

EMDR

en el tratamiento de

Trastornos Obsesivo-

Compulsivos: Una serie

de casos

Adaptación María Cervera
Clínico y Supervisor Europeo EMDR

EMDR en el tratamiento de trastornos obsesivos-compulsivos: Una serie de casos

Karsten Böhm a,b Pablo Iglesias a,c

a Unidad de psiquiatría y psicoterapia, Hospital Universitario de Friburgo, Alemania

b Hospital Friedenweiler de Psiquiatría, psicosomática y psicoterapia, Friedenweiler, Alemania

c

Palabras clave

EMDR. Trastorno obsesivo-compulsivo. Método de tratamiento. Investigación psicoterapéutica.

Sumario

Introducción: Diversos estudios han demostrado que la terapia cognitivo conductual (EPR Exposición con Prevención de Respuesta) es el método más investigado y efectivo para tratar trastornos obsesivos-compulsivos. Sin embargo, entre el 15 y el 40 % de los pacientes no responden a este tipo de tratamiento; experimentan problemas de motivación, interrumpen el tratamiento anticipadamente o muestran problemas inherentes a la regulación de sus emociones. En este artículo presentaremos y describiremos la aplicación del método adicional EMDR (“Eye Movement Desensitization and Reprocessing”) con la finalidad de reducir estas dificultades.

Método: Expondremos y analizaremos tres estudios de casos de manera descriptiva, focalizando sobre todo en la forma de proceder, la motivación del paciente y la regulación de sus emociones. Un paciente con obsesión por el control fue sometido primero a sesiones EMDR y a continuación a terapia de confrontación. Otra paciente (con pensamientos compulsivos) fue tratada primero con terapia de confrontación y a continuación con EMDR. En el tercer caso se aplicó EMDR y terapia de confrontación de forma alternativa.

Resultados: Los tres pacientes experimentaron una reducción de los síntomas en el 60 % aproximadamente. Les parecía un método útil y motivador. Además, EMDR los animaba a procesar sus emociones. Dos de los pacientes experimentaron una notable reducción de sus compulsiones a través de las exposiciones; sin embargo, durante las sesiones EMDR sólo experimentaron un leve descenso.

Discusión: EMDR podría ser un método de muy útil para reducir la ansiedad causa de las compulsiones. Para poder convalidar estas conclusiones, es necesario realizar estudios controlados y randomizados.

Introducción

La técnica psicoterapéutica “Eye Movement Desensitization and Reprocessing” (EMDR) normalmente no se suele mencionar en relación con trastornos obsesivos-compulsivos. Originalmente desarrollada para tratar trastornos de estrés postraumáticos (Shapiro, 1989) y empíricamente convalidada (Bisson and Andrew, 2007; Sack et al., 2001; Van Etten and Taylor, 1998), actualmente se utiliza EMDR cada vez más para tratar otros trastornos, inclusive conducta autodestructiva (McLaughlin et al., 2008) y fobias (Muris et al., 1997; De Jongh et al., 1999; Goldstein et al., 2000; Grös y Anthony, 2006; De Jongh et al., 2002). El tratamiento de trastornos obsesivos-compulsivos con EMDR ya se había mencionado anteriormente (Shapiro, 1999); sin embargo, hasta ahora sólo existen informes de casos individuales (Bekkers, 1999). Aún se carece de estudios empíricos al respecto.

La terapia cognitivo conductual (EPR Exposición con Prevención de Respuesta) es actualmente el más investigado y empíricamente convalidado método para tratar compulsiones (resumido en NICE Guideline No. 31 [National Collaborating Centre for Mental Health, 2006] y Fisher and Wells [2005]). Sin embargo, el tratamiento de exposición resulta extremadamente estresante y agotador para muchos pacientes, lo cual conduce a interrupciones de la terapia y pérdida de motivación (Pinto et al., 2007; Vogel et al., 2006). Por tanto, los métodos alternativos o la ampliación de los existentes son de gran interés terapéutico.

