVO, GRUPO ÉTNICO DE LA MUESTRA

DATOS	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4
Sexo	F	F	M	F
Edad	23	36	26	27
Nivel Educativo (en grados)	9	12	6	12
Grupo Étnico	Latino	Latino	Latino	Latino

Fuente: Julieta Lau Sang, 2014.

La tabla No. 1 presenta a los cuatro sujetos de la muestra. El 75% de la muestra estuvo representado por mujeres y el 25% por hombres. En cuanto a edad, el 75% se encuentra en la década de los 20's, mientras que el 25% se encuentra en la década de los 30's. Un 50% de la muestra culminó su educación media, mientras que un 12.5% terminó su educación pre-media y un 12.5% realizó estudios de primaria. El 100% de la muestra pertenece al grupo étnico latino.

En la siguiente tabla, se presentan los datos relacionados a la ocupación previa al diagnóstico, el rango de ingreso familiar actual, el estado civil, si el cuidador tiene otros hijos dependientes o no, religión profesada y si cuentan con redes de apoyo (familiar o de la comunidad).

Tabla No. 2

OCUPACIÓN PREVIA, RANGO DE INGRESO FAMILIAR, ESTADO CIVIL, OTROS HIJOS DEPENDIENTES DEL/LA CUIDADOR/A, RELIGIÓN PROFESADA Y REDES DE APOYO DE LA MUESTRA

DATOS	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4
Ocupación Previa	Ama de casa	Vendedora	Agricultor	Vendedora
Rango de Ingreso Familiar	Menor al salario mínimo	Menor al salario mínimo	Menor al salario mínimo	Salario mínimo
Estado Civil	Unida	Separada	Casado	Casada
Otros hijos	Sí	Sí	Sí	Sí
Religión	Evangélica	Católica	Evangélica	Católica
Cuenta con redes de apoyo	Sí	No	Sí	Sí

Fuente: Julieta Lau Sang, 2014.

En la tabla No. 2, podemos apreciar que previo al diagnóstico de cáncer, el 25 % de la muestra no laboraba o era ama de casa, mientras que el 75% solía tener un empleo. El 75% de la muestra posee un ingreso familiar mensual menor al salario mínimo actual y solo el 25% cuenta con el salario mínimo como ingreso mensual familiar. Observamos que el 75% tiene pareja y que de dicho porcentaje, un 50% está casado y un 25% unido. Solo el 25% de la muestra está separado. El 100% de la muestra tiene otros hijos aún dependientes (menores de edad). En cuanto a la religión profesada, 50% manifiesta religión católica y 50% manifiesta religión cristiana evangélica. El 75% de la muestra cuenta con redes de apoyo y un 25% de la muestra no cuenta con redes de apoyo (solo cuenta con la ayuda de la Fundación).

Finalmente, podremos observar en la siguiente tabla (tabla No. 3) los datos acerca de las edades en años del hijo(a) enfermo y el tipo de cáncer que presenta.

Tabla No. 3

EDAD DEL NIÑO(A) ENFERMO(A) Y TIPO DE CÁNCER DEL MISMO POR SUJETO

DATOS	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4
Edad del niño(a) enfermo(a)	1 año, 4 meses	11	7	9
Tipo de cáncer	tumor cerebral	tumor cerebral	leucemia	tumor cerebral

Fuente: Julieta Lau Sang, 2014.

En la tabla No. 3 observamos que sólo el 25% de la muestra es cuidador primario de un bebé, mientras que 50% tiene hijos en edad escolar primaria y un 25% en edad escolar pre-media. En cuanto al tipo de cáncer padecido por los niños, el 75% presenta tumor cerebral y un 25% leucemia.

2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

2.1. Variable Principal

El estrés postraumático fue evaluado mediante la prueba EIE-R de forma previa y posterior al tratamiento. A continuación presentamos la comparación de las puntuaciones T pre-test/post-test de cada sujeto en la prueba EIE-R.

Tabla No. 4

COMPARACIÓN DE PUNTUACIONES T PRE Y POST-TEST DE LA PRUEBA EIE-R PARA CADA SUJETO

PUNTUACIONES EIE-R	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4
Pre-prueba	58	40	34	35
Post-prueba	46	4	8	5

Fuente: Julieta Lau Sang, 2014.

Hipótesis:

Ho: Los síntomas de estrés postraumático aumentarán o seguirán iguales luego de las tres sesiones de aplicación del protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes.

H₁: Los síntomas de estrés postraumático disminuirán significativamente luego de las tres sesiones de aplicación del protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Estadísticas descriptivas:

Comparación de la media de estrés postraumático pre-test y post-test en la muestra.

Tabla No.5

COMPARACIÓN DE LA MEDIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO PRE-TEST/POST-TEST DE LA MUESTRA

PUNTUACIONES EIE-R	MEDIA
Pre-prueba	41.75
Post-prueba	15.75

Fuente: Julieta Lau Sang, 2014.

Cálculo estadístico de la prueba:

Prueba t para dos muestras emparejadas/prueba de una sola cola. Intervalo de confianza para diferencia entre las medias al 95%.

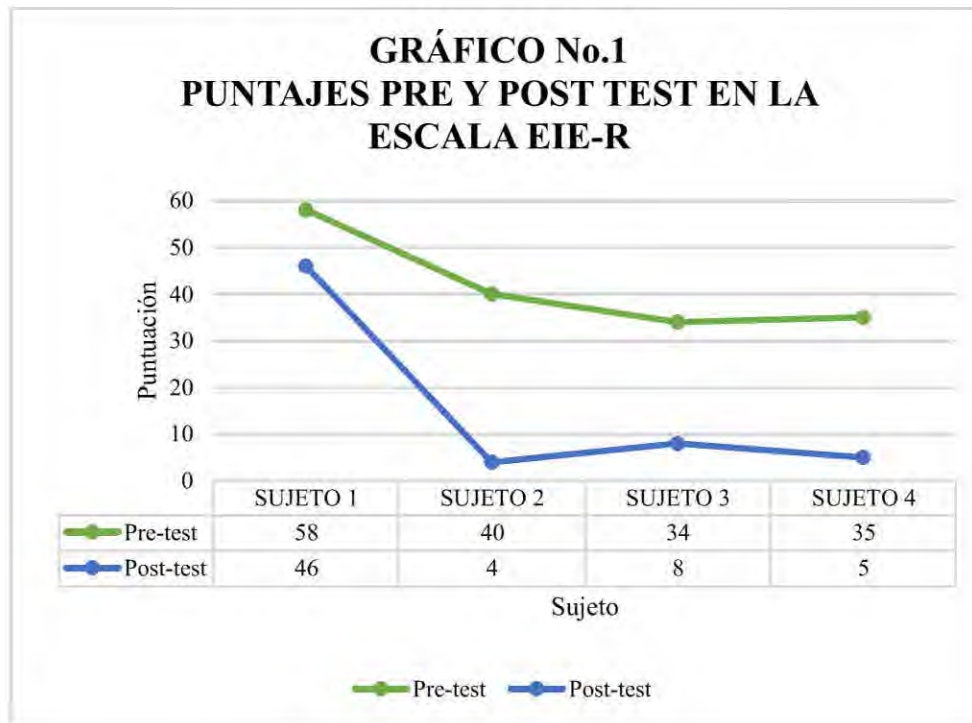
Diferencia	26
Estadístico t (valor observado)	5.099
Grado de libertad	3
Valor crítico de t (una cola)	2.353
p-valor unilateral	0.007
Alfa	0.05

Decisión:

Como la probabilidad del estadístico unilateral (p- valor unilateral=0.007) es menor a alfa ($\alpha=0.05$), la hipótesis nula se rechaza y se acepta la hipótesis alterna.