Para Bekkers (1999), el efecto primario de EMDR en pacientes con trastornos obsesivos-compulsivos consiste en la activación de emociones durante las sesiones de estimulación. Considera que permite establecer y demostrar conexiones a nivel emocional entre las compulsiones y la funcionalidad que las

motiva. Bekkers observó una reducción significativa de los síntomas en 4 de 5 pacientes compulsivos tratados con EMDR. Sin embargo, al mismo tiempo se realizaron sesiones de ERP en orden de sucesión no documentada, lo cual dificultó asignar con toda claridad los efectos a un elemento terapéutico aislado. Bekkers recomienda la aplicación de EMDR como parte del plan terapéutico general, además de las intervenciones probadas (Schubbe, 2004; Hensel, 2006; Bekkers, 1999). Sin embargo y según los primeros resultados, la aplicación aislada de EMDR en pacientes obsesivos parece ser poco efectiva (Bekkers, 1999). La siguiente serie de casos combina EMDR con ejercicios de exposición en el tratamiento de trastornos obsesivos-compulsivos.

Método:

Tres pacientes con el diagnóstico principal de trastorno obsesivo-compulsivo recibieron sesiones de EMDR como parte del plan terapéutico general, además de la intervención convencional con ERP. Antes y después del tratamiento –realizado en régimen de hospitalización de 8 a 12 semanas- se cuantificó la gravedad de los trastornos mediante Y-BOCS. Antes del comienzo del tratamiento, se les informó a los pacientes participantes sobre el procedimiento del estudio y se les hizo cumplimentar diversos cuestionarios (entre otros BDI “Escala de Depresión de Beck”), PDS (Escala de Diagnóstico del Estrés Postraumático) y DES II (Escala de Disociación Experiencial II) Durante las sesiones de EMDR se registraron 2 variables: la “Unidad de Malestar Subjetivo” (SUD; escala Likert 0 = no estresante hasta 10 = estresante al máximo) y la “Escala de Validación de la Cognición Positiva” (VoC; escala Likert de 7 puntos, para obtener cogniciones centrales), con la finalidad de conseguir el feed-back directo de los pacientes sobre las sesiones EMDR. La finalidad del procedimiento EMDR consiste en reducir el estrés que origina la idea obsesiva y asociar la imagen mental del paciente con la cognición positiva y apropiada.

Informe sobre casos concretos:

Primero EMDR, a continuación exposición: Compulsión por controlar

El comerciante industrial Mario O. (todos los nombres son ficticios) de 34 años de edad y origen italiano, padecía una notable compulsión por controlar. Desde hace unos años vivía muy retirado en un piso de 2 habitaciones y no tenía pareja. Durante la primera entrevista relató que su conducta, notablemente compulsiva, requería 8 horas diarias (Y-BOCS: 36). La actividad que más tiempo ocupaba era controlar la cocina, las puertas, los grifos y el correo recibido. Tenía que comprobar si se podía haber producido un error. Dos terapias conductistas ambulatorias y la toma de SSRI (Zoloft 200 mg/día) no habían logrado una mejoría significativa. En el trabajo se veía obligado a comprobar minuciosamente la exactitud de la totalidad de los documentos de exposición y las facturas. Trabajaba durante los descansos y aún así ya no podía llevarlo a cabo. En casa, los controles continuaban.

Los síntomas compulsivos comenzaron cuando tenía 11 años. A esta edad y debido a su miedo al abandono fue sometido a un tratamiento en un centro psiquiátrico para niños y adolescentes. Echaba de menos a su padres y había comenzado a contar con los dedos para que no les pasara nada: “Si llego al cuatro, estaremos todos juntos y a

nadie le pasará nada”. Se analizaron otros acontecimientos estresantes para comprobar si se los podía asociar con el origen y la funcionalidad de las compulsiones; sin embargo, ninguno cumplía los criterios de PTS. Su peor experiencia fue la separación de sus padres entre los 7 y los 11 años. Sus padres querían construir una casa en su tierra natal - el sur de Italia- y decidieron trabajar en Alemania. Llevaron a sus dos hijos a casa de sus abuelos en el sur de Italia, donde se quedaron durante un breve espacio de tiempo. Mario O. casi no los conocía. En la siguiente sesión dijo que llevaba mucho tiempo sin expresar sus sentimientos. Ya no podía llorar –es más, tenía miedo a llorar-. El control era muy importante para él. Amable y reservado, intentaba participar activamente en la terapia. Constantemente se esforzaba en cumplir mis expectativas y procuraba actuar de forma correcta.

Se acordó comenzar con EMDR y procesar la peor experiencia, el sentimiento de abandono en la infancia. A tal efecto, Mario O. describió la imagen de él estando de pie en la puerta, llorando y contemplando el coche de sus padres que se alejaba. Sus abuelos tuvieron que impedir que corriera tras ellos. El SUD (“grado de estrés”) era el 7 (rango 0-10). Lo siguiente es una transcripción parcial de la primera sesión EMDR.