Conclusión:

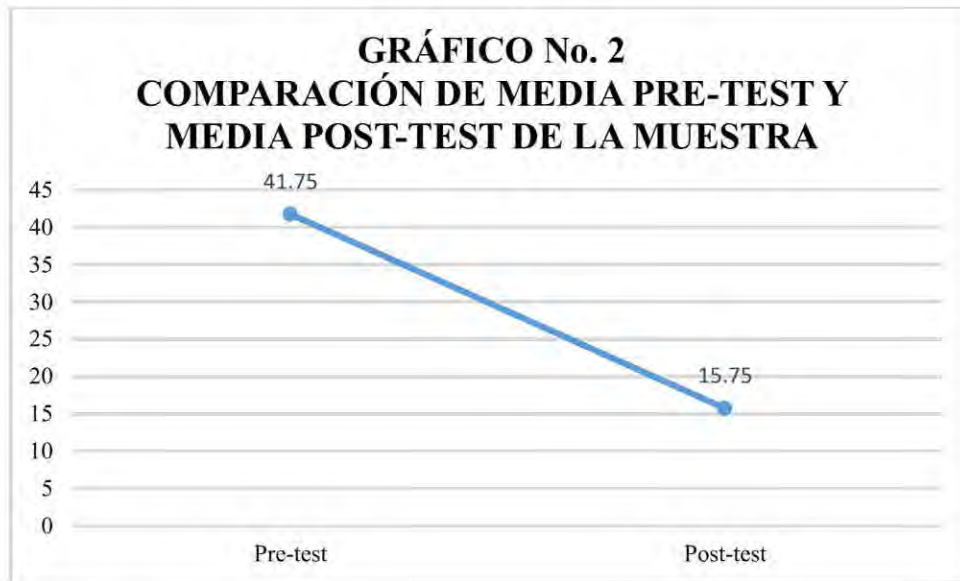
Con un nivel de significación de 0.05, la media post-test obtenida de los puntajes de la Escala del Impacto del Evento-Revisada presenta una diferencia estadísticamente significativa con respecto a la media pre-test obtenida de la misma prueba. Por lo tanto, hay evidencia de la eficacia del tratamiento.



Fuente: Julieta Lau Sang, 2014.

En el gráfico No.1 observamos la diferencia entre los puntajes obtenidos por cada sujeto en la evaluación pre-test y los puntajes post-test. El porcentaje de cada diferencia, es la siguiente: sujeto 1, diferencia de un 21% (de 58 a 46 puntos), sujeto 2, diferencia de un 90% (de 40 a 4 puntos), sujeto 3, diferencia de un 76% (de 34 a 8 puntos) y finalmente, sujeto 4, diferencia de un 86% (de 35 a 5 puntos).

Con base a los puntajes, se observará también que el 75% de la muestra dejó de presentar síntomas que marcaran presencia de trastorno por estrés postraumático, mientras que el 25% aunque presentó disminución de síntomas, continuó dando un puntaje de estrés postraumático. Estos resultados se discutirán en la siguiente sección.



Fuente: Julieta Lau Sang, 2014.

Esta gráfica muestra disminución significativa de síntomas con base a la media grupal. Presenta de forma gráfica, el resultado de las pruebas estadísticas, el rechazo de la hipótesis nula y la aceptación de la hipótesis alterna.

2.2. Variable Secundaria

El nivel subjetivo de perturbación fue evaluado mediante la escala SUD (Subjective Units of Distress) de forma previa y posterior al tratamiento. A continuación presentamos la comparación de reportes SUD pre-test y post-test para cada sujeto.

Tabla No. 6

REPORTE DE SUD PRE Y POST TEST DE CADA SUJETO DE LA MUESTRA

REPORTE SUD	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4
Pre-test	8	10	8	10
Post-test	0	2	0	3

Fuente: Julieta Lau Sang, 2014.

Hipótesis:

Ho: El nivel de perturbación auto-percibido aumentará o seguirá igual luego de las tres sesiones de aplicación del protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes.

Hi: El nivel de perturbación auto-percibido disminuirá significativamente luego de las tres sesiones de aplicación del protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Estadísticas descriptivas:

Comparación de la media de reporte SUD pre-test y post-test en la muestra.

Tabla No.7

COMPARACIÓN DE LA MEDIA DE REPORTE SUD PRE Y POST TEST

REPORTE SUD	MEDIA
Pre-test	9
Post-test	1.25

Cálculo estadístico de la prueba:

Prueba t para dos muestras emparejadas/prueba de una sola cola. Intervalo de confianza para diferencia entre las medias al 95%.

Diferencia	8.75
Estadístico t (valor observado)	31
Grado de libertad	3
Valor crítico de t (una cola)	2.353
p-valor unilateral	0.00004
Alfa	0.05

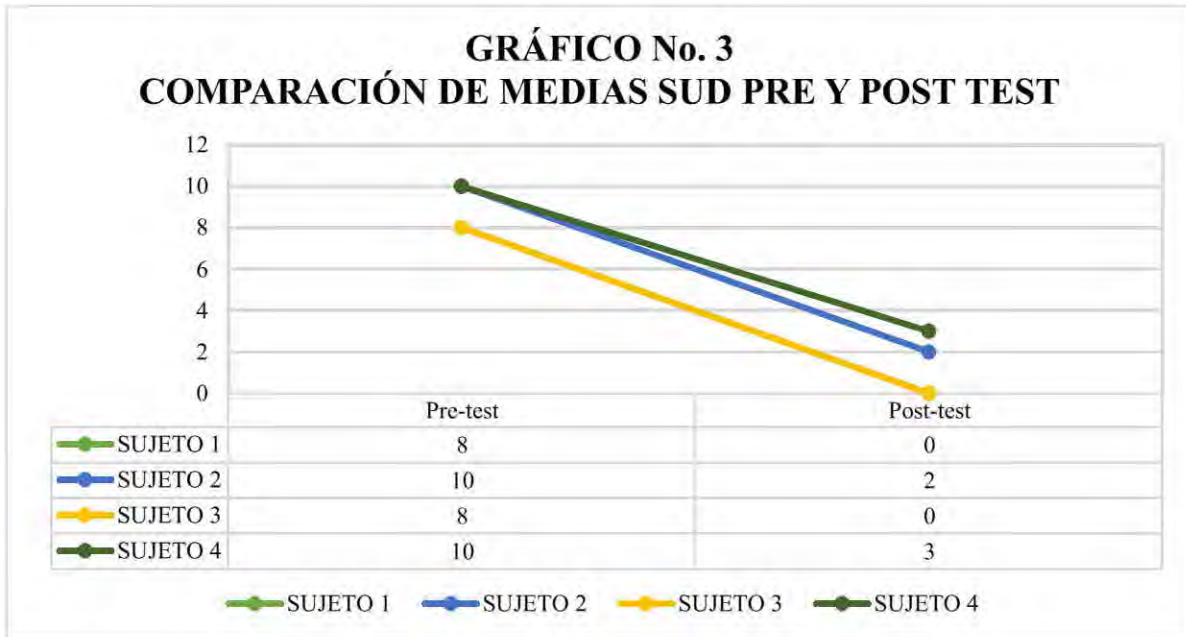
Decisión:

Como la probabilidad del estadístico unilateral (p- valor unilateral=0.00004) es menor a alfa ($\alpha=0.05$), la hipótesis nula se rechaza y se acepta la hipótesis alterna.

Conclusión:

Con un nivel de significación de 0.05, la media post-test de la Escala de Unidades Subjetiva de Perturbación (SUD) presenta una diferencia estadísticamente significativa con respecto a la media pre-test obtenida de la misma prueba. Por lo tanto, hay evidencia de la eficacia del tratamiento.

GRÁFICO No. 3
COMPARACIÓN DE MEDIAS SUD PRE Y POST TEST



Fuente: Julieta Lau Sang, 2014.

3. DISCUSIÓN

3.1. Resultados Estadísticos

Con base en el análisis estadístico presentado en la sección anterior, la prueba de hipótesis permitió rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna. Por lo tanto, el análisis estadístico arrojó evidencia estadísticamente significativa sobre la eficacia de la aplicación de la psicoterapia EMDR para el tratamiento de incidentes críticos recientes para disminuir los síntomas de estrés postraumático (variable principal) en una muestra de cuidadores primarios de niños pacientes de cáncer (estadios I a III).

El 100% de la muestra presentó disminución de síntomas de estrés postraumático (Tabla No.4). El 75% obtuvo puntajes post-test que indicaron ausencia de estrés postraumático, mientras que sólo el 25%, aunque presentó disminución de síntomas, no lo hizo (Sujeto 1). Esto se debió a que en dicho caso, la salud de la niña con cáncer, aunque aún en estadio III, estaba empeorando gravemente. Sin embargo, esto no afecta la efectividad del tratamiento.

En cuanto al análisis estadístico de la variable secundaria, la percepción de la propia perturbación, los resultados permitieron igualmente rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna. Es decir, se demostró la eficacia del tratamiento para disminuir el nivel percibido de la propia perturbación, lo que confirma aún más, la efectividad de la psicoterapia EMDR para el tratamiento de estrés postraumático para incidentes recientes.

Cabe recordar que dichos cambios se dieron mientras los sujetos seguían enfrentando un estrés continuo; es decir, mientras se daban sucesos en torno a los tratamientos médicos para el cáncer (sus propias reacciones y las reacciones de sus hijos respecto a pérdida permanente o temporal de capacidades y/o órganos, tratamientos, efectos secundarios de tratamientos, personal hospitalario, nostalgia del hogar, salidas a urgencias, desánimo luego de la muerte de otros niños en la Fundación) afectaron a los sujetos.

Cuando notamos las características sociodemográficas de la muestra, apreciamos que a pesar de su heterogeneidad, el tratamiento funcionó para todos. Esto nos parece importante, en especial para la situación en la que el sujeto 2 cuenta básicamente con la Fundación como red de apoyo (física, económica y sobretodo emocional). Se sabe también por la toma de historia clínica de este sujeto, que, de la muestra, fue el único caso en el que tuvo un familiar (el padre de sus hijos) culpándola constantemente de la enfermedad del niño.

Esto comprueba que la psicoterapia EMDR para tratar Incidentes Críticos Recientes en un grupo de cuidadores primarios de niños enfermos de cáncer, es efectiva para disminuir los síntomas de estrés postraumático. Cuando revisamos la historia clínica de los sujetos, nos damos cuenta de que ninguno de ellos reportó historia familiar de enfermedades como cáncer. Algunos no habían escuchado jamás la palabra cáncer, otros no habían salido jamás de su provincia. La psicoterapia y en particular el protocolo, son una herramienta útil para enfrentar un incidente crítico.

EMDR, al ser un abordaje psicoterapéutico integrativo, no dependió de un alto grado de escolaridad ni de verbalización y enseña a los pacientes a confiar en la capacidad de curación de sus propios cerebros. Esto nos recuerda la hipótesis del doctor R. Stickgold (Stickgold, 2002) en la que sostiene que la terapia EMDR, lleva al cerebro a reprocesar información de forma que imita el procesamiento que ocurre de manera natural en el cerebro humano durante el sueño REM.

3.2. El Tratamiento

3.2.1. La entrevista clínica

La asistencia de los sujetos, dependía, entre otras cosas, de la salud del niño/a y de que el tratamiento médico que estuviera recibiendo su hijo/a, permitiera que el mismo pudiera ser cuidado por un voluntario de la Fundación en los momentos de la sesión, para que el sujeto pudiera asistir solo a la entrevista.

Cada participante pasó por una entrevista clínica inicial en la cual, se le explicó el objeto de estudio de la investigación, el carácter voluntario del mismo y posibilidad de renunciar a la participación en cualquier momento, asuntos de confidencialidad (la mayoría de las veces, con palabras sencillas como *“lo que usted me diga aquí se queda entre usted y yo. Nadie más en la Fundación lo sabrá. La única forma de que yo hable es si por alguna razón yo viera que usted o su hijo(a) corrieran algún peligro y ni aún así diría todo, solo eso. Esa sería una forma de cuidarlos a ustedes”*), uso de cuestionario(s) y que dependiendo de lo que saliera en él/ellos, podría o no aplicársele una “técnica o terapia” para bajar “el malestar por el estrés”. Luego de explicarle esto, se le pidió que dijera con sus palabras, lo que había comprendido, para asegurarnos de que la comunicación fuese efectiva. Luego, se le pidió que firmara el consentimiento informado (anexo).

Acto seguido, se pasó la escala EIE-R y se calificó inmediatamente. Todos los sujetos pidieron que se les leyera el cuestionario, lo que hizo que el periodo de administración del mismo fuera de aproximadamente, 30 minutos. Si la puntuación arrojaba puntajes por encima de los 33 puntos t, se proseguía la entrevista. De lo contrario, se agradecía la participación y se daba por terminada la entrevista.

En el caso de poder proseguir la entrevista, se pasaba a la recolección de información sociodemográfica e inmediatamente, se pasaba a la ejecución de una parte de la Fase 1 de protocolo, pues incluye la toma de historia del paciente (que no fue muy profunda pues este tipo de intervención es breve), descartar síntomas schneiderianos, explorar posibles ganancias secundarias, descartar riesgo suicida, automutilación, conductas agresivas, abuso de sustancias, explorar redes de apoyo y técnicas de estabilización emocional ya existentes.

Luego de esto, se les explicó de forma sencilla, la conceptualización neuropsicológica de trauma (por ejemplo, *“todo lo que le está pasando es normal. Lo que le está pasando es que su cerebro está tratando de digerir todo el estrés de lo que ha pasado y que todavía está pasando: (menciono algunos síntomas evaluados en la escala). Yo puedo ayudarlo/a a que su cerebro pueda digerir esa información para que usted pueda estar mejor para usted y para su hijo/a. Si sigue así, podría enfermarse de tanto estrés (resfriado, etc.). ¿Me da permiso de que lo ayude?”*). A pesar de que el consentimiento ya había sido obtenido, se vuelve a confirmar su participación para dejar en claro al sujeto que sus deseos y necesidades son tomados en cuenta y respetados, asegurarnos de que el mismo esté entendiendo lo que le está ocurriendo (conceptualización neurofisiológica del trauma pero en sus palabras), recibir retroalimentación sobre la alianza terapéutica que se está formando.