KB: Por favor, imagínese la escena conjuntamente con la frase negativa “estoy solo”; escuche donde lo siente en su cuerpo. ¿Está en contacto? En caso afirmativo, incline la cabeza.

MO: (inclina la cabeza).

KB: Continúe y observe mis dedos (30 estimulaciones con movimientos oculares); deje la mente en blanco....¿qué siente ahora?

MO: Tristeza. Veo el coche.

KB: Continúe y observe mis dedos (30 estimulaciones con movimientos oculares); deje la mente en blanco....¿qué siente ahora?

MO: Siento más calma, la tensión disminuye; sin embargo, sigo estando triste.

KB: Continúe y observe mis dedos (30 estimulaciones con movimientos oculares); deje la mente en blanco....¿qué siente ahora?

MO: De alguna manera siento aceptación. Veo como me dirijo a mi hermano y le cojo de la mano.

KB: Continúe y observe mis dedos (30 estimulaciones con movimientos oculares); deje la mente en blanco ¿qué siente ahora?

MO: Estoy triste. Y de alguna manera relajado.

KB: Continúe y observe mis dedos (30 estimulaciones con movimientos oculares); deje la mente en blanco....¿qué siente ahora?

MO: Siento algo de ira y vacío.

KB: Continúe y observe mis dedos (30 estimulaciones con movimientos oculares); deje la mente en blanco....¿qué siente ahora?

MO: Es extraño. Me siento más ligero. Relajado.

KB: Continúe y observe mis dedos (30 estimulaciones con movimientos oculares); deje la mente en blanco....¿qué siente ahora?

MO: Me siento de nuevo más seguro de mí mismo.

KB: Volviendo al suceso desencadenante, ¿qué siente?

MO: Tristeza. Veo la despedida, pero diferente; ahora se trata más bien de una despedida normal.

KB: Continúe y observe mis dedos (30 estimulaciones con movimientos oculares); deje la mente en blanco....¿qué siente ahora?

KB: (etc.) **MO:** Veo la imagen, nos damos la vuelta, mi hermano y yo. Volvemos con mis abuelos. Mi abuela, mi abuela me consuela, me abraza. No estoy solo.

KB: (etc.) **MO:** Ahora mismo pensaba en jugar. Jugar con mi hermano en el jardín.

KB: (etc.) **MO:** Estamos jugando.

KB: Me gustaría volver al suceso desencadenante. ¿Le parece bien? **MO:** Sí.

KB: ¿Qué ve? **MO:** Me veo con mi hermano estando allí de pie. Estoy triste, tengo lágrimas en los ojos. Tengo a mi hermano cogido de la mano.

KB: (etc.) **MO:** Volvemos a la casa tristes, pero serenos.

KB: (etc.) **MO:** Nos relajamos, salimos de la casa.

KB: etc.) **MO:** Estamos fuera, no hacemos nada en particular, jugamos.

KB: (etc.) **MO:** La despedida ha finalizado. Nos entretenemos con cosas muy diferentes. Lo hacemos con cierta satisfacción.

KB: Volviendo al suceso desencadenante, ¿qué ve?

MO: (pausa, está pensando) (...) Veo una sonrisa en mi cara, durante la despedida.

KB: Pensando en el suceso desencadenante en una escala del 1 al 10, ¿cuánto estrés siente?

MO: 2.

KB: ¿Qué está provocando el estrés restante?

MO: Aún me siento un poco solo. No tanto como antes. Puedo decir, mucho menos que antes. Pero algo queda. Está profundamente dentro de mí.

KB: (etc.) **MO:** Estoy muy triste. Aún estoy triste.

KB: (etc.) **MO:** Este dolor en mi interior, me causa daño.

KB: (etc.) **MO:** Triste, y totalmente sin fuerza. Así me veo.

KB: (etc.) **MO:** Me veo sentado en la mesa de los abuelos, estoy triste.

KB: (etc.) **MO:** Mi abuela me consuela, mi hermano no está triste para nada, ya ha vuelto a jugar. Está jugando debajo de la mesa.

KB: (etc.) **MO:** Me levanto de la mesa y juego con él.

KB: (etc.) **MO:** Estoy en la cama y pienso en mis padres. Pero estoy tranquilo, puedo conciliar el sueño.