Luego de esto, se procedió a ejecutar las siguientes partes del protocolo EMDR para incidentes críticos recientes.

Cabe mencionar que un solo participante manifestó deseo de quitarse la vida si los tratamientos médicos no funcionaban, a lo que se hizo una intervención inmediata, hablando de ello y ayudarlo a encontrar sentido a su vida incluso si esto sucedía, lo que funcionó, por lo que se pasó a hacer un contrato verbal de no hacerse daño. Se avisó al departamento de psicología de la Fundación sobre la situación y en las citas posteriores, se le dio seguimiento. Se confirmó que el deseo había desaparecido.

3.2.2. La psicoterapia EMDR para incidentes críticos recientes

Luego de la obtención de la historia clínica. Se pasó a la explicación de la metodología EMDR, según el protocolo (anexo) y se procedió a la enseñanza de un ejercicio de relajación. Debido a la poca disponibilidad de tiempo de los sujetos, se utilizó en orden de preferencia: uso del recuerdo agradable y/o respiración abdominal. Al aprender la técnica de relajación, los sujetos mostraron alivio de lograr provocar un estado placentero en ellos.

Ningún participante mostró signos de resistencia al tratamiento (llegaron a tiempo, hacían preguntas cuando lo necesitaban, preguntaban en trabajo social por las citas cuando no estaban seguros). Las sesiones 2 y 3, inician siempre con la fase 8 del protocolo, en donde se hace primero una evaluación global para que el clínico evalúe si el SPIA ha continuado reprocesamiento o no (anexo), luego, con el mismo fin, se hace una evaluación respecto al blanco (fragmento de la memoria) trabajado en la cita anterior, finalmente, se reanuda el reprocesamiento del blanco cuando éste ha quedado incompleto en la sesión anterior. En todos los sujetos, los reportes arrojaron evidencia de que el reprocesamiento continuó en el periodo entre sesiones (ejemplo: “estuve más tranquila”, “me sentí mejor”, “estoy durmiendo bien”).

4. CONCLUSIONES

4.1. Sobre la población y la muestra

- De la población, solo los sujetos de la muestra pudieron ser debidamente diagnosticados.
- De la muestra, el 75% estuvo representado el sexo femenino y el 25% por el sexo masculino. Aunque la muestra fue pequeña, estos porcentajes de composición, son acordes con la tendencia reflejada en otras investigaciones en las que el cuidador primario es generalmente una mujer.
- Características sociodemográficas como: nivel educativo igual o superior al 6 grado, religión profesada, existencia de otros hijos, son características en común en la muestra.

4.2. Sobre la psicoterapia EMDR para incidentes críticos recientes

- La aplicación de la psicoterapia breve EMDR para incidentes críticos recientes a la muestra de cuidadores primarios de niños con cáncer (estadios I a III) con estrés postraumático, arrojó datos estadísticamente significativos sobre su efectividad para disminuir dichos síntomas en pocas sesiones.

- La disminución de los síntomas en la muestra fue consistente para el conjunto de síntomas de evitación, hiperactivación e intrusión.
- La aplicación del tratamiento dio resultados estadísticamente significativos al disminuir los niveles percibidos de la propia perturbación, lo que demuestra aún más la eficacia de la psicoterapia.
- La aplicación del protocolo EMDR para incidentes críticos, disminuyó significativamente los síntomas de estrés postraumático, al punto de eliminar de la categoría diagnóstica de trastorno por estrés postraumático, al 75% de la muestra.
- El 25% de la muestra, presentó una menor disminución de síntomas comparado al resto de la muestra, debido a que nuevos y más graves incidentes se estaban dando. Aún así, la eficacia del tratamiento se probó debido a que sus síntomas, en lugar de empeorar, mejoraron.
- La psicoterapia EMDR es una alternativa eficaz para el tratamiento de trauma por estrés postraumático, incluyendo en la situación de estrés continuo por enfermedad, como se dio en la presente investigación.
- Es además una alternativa eficaz y segura para el clínico, ya que, en pocas sesiones, se obtienen resultados rápidos y el clínico está menos expuesto a trauma vicario o por exposición indirecta (los relatos de los pacientes). Desde el punto de vista administrativo, se optimiza la inversión hora/hombre y hay menor riesgo de desgaste por empatía.

5. RECOMENDACIONES

5.1. La investigación

- Replicar la investigación con una muestra más grande y con la posibilidad de realizar seguimiento a los seis y a los doce meses de culminado el tratamiento, a fin de corroborar la eficacia de la psicoterapia y observar si hay posterior desarrollo de

trastorno por estrés postraumático. También para observar posible consistencia de resultados en la disminución de síntomas de estrés a pesar de la aparición nuevos y/o peores incidentes estresores graves durante la fase de tratamiento.

- Duplicar la investigación con la posibilidad de medir variables como la ansiedad y la depresión, con sus respectivas mediciones de seguimiento, a fin de corroborar la eficacia del tratamiento en la disminución de dichos síntomas.
- Explorar en qué medida factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo, las creencias religiosas y la presencia de otros hijos, son más bien factores protectores ante el estrés.
- Ampliar el estudio tomando en cuenta el apego de los cuidadores primarios como factor predictivo de trastornos por estrés postraumático.

5.2. La intervención clínica

- Dada la existencia de población indígena, sería ideal, contar con una traducción adecuada y aprobada del protocolo EMDR para incidentes críticos recientes para esta población, ya que actualmente no se cuenta con esta posibilidad.
- Poner a prueba el protocolo EMDR para incidentes críticos con otras poblaciones bajo estrés continuo, por ejemplo: cuidadores de pacientes con cáncer en fase terminal, niños y adolescentes que vivan con un padre alcohólico, cuidadores de pacientes con Alzheimer, profesionales de la salud de primera línea (socorristas, personal de sala de urgencias), entre otros.
- Enseñar a todos los cuidadores, técnicas de relajación como herramienta de autocuidado.

5.3. La sociedad en general

- Aplicar de forma idónea, la psicoterapia EMDR en hospitales, clínicas y centros de salud gubernamentales para tratar traumas psicológicos, pues además de ser efectivo, disminuye el riesgo de desgaste por empatía y es una conveniente inversión de hora/hombre.
- Enseñanza a la sociedad en general, sobre la neurofisiológica del trauma, pues ayudaría a levantar menos resistencias en el público a la hora de buscar ayuda especializada.
- A fin de estimular la resiliencia, educar a la población sobre los factores protectores del trauma.
- Incrementar las campañas sobre la concientización de la detección temprana del cáncer y los efectos de dicha enfermedad, no solo en la persona que la padece, sino también el efecto que puede tener en el grupo familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- Ah Chú, M. S. (2008). Creando oportunidades para la referencia del cáncer infantil, tan pronto como sea posible en Panamá. *Pediátrica Panamá*, 32-35.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3 ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Association, A. P. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Association, A. P. (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 ed.). Washington D.D.: American Psychiatric Publishing.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington , D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Astudillo, W., & Mendinueta, C. (2003). Necesidades de los Cuidadores del Paciente Crónico. En W. Astudillo, & C. Mendinueta, *Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuskoa*. España.
- BBC Mundo. (20 de febrero de 2014). *BBC Mundo*. Obtenido de http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2013/02/130219_salud_cancer_infantil_gtg.shtml.
- Bergmann, U. (2012). *Neurobiological Foundations for EMDR Practice*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Bleich, A., Kotler, M. K., & Shaley, A. (2002). *A Position Paper of the (Israeli) National Council for Mental Health: Guidelines for the Assessment and Professional Intervention with Terror Victims in the Hospital and the Community*. Jerusalem: Israeli National Council for Mental Health.
- Bremner, J. (2007). Functional neuroimaging in posttraumatic stress disorder. *Experts Review of Neurotherapeutics*, 7, 393-405.
- Capezzani, L. (Junio de 2012). EMDR and cancer patients: Effects on PTSD and their illness coping strategies. *Presentación en el Annual Meeting EMDR Europe Association*. Madrid, España.
- Celma Vicente, M. (2001). Cuidadoras informales en el medio hospitalario. *Rev. Rol. Enf.*, 24(7-8), 503-11.

- Chambless, D., Baker, M., Baucom, D., Beutler, L., Calhoun, K., & Crits-Christoph, P. S. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chemtob, C., Tolin, D., Van der Kolk, B., & Pitman, R. 2. (2000). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. En E. Foa, & T. Keane, *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (págs. 333-335). Nueva York: Guilford Press.
- Children's Oncology Group. (2007). *Guía Familiar para Niños con Cáncer*. Bethesda: CureSearch National Childhood Cancer Foundation.
- Damasio, A., Grabowski, T., Bechara, A., Damasio, H., Ponto, L., Parvizi, J., & Hichwa, R. (2000). Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. *Nature Neuroscience*, 3(10), 1049-56.
- Delicado Useros, M., García Fernández, M., López Moreno, B., & Marínez Sánchez, P. (2001). Cuidadores informales: una perspectiva de género. *Revista de Enfermería*, 13, 12-16.
- Department of Veterans Affairs & Department of Defense. (2004). *VA/VoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-traumatic Stress*. Obtenido de http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/frameset.htm
- EMDR Iberoamérica. (2013). *EMDR Iberoamérica: Terapia EMDR para Iberoamérica*. Obtenido de <http://www.emdriberoamerica.org/qu%C3%A9esemdr/definiciones.html>
- EMDR Iberoamérica. (2014). *Manual Básico de Entrenamiento en la Terapia EMDR, Fin de Semana 1*. México: EMDR Iberoamérica.
- EMDR Iberoamérica. (2014). *Manual de entrenamiento básico en la terapia EMDR. Fin de semana 2*. México: EMDR Iberoamérica.
- Fracati, V., Vermetten, E., & Bremner, J. (2007). Functional neuroimaging studies in posttraumatic stress disorder. Review of current methods and findings. *Depression and Anxiety*, 24, 202-218.
- Guverich, M., Devins, G., & Rodin, G. (2002). Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43, 259-281.
- Heaton, J. (1999). The gaze and visibility of the carer: a foucauldian analysis of the discourse of informal care. *Sociology of Health and Illness*, 21, 759-77.
- Herman, J. (1997). *Trauma and Recovery, the aftermath of violence-from domestic abuse to political terror*. Nueva York: Basic Books.
- Jarero, I. (2012 de octubre de 2011). Explorando la Naturaleza de las Memorias Traumáticas y la Terapia EMDR. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 2(2).

- Obtenido de Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación:
<http://revibapst.com/volumen-2-numero-2-2011-terapia-emdr/>
- Jarero, I. (2011). *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Obtenido de ¿Qué es la Terapia EMDR?: <http://revibapst.com/volumen-2-numero-2-2011-terapia-emdr/>
- Jarero, I. & Artigas, L. (2010). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with adults during ongoing geopolitical crisis. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 148-155.
- Jarero, I.; Artigas, L. & Luber, M. (2011). The EMDR for Recent Critical Incidents: Application in a Disaster Mental Health Continuum of Care Context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(3), 82-94.
- Jarero, I. & Uribe, S. (2011). The EMDR for Recent Critical Incidents: Brief Report of an Application in a Human Massacre Situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(4), 156-165.
- Kane, A., & Carlson, E. (1982). A Different Drummer: Robert B. Carter and Nineteenth Century hysteria. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 58(6), 519-34.
- Maxfield, L. (2008). EMDR Treatment of Recent Events and Community Disasters. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 74-78.
- Miranda, A. (2011). Mecanismos neurobiológicos del trastorno por estrés postraumático y la terapia EMR. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 1(1). Obtenido de Mecanismos neurobiológicos del trastorno por estrés postraumático y la terapia EMDR:
<http://revibapst.com/data/documents/ARTICULO%20ALAIDE%202011.pdf>
- Neel, M. (2000). Posttraumatic stress symptomatology and cancer. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(2), 85-94.
- Noggle, C., & Dean, R. (2013). *Neuropsychology of Cancer*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- NREPP. (2011). *NREPP, SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices*. Obtenido de <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=199>
- Ochoa, C., Castejón, V., Sumalla, E., & Blanco, I. (2013). Crecimiento Post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos: ¿Crecimiento vicario o secundario? *Terapia Psicológica*, 13(1), 81-92.
- Parnell, L. (1999). *EMDR in the treatment of adults abused as children*. Nueva York: Norton.

- Pérez, S. (5 de noviembre de 2008). *Sintomatología de Estrés Postraumático en Pacientes con Cáncer de Mama e Identificación de Posibles Factores de Riesgo*. Obtenido de Tesis Doctorales en Red:
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10163/PEREZ.pdf;jsessionid=083C2832769098D821D66AFA133E25C9.tdx2?sequence=1>
- Quero, R. (2003). Los cuidadores no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. *Enfermería Clínica*, 13(6), 348-56.
- Rubin, D., Bernstein, D., & Sohni, M. (2008). A memory-based model of PTSD. Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115(4), 985-1011.
- Scaer, R. (2000). *The body bears the burden, trauma, dissociation and disease*. Estados Unidos de América: The Haworth Medical Press.
- Scaer, R. (2005). *The Trauma Spectrum*. Nueva York: Norton and Company.
- Servan-Schreiber, D. (2004). *Curación Emocional*. Barcelona: Kairós.
- Shapiro, F. (2004). *EMDR, desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. México: Pax México.
- Shapiro, F. (2007). EMDR and case conceptualization from an adaptive information processing perspective. En F. Shapiro, F. Kaslow, & L. Maxfield, *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes* (págs. 3-34). Nueva Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Shapiro, F. (2009). EMDR treatment of recent trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 141-151.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: a putative mechanism of neurobiological action. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61-75.
- United Kingdom Department of Health. (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counseling evidence based clinical practice guideline*. Obtenido de <http://www.emdr.com/training-information/qualificationrequirements-for-attending/21.html>
- Uribe, Z. (2006). *Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas*. México: Secretaría de Salud.
- van der Kolk, B. (2006). Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD. *New York Annals of Science*, 1-17.
- van der Kolk, B., & van der Hart, O. (1991). The intrusive past: the flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425-454.