También en la fase posterior, Mario O. seguía sintiendo un nivel de estrés 2 cuando se imaginaba la escena. Sin embargo, ahora sacó la siguiente conclusión: “Una despedida en estas circunstancias duele. Es normal. De lo contrario sería malo para mí, ya que significaría que no echaba de menos a mis padres para nada.” Después de la primera sesión EMDR se sentía más tranquilo, pero también “flojo y totalmente exhausto”. Durante la siguiente sesión le pregunté si sus compulsiones habían experimentado un cambio. Me contestó: “Siguen apareciendo con la misma frecuencia. Constantemente tengo la impresión de haber olvidado algo. Entonces las controlo mentalmente (por lo bajo). (...) No soy tan elocuente como de costumbre, de alguna manera deprimido, pero también más genuino”.

A continuación nos dedicábamos directamente a la compulsión, evocando su primera aparición durante la estancia en el centro psiquiátrico infantil. Además, esta aparición está directamente relacionada con la primera estimulación EMDR. Después del regreso de los niños con sus padres (5 años después), Mario empezó a tener problemas en el colegio. Las asignaturas le parecían fáciles, pero sufría constantemente miedo de abandono masivo y quería pasar todo el tiempo con sus padres. Cuando los problemas se agravaron, los padres buscaron ayuda y Mario fue ingresado en un centro psiquiátrico. Poco después de las visitas de sus padres y

estando de pie delante de la ventana de su habitación, solían aflorar las compulsiones. Una y otra vez contaba con los dedos hasta cuatro (sin utilizar el pulgar) mientras repetía en voz baja: “No pasa nada, no pasa nada, no pasa nada” (SUD 9). Durante los ejercicios de movimientos oculares describía el dolor que le causaba la partida de los padres. Sentía un conflicto entre el amor que profesaba a sus padres y el enfado y la ira por no poder volver a casa con ellos. La imagen cambiaba cuando jugaba con otros niños, pero “siempre tenía el pensamiento de tener que controlar todo y dejar que las compulsiones continuaran paralelamente”. La siguiente transcripción proviene de la cuarta repetición (canal) de esta sesión de EMDR.

MO: Estoy delante de la ventana y tengo que contar hasta cuatro para asegurarme de que no va a pasar nada. Estoy ansioso, tenso y triste. Pero en este momento, el sentimiento dominante es la ansiedad.

KB: Continúe y observe mis dedos (30 estimulaciones con movimientos oculares); deje la mente en blanco ¿qué siente ahora?

MO: Una y otra vez el ritual de contar hasta cuatro –repetido tantas veces-; lo realizo varias veces, porque después de cada ritual sigo estando inseguro. No estoy seguro si realmente he contado con todos los dedos.

KB: (etc.) **MO:** Al final y por haberla repetido infinidad de veces, la conducta obsesiva me causa tanto estrés que intento parar. Sin embargo, nunca llego a estar seguro. Solo consigo un leve apaciguamiento.

KB: (etc.) **MO:** Interrumpo el ritual sintiéndome algo más tranquilo y abandono la habitación, pero sé que reaparecerá espontáneamente en otro lugar.

KB: (etc.) **MO:** En este momento noto un creciente enfado – pero esta vez me enfado conmigo mismo. Porque sé que las compulsiones son tan estresantes y aun así las realizo.

KB: (etc.) **MO:** Relaciono la enorme tensión con esta conducta compulsiva. Ella es el origen de la tensión.

KB: ¿Tiene una imagen en mente?

MO: Sí, puedo sentirlo realmente. Tal como he dicho, estoy de pie junto con los demás, realizando la acción (el hecho de contar) en secreto (en mi mente). Esto me crea una enorme tensión interior.

KB: (etc.) **MO:** También siento una creciente ola de agresividad por el hecho de que el contacto con los demás me impide realizar mi conducta compulsiva.

KB: ¿La puede sentir?

MO: Sí, estamos jugando con la enfermera a un juego de mesa. Estoy a punto de iniciar mi ritual. Ahora me toca a mí. Alguien me habla; ya no me concentro en el juego para nada, estoy ocupado con mis compulsiones. Ya no tengo ganas de seguir jugando.