- van der Kolk, B., MacFarlane, A., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic Stress, the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. Estados Unidos de América: Guilford Press.
- Vergara, F. (2011). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Panamá: Sibauste.
- Vidal y Benito, M. d. (2008). *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Polemos.
- von Essen, L., Enskar, K., Kreuger, A., Larsson, B., & Sjoden, P. (2000). Self-esteem, depression and anxiety among Swedish children and adolescents on an off treatment. *Acta Paediatrica*, 89, 229-236.
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. En J. Wilson, & T. Keane, *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook* (págs. 399-411). Nueva York: Guilford Press.
- World Health Organization . (1 de abril de 2013). *WHO.int*. Obtenido de <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

ANEXOS

Anexo No.1. Modelo de Consentimiento Informado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Con esta hoja, queremos ofrecerle a Usted, una explicación sobre qué estudiaremos, para qué y de qué forma lo haremos.

El estudio lo hará JULIETA LAU SANG, psicóloga, estudiante de Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá. Queremos saber si la técnica de terapia EMDR sirve para bajar síntomas de estrés en los padres de niños con cáncer (estadios I a III), que hayan tenido diagnóstico reciente.

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

Si usted acepta participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, contestando preguntas a un cuestionario, recibiendo terapia. Esto tomará aproximadamente 4 a 5 horas de su tiempo en 2 ó 3 meses. Lo que conversemos durante estas sesiones será escrito para el estudio, pero no será utilizado o compartido con otros fines.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento a partir de hoy. Además, si usted lo desea, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en este estudio, realizado por JULIETA LAU SANG. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista y participar en la terapia, lo cual tomará aproximadamente 4 ó 5 horas en un lapso de 2 ó 3 meses.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a JULIETA LAU SANG al teléfono 6070-0669.

Entiendo que una copia de esta hoja consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a JULIETA LAU SANG al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo No.2. Plantilla de Recolección de Datos Sociodemográficos

DATOS GENERALES

Datos de identificación

Nombre completo: _____
I^o nombre II^o nombre Apellido paterno A. materno

Cédula/No. Pasaporte: _____

Nacionalidad: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Reside en: _____

Lengua materna: _____

Estado civil: casada unida divorciada separada soltera

Nivel más alto de estudios:

universitario, nivel _____ secundaria,
nivel _____

primaria, nivel _____ kínder pre-kínder

Religión: _____

Fecha o Mes del diagnóstico: _____ Tipo de cáncer: _____

Tiempo quedándose en FANLYC: _____

Genograma

Anexo No.3. Escala de Impacto del Evento-Revisada

Anexo No. 4. Resumen de las Ocho Fases del Protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes

Resumen de las ocho fases del protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes

Fase 1: Toma de historia clínica. Se realiza la toma de historia clínica como se hace usualmente. Se evalúan de los factores que determinan la seguridad del paciente, así como su elegibilidad para recibir tratamiento en ese momento: evaluación de presencia de síntomas disociativos, capacidad del paciente para manejar altos niveles de perturbación (potencialmente precipitados por el procesamiento de la información disfuncional), si el paciente cuenta con redes de apoyo, si utiliza mecanismos saludables de estabilización emocional, limitaciones del paciente/cliente en su vida actual (por ejemplo, si está muy presionado para entregar un proyecto en una fecha límite en el trabajo, tal vez no sea el mejor momento para iniciar un reprocesamiento, pues el paciente/ cliente tal vez no querrá distraerse por el material perturbador), condiciones médicas a considerar como por ejemplo, problemas cardíacos, respiratorios, evaluación de ganancias secundarias.

Luego, se le pide al paciente: *“Por favor, nárreme lo que sucedió desde poco antes del incidente hasta el día de hoy”*. Luego se le pide *“Sin entrar en detalles, por favor dígame qué partes de la historia son sobresalientes o impactantes para usted”* y a medida que el paciente identifica dichas partes o fragmentos, el clínico los anota, sin entrar en detalles. Si se observa que el paciente requiere de herramientas antes de poder realizar este ejercicio, se le deben enseñar técnicas de automodulación antes de identificar los fragmentos.

Fase 2: Preparación. Esta fase introduce al cliente a los distintos tipos o mecanismos de estimulación y a una preparación a las fases de reprocesamiento (fases 4 a 6). Se le enseña uno o más ejercicios de automodulación para cerrar cada sesión de reprocesamiento con uno de ellos y para que, entre sesiones, el paciente pueda él o ella misma cambiar de un estado a otro. Estos han de ser utilizados además de los otros recursos adaptativos de estabilización con los que cuente el paciente (redes de apoyo, actividades físicas, creencias religiosas). Los ejercicios que actualmente se enseñan son: instalación de lugar seguro/tranquilo (es el único ejercicio que utiliza estimulación bilateral), respiración abdominal o diafragmática, cambio de respiración, rayo de luz, técnica de la espiral).

Fase 3. Evaluación: A diferencia del protocolo estándar, para obtener el primer blanco, se solicita el fragmento más perturbador: *“Pase mentalmente una película de todo el evento desde poco antes*

del incidente hasta el momento presente y al finalizar dígame cuál es la peor parte, el peor fragmento". Luego se obtienen la Imagen, la Creencia Negativa, las Emociones, se mide el SUD y se obtienen las Sensaciones. A diferencia del protocolo estándar, no se solicita aquí una Creencia Positiva ni se mide su validez.

La fase 4. Desensibilización: Se lee la frase integradora como aparece en el protocolo y se hacen estimulaciones bilaterales. Una vez reprocesado el fragmento más perturbador, pasamos al siguiente fragmento perturbador *"Cierre los ojos y pase mentalmente una película de todo el evento desde poco antes del incidente hasta el momento presente y al finalizar dígame cuál parte/fragmento le perturba ahora"*. Luego se realiza nuevamente la fase 3 con ese fragmento y se repite el proceso hasta que todos los fragmentos del evento puedan ser visualizados de principio a fin sin perturbación. Solo hasta entonces se pasa a la fase 5.

Fase 5. Instalación de la Creencia Positiva: A diferencia del protocolo estándar, en este protocolo, se instala una sola creencia positiva para todo el evento: *"Cuando piensa en toda esa experiencia/incidente, ¿Qué le gustaría creer sobre usted mismo(a) ahora?"*. Se mide el VoC y se realizan los demás pasos de instalación igual que en el protocolo estándar.

Fase 6: Chequeo corporal: Se le pide al paciente que haga una exploración de su cuerpo al mismo tiempo piensa en el incidente y en la creencia positiva. Si aún surge alguna perturbación, se hacen estimulaciones bilaterales hasta que desaparezca. Esta fase se da por terminada cuando el paciente puede pensar en el incidente y en la creencia positiva sin sentir ningún tipo de perturbación. Esta fase se aplica para cada blanco.

Fase 7: Cierre. Consiste en los pasos a seguir dependiendo de si el blanco se completó (SUD=0 ó 1, Voc=6 ó 7, Chequeo corporal-libre de perturbación) o si el blanco queda incompleto (cuando cualquiera de las fases de reprocesamiento no se ha completado). En caso de un cierre con blanco completo, se reconoce el esfuerzo y el trabajo realizado al paciente y se le pide que en base a la experiencia de la sesión, note qué afirmación positiva se lleva de sí mismo(a) el día de hoy. Si el cierre es con blanco incompleto, se le reconoce el esfuerzo y el trabajo realizado al paciente y se le indica o invita a realizar un ejercicio de automodulación o relajamiento (aprendido por el

paciente en la fase 2). En pocas palabras, se devuelve al paciente a un estado de equilibrio emocional al final de la sesión.

Se le recuerda que el reprocesamiento iniciado continuará en los próximos días, por lo que pueden surgir cambios (pues el SPIA fue estimulado) y se le pide que use ejercicios de automodulación si lo necesitara en los próximos días a venir y se le pide que llame al clínico si lo necesita.

Fase 8: Re-evaluación. Se le llama re-evaluación pues se hacen tres evaluaciones: una evaluación de los cambios a nivel general o global (nuevos pensamientos/insights, cambios en conductas, síntomas, sueños), cambios específicamente relacionados al blanco tratado en la cita anterior (notar qué ha cambiado o es diferente acerca del incidente ahora; nuevos insights o pensamientos, conexiones nuevas) y finalmente se vuelve a hacer evaluación del ICES del blanco original (parecido a la fase 3) y se reanuda el reprocesamiento si en la cita anterior este quedó incompleto.

Anexo No.5. Protocolo EMDR para Incidentes Críticos Recientes

Anexo No. 6. Conceptualización de Casos

SUJETO 1

Datos de identificación

Nombre: O.E.

Nacionalidad: panameña

Sexo: Femenino

Edad: 23 años

Fecha de nacimiento: 15-09-1990

Lugar de nacimiento: Las Minas, Herrera

Reside en: Las Minas Herrera

Lengua materna: Español

Estado civil: Unida

Ocupación: Ama de casa

Nivel de estudios más alto cumplido: 9° (noveno grado ~ tercer año de secundaria)

Ingreso mensual familiar: menor al salario mínimo

Religión: evangélica

Fecha del diagnóstico: agosto, 2014

Tipo de cáncer: tumor cerebral

Grupo conviviente (familia nuclear): marido (25 años), un hijo varón (3 años), una bebé con cáncer (1 año, 4 meses) y ella (la sujeto).

Breve historia

O.E. nació y creció en Las Minas, Herrera. Es la tercera hija de 6 hijos. Sus padres y hermanos aún viven. Su esposo es el único hijo de la unión de sus padres. No hay historia de abuso de sustancias, ni de violencia ni de cáncer. Comenzó a notar que su hija no estaba bien porque comenzó a observar que la niña se tropezaba/golpeaba mucho al moverse. Luego la bebé tuvo fiebre que no bajaba. Tanto ella como su esposo se preocuparon y se organizaron para llevarla al médico. La detección tomó aproximadamente un mes. Fueron referidos inmediatamente al

hospital del niño en la ciudad capital. Los niños se quedaron con un pariente del lado del marido. O.E. narra que cuando vinieron, ni siquiera trajeron suficiente muda de ropa pues nunca pensaron que se quedarían tantos meses en tratamiento.

Tiene problemas para conciliar el sueño, ansiedad (“nervio”), a veces está de mal humor, problemas para concentrarse, y frecuentemente recuerda cuando el médico le dio el diagnóstico, además de que le viene a la mente, que su bebé se va a morir.

Inicialmente en las entrevistas, manifestó deseo de morir si los tratamientos médicos no surtían efecto en su bebé. Luego de algunas intervenciones clínicas, este deseo se disipó.

Puntuación en la escala EIE-R

Pretest: 58 Post-test: 46 (presencia de estrés postraumático)

Diagnóstico dimensional

309.81 (F43.10) Trastorno por estrés postraumático sin síntomas disociativos, expresión no retardada.

SUJETO 2

Datos de identificación

Nombre: M.C.

Nacionalidad: Panameña

Sexo: Femenino

Edad: 36 años

Fecha de nacimiento: 20-11-1976

Lugar de nacimiento: Penonomé, Coclé

Reside en: Penonomé

Lengua materna: Español

Estado civil: Separada

Ocupación: Vendedora

Nivel de estudios más alto cumplido: 6°

Ingreso mensual familiar: Menor al salario mínimo

Religión: Católica

Mes del diagnóstico: diciembre 2013

Tipo de cáncer: tumor cerebral

Grupo conviviente: M.C. vive con sus tres hijos varones (16, 13 y 11 años de edad). El más joven está enfermo de cáncer.

Breve historia

M.C. es la penúltima de sus 3 hermanos. Su padre falleció en 1994 de una afección pulmonar, no sabe exactamente qué era. Su madre es ama de casa. M.C. vive con ella. Su madre la critica constantemente y el padre de sus hijos también. Este último, le ha dicho varias veces, que la enfermedad del niño es culpa de ella. Los tres primeros meses de tratamiento de su niño, su madre se ocupó de sus otros hijos, pero desde principios de febrero, la madre le dijo que no podía seguir dándole ayuda y M.C. tuvo que pedirle al padre de los niños que los cuidara. Él no da

pensión alimenticia de forma regular y desde que está con los dos niños mayores, no le da nada. Ella y el papa de los niños llevan cinco años separados. Estuvieron unidos por 10 años aproximadamente.

Cuando su niño empezó a enfermar, le dieron fiebres muy altas que no bajaban a pesar de los medicamentos prescritos por los doctores de la región. Luego el niño comenzó a decir que no veía bien y comenzó a bajar las calificaciones y esto dio pie a que los médicos dieran la instrucción de realizar otros exámenes. Vinieron al hospital del Niño, con la referencia de buscar ayuda en la Fundación. Actualmente el cáncer de su hijo está respondiendo bien al tratamiento. Por ahora, su hijo tiene alterada la visión y aunque tanto el niño como los médicos y el personal de la Fundación le dicen que el niño sí ve, ella “siente” que él no ve.

El padre de sus hijos la culpa de la enfermedad.

M.C. manifiesta angustia, mal humores, alteración del apetito, problemas de sueño, sobresaltos, miedo a pensar en la muerte, recuerda constantemente los momentos en que notó que su hijo no veía bien.

Puntuación en la escala EIE-R

Pre-test: 40 Post-test: 4

Diagnóstico dimensional

309.81 (F43.10) Trastorno por estrés postraumático sin síntomas disociativos, expresión no retardada; Otros factores: V60.2 (Z59.6) Bajo ingreso; V15.49 (Z91.49) Otra historia personal de trauma psicológico.

SUJETO 3

Datos de identificación

Nombre: G.P.

Nacionalidad: Panameña

Sexo: Masculino

Edad: 26 años

Fecha de nacimiento: 8-10-1986

Lugar de nacimiento: Herrera

Reside en: Río Viejo, Herrera

Lengua materna: Español

Estado civil: Casado

Ocupación: Peón-agricultor

Nivel de estudios más alto cumplido: 6°

Ingreso mensual familiar: Menor al salario mínimo

Religión: Evangélico

Mes del diagnóstico: febrero, 2014.

Tipo de cáncer: Leucemia

Grupo conviviente: G.P. vive con su esposa (23 años) y sus tres hijos, la hija mayor (7 años), el niño del medio (5 años) y el niño más pequeño (2 años). La hija mayor tiene cáncer.