(gráfico nº 1)

(gráfico nº 2)

Aún no mostraba sus emociones, pero las identificaba mejor. Durante una de las sesiones posteriores consiguió reducir el nivel de estrés que le producía la imagen del centro psiquiátrico infantil hasta “entre 0 y 1”. El estrés restante “estará allí siempre, tiene que seguir así, forma parte de mí”. Finalmente veía la imagen de él jugando con otros niños en el hospital y haciendo enfadar a las enfermeras (se ríe): “Mucho, muchísimo mejor, historias de niños traviosos”. Después de 6 semanas de terapia, él

mismo sacó el tema de los ejercicios de exposición. Tratándose de compulsiones, normalmente realizamos la confrontación con los estímulos gradualmente. Revisando juntos la jerarquía de las compulsiones, Mario O. dijo que ahora estaba preparado para lo más difícil. Me sorprendió el hecho de no haber escogido un ejercicio más fácil, pero también intuía que era su expreso deseo. El primer lugar en la jerarquía ocupaba "mi colección de cartas". Para evitar sus compulsiones, llevaba mucho tiempo sin abrir su correo. Puso todas estas cartas, formularios y extractos bancarios en una maleta grande y la trajo a la clínica. Durante un ejercicio compartido volcó todo el contenido sobre la cama y revolvió las cartas con los ojos cerrados. Decidió romper un papel delgado sin haberlo mirado antes y tirarlo. Quería correr el riesgo de tirar algo importante. Hasta entonces, esto había sido absolutamente impensable. La tensión subió hasta alcanzar casi el 100 %. Cogió una papelera y empezó a clasificar los documentos. Un montón para la documentación que quería conservar, el resto directamente a la papelera. Seguía trabajando hasta que la tensión había disminuido al 30 % aproximadamente. Mientras tanto, se imaginaba las peores consecuencias de su acción. ¿Podría tener él la culpa, si le volvieran a rechazar y apartar? Mientras me hablaba de estos pensamientos parecía triste, pero también particularmente decidido a seguir adelante.

Después de pocas semanas de ejercicio realizamos una exposición en su piso. Todo estaba perfectamente ordenado, la vivienda parecía casi estéril. Durante este ejercicio "flooding" revolvió toda la casa, utilizaba muchos aparatos eléctricos al mismo tiempo y clasificaba objetos, que sus padres le habían comprado y que no podía o no quería utilizar. Esta última acción evocaba el conflicto entre el amor que profesaba a sus padres y el enfado que sentía contra ellos. ¿Tenía derecho a tratar así las cosas de sus padres? ¿Estarían ellos muy decepcionados? Mario O. decidió correr el riesgo. Durante la tarde después del ejercicio lloraba mucho tiempo e intensamente. El siguiente fin de semana, sus padres sólo se dieron cuenta de que estaba practicando en casa, lo cual les parecía muy bien. Se sentía muy sorprendido y también aliviado. Rogó a sus padres que no siguieran llenando su casa con objetos bienintencionados. Quería encargarse de su vida. Consiguió reducir su conducta compulsiva en un 90 %. Seguía teniendo pensamientos compulsivos, pero de forma reducida (véase gráfico 1; Y-BOCS total: 9). Después de una catamnesis de 6 meses, la mejoría seguía estable. Cuando le pregunté en qué le habían ayudado las sesiones de EMDR, me contestó que ahora podía comprender mejor sus compulsiones. Era capaz de identificar los pensamientos estresantes, lo que le permitía resistirse mejor a ellos y correr riesgos durante las exposiciones.

Primero exposición, a continuación EMDR: pensamientos obsesivos

Claudia D. (24 años) sufría obsesiones agresivas y sexuales desde que tenía 14 años. En la entrevista de admisión dijo: "En estas ocasiones veo imágenes desagradables y tengo miedo.... por ejemplo me veo a mí misma atacando a una amiga con un cuchillo mientras duerme. Pero si yo no quiero hacer estas cosas (llora)." Ya no participaba en seminarios de la universidad para no poner en peligro a los compañeros. Ya no permitía a sus amigas a pasar la noche en su casa; sin embargo, anhelaba tener contactos. Ya no veía la televisión y tampoco leía los periódicos, por miedo a nuevos impulsos obsesivos. Cuando afloraba un pensamiento o una imagen obsesiva, se sentía totalmente a su merced. "No tengo nada para contraatacar; solo puedo intentar

eludirlos, pero no me dejan en paz”. El Y-BOCS aplicado exclusivamente a los pensamientos obsesivos arrojó el valor 16 (máximo: 24). No existían traumas en el sentido de PTBS.