Breve historia

G.P. nació y creció en la provincia de Herrera. Sus padres aún viven. G.P. es agricultor y de lo que cosecha se alimenta la familia, pero también es peón en una finca cercana. No siempre tiene trabajo. No hay historia de abuso de alcohol ni de violencia.

Cuando su niña empezó a enfermar, se quejaba de mucha fatiga. Usualmente era una niña muy alegre, lo que les llamó la atención. A los días la niña se quejó de dolor de cabeza, tenía fiebre. Después de varias citas médicas y varios tratamientos infructuosos, finalmente surge la sospecha de cáncer. G.P. pensaba que su hija estaba enferma, pero nunca que fuera algo tan grave. Cuando

le dieron el diagnóstico, no sabía si quiera qué es cáncer. Fueron referidos al hospital del Niño en la ciudad capital. No trajeron muda de ropa, no tenían idea de que tendrían que quedarse por más de un mes. Por suerte, su suegra les presta mucha ayuda en la casa y en la crianza de los niños.

G.P. siente como si no fuera real lo que sucede, le da miedo pensar en la muerte, se ha sentido muy triste y se sobresalta fácilmente, tiene problemas para dormir profundamente, para concentrarse, y se siente alerta y en guardia.

Puntuación en la escala EIE-R

Pre-test: 34 Post-test: 8

Diagnóstico dimensional

309.81 (F43.10) Trastorno por estrés postraumático sin síntomas disociativos, expresión no retardada; Otros factores: V60.2 (Z59.6) Bajo ingreso.

SUJETO 4

Datos de identificación

Nombre: F.S.

Nacionalidad: Panameña

Sexo: Femenino

Edad: 27 años

Fecha de nacimiento: 06-08-1986

Lugar de nacimiento: Pesé, Herrera

Reside en: Pesé, Herrera

Lengua materna:

Estado civil: Unida

Ocupación: Vendedora (independiente)

Nivel de estudios más alto cumplido: 6°

Ingreso mensual familiar: Salario mínimo

Religión: Católica

Mes del diagnóstico: abril, 2014.

Tipo de cáncer: tumor cerebral

Grupo conviviente: F.S. vive con su marido (35 años), su hija (9 años) y su hijo (1 año, 4 meses).

La niña tiene cáncer.

Breve historia

F.S. lleva 13 años unión libre. Previo al nacimiento de su hija, tuvo otros embarazos que terminaron en aborto espontáneo. El afecto de su esposo y su fe la han ayudado a salir adelante. Vende artículos para el hogar y accesorios femeninos. Su esposo tiene un trabajo fijo en un negocio local.

A finales de marzo del presente año, comenzó a notar que su hija caminaba mal. Le preguntó si le pasaba algo y su hija le contestó que veía doble. Ese mismo día, la niña vomitó estando en clase. Ese mismo día fue hospitalizada, le hicieron exámenes de sangre y CAT y el

médico les dijo que todo estaba bien. Le dieron salida a los tres días de hospitalización. Aún vomitaba aunque con menor frecuencia y tenía dolores de cabeza que luego fueron en aumento. El apetito de la niña cambió, se adelgazó mucho. A los días la llevaron nuevamente al médico. Esta vez los atendió otro pediatra. Este mandó otros exámenes y nuevamente todo salió bien. Este pediatra sugirió que la niña estaba fingiendo o que era algo de origen emocional. F.S. sabía que no era el caso, pero no podía convencer a los médicos. La niña siguió débil, no podía sostenerse sola. F.S. buscó a otro doctor en una clínica privada y este pudo detectar que se trataba de un tumor. Ese día la niña pasó la noche en el hospital en Chitré para estabilizarla. “La llenaron de aparatos”, recuerda F.S. Luego fueron referidos al hospital del Niño inmediatamente.

F.S. manifiesta ira contra los médicos que no dieron con el diagnóstico y más aún con el médico que le dijo que su hija estaba fingiendo, le viene frecuentemente a la cabeza, la frase del médico cuando dijo “¡esta niña tiene un tumor!”, se siente alerta y en guardia, tiene problemas para dormir profundamente.

Puntuación en la escala EIE-R

Pre-test: 35 Post-test: 5

Diagnóstico dimensional

309.81 (F43.10) Trastorno por estrés postraumático sin síntomas disociativos, expresión no retardada; Otros factores: V60.2 (Z59.6) Bajo ingreso

ESCALA DE IMPACTO DE EVENTOS-REVISADA

Instrucciones: Abajo presentamos una lista de dificultades que la gente puede padecer después de eventos de vida estresantes. Por favor, lea cada ítem y luego indique cuán perturbadora le ha resultado cada dificultad DURANTE LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS con respecto a _____, ¿hasta qué punto se perturbó o se molestó por estas dificultades?

	Nada	Un Poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
Cualquier recordatorio me trajo sentimientos sobre ello.	0	1	2	3	4
Tuve problemas para dormir profundamente.	0	1	2	3	4
Otras cosas me hicieron pensar en eso.	0	1	2	3	4
Me sentí irritable y enojado.	0	1	2	3	4
Evité alterarme cuando pensé en eso o cuando me lo recordaban.	0	1	2	3	4
Pensé en eso aun cuando no tenía intención de hacerlo.	0	1	2	3	4
Sentí como si no hubiera pasado o no no fuera real.	0	1	2	3	4
Me mantuve apartado de lo que podía recordármelo.	0	1	2	3	4
Imágenes del hecho me aparecían súbitamente.	0	1	2	3	4
Estuve nervioso y fácilmente me sobresaltaba.	0	1	2	3	4
Traté de no pensar en eso.	0	1	2	3	4
Tuve conciencia de que todavía tenía muchos sentimientos al respecto, pero no los enfrentaba.	0	1	2	3	4
Mis sentimientos sobre eso estaban como entumecidos.	0	1	2	3	4
Me encontré actuando o sintiendo como si hubiera vuelto a aquel momento.	0	1	2	3	4
Tuve problemas para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4

Tuve oleadas de fuertes sentimientos sobre eso.	0	1	2	3	4
Traté de borrarlo de mi mente.	0	1	2	3	4
Tuve problemas para concentrarme.	0	1	2	3	4
Los recordatorios del hecho me causaron reacciones físicas: como sudoración, problemas para respirar.	0	1	2	3	4
Tuve sueños sobre eso.					
Me sentí alerta y en guardia.	0	1	2	3	4
Traté de no hablar acerca de ello.	0	1	2	3	4

Impacto de la Escala de Eventos-Modificada

Información sobre Puntaje

Subescala de Evitación = promedio de ítems 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22

Subescala de Intrusión = promedio de ítems 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20

Subescala de Hiperactivación= promedio de ítems 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21

**Assessing Psychological Trauma & PTSD
A Handbook for Practitioners**

Capítulo 15: Impacto de la Escala de Eventos-Modificada

Daniel S. Weiss PhD

Dr. Charles R. Marmar

Departamento de Psiquiatría-Universidad de California

Programa TEPT, Centro Médico para Veteranos de San Francisco

Correspondencia a: Dr. Weiss

UCSF BOX 0984

Department of Psychiatry

San Francisco, CA. 94143-0984

Tel: (415) 221-4810-3080

Fax: (415) 750-6921

En: J.P. Wilson y T.M. Keane (Eds.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook*. Nueva York: Guilford

© (1995): Daniel S. Weiss & Charles R. Marmar