Al comienzo de la terapia, las obsesiones fueron exploradas más detalladamente. No realizaba acciones obsesivas significantes y se sentía completamente a la merced de sus impulsos obsesivos. Las confrontaciones de estímulo, realizadas gradualmente, hacían patente que Claudia D. era proclive a fuertes tendencias de evitación. Quería colmar las expectativas y se sometía complacientemente a los ejercicios. Sin embargo, le costaba mucho continuar por cuenta propia con los ejercicios de confrontación sin caer en la evitación. Las tendencias de evitación eran muy persistentes y a menudo difícilmente detectables para la paciente. Era evidente que en algunos casos no estaba dispuesta a renunciar a ellas. Después de 7 semanas de terapia de exposición, los síntomas obsesivos persistían en gran medida (véase gráfico 2). Por tanto, a lo largo de las 4 semanas siguientes fue sometida a sesiones de EMDR. Durante este espacio de tiempo no se realizaron más ejercicios acompañados de confrontación de estímulo. Sin embargo, la paciente era capaz de realizarlos por su cuenta y hablar de ellos en las sesiones de terapia. La imagen presentada en las dos primeras sesiones de EMDR fue una experiencia traumática que tuvo a los 9 años: se había caído de su litera sobre el respaldo de una silla y sentía como un dolor desgarrador se extendía entre sus piernas. La cognición negativa asociada fue: “¡Voy a morir!” Imaginándose esta escena alcanzó el grado 10 (SUD). A lo largo de ambas sesiones de estimulación, esta imagen permanecía sin cambios durante prolongados períodos de tiempo. Después de una hora y media, el estrés disminuía lentamente. “Puedo soportarlo mejor” (SUD = 5). Durante la siguiente sesión, el estrés (SUD) disminuía hasta 0 y la paciente llegó a la cognición positiva “ya pasó” (VoC = 7). También en esta sesión se producían largas fases con emociones y contenidos persistentes. Se intentó acelerar el proceso mediante “entretejido cognitivo” (ayuda cognitiva por parte del terapeuta). La paciente se esforzaba mucho para conseguir el cambio de forma activa, lo que la bloqueó nuevamente. Al final de la sesión contemplaba la imagen desde una nueva perspectiva (antes desde arriba, ahora de frente).

En una de las sesiones posteriores pasamos al peor escenario imaginable. Decía que tan sólo después de su muerte sabría como iba a ser castigada. “Dios castiga imparcialmente. Yo misma tengo la culpa, no puede ser la culpa de Dios. Sobre mí pesa una maldición”. Cuando le pregunté si tenía una imagen sobre esto, describió una especie de infierno en la que iba a sufrir eternamente tormento y dolor. Fijó el grado del martirio en 8 (SUD). Sentía vergüenza y repulsión. Ella misma se sentía repulsiva: “Porque vomito y porque la sangre fluye de mi nariz.” Dijo que la sangre simbolizaba el sentimiento de tener que purgarlo todo.

Durante los movimientos oculares, al principio la imagen se hacía mucho más intensa y nítida

“¡aún más repulsiva!” Después de unos pocos sets más describía su sentimiento como sigue: “Está bien, la imagen está allí, pero de alguna forma más alejada, se distancia cada vez más”.

Al final de la sesión, el grado de estrés estaba entre 3 y 4. Una semana después se realizaron los siguientes movimientos oculares evocando el mismo escenario. Después de los primeros 5 sets, el SUD había disminuido hasta el grado 1. “Ya no puedo evocar la imagen tan fácilmente como antes. Me resulta difícil evocarla durante

los movimientos oculares. Desaparece una y otra vez. ¿Lo estoy haciendo mal?” Le expliqué que era totalmente normal y además una buena señal. Se mostró aliviada; sin embargo, también puso de manifiesto que su temor de llegar a ser culpable por cometer errores seguía vigente. Durante la conversación ulterior dijo: “Después de esta sesión ya no tengo tanto miedo de la imagen, el miedo es casi inexistente. Me resulta mucho más fácil contemplarla durante un espacio de tiempo prolongado. Desde entonces, la imagen ya no ha aparecido por si sola. Sin embargo, durante la sesión me resulta difícil expresar como me siento después de cada fase de los movimientos oculares. Muchas veces no encuentro sentimiento alguno. Me propuse sacar fuerza de flaqueza y limitarme a describir únicamente lo que siento. Me costó mucho superar la sensación de que Vd. podría sentirse molesto. De hecho, al final la imagen ya no me resultaba tan desagradable como antes.”

Cuatro semanas después de la finalización de la terapia Claudia D. me comentó que volvía a estudiar y había permitido que dos amigas pasaran la noche en su casa; también volvía a salir por la noche. Todavía no quería ver películas violentas; en general evitaba ver la televisión. Sin embargo volvía a disfrutar de la vida. Un año después de la finalización de la terapia Claudia D. me escribió una carta: “¿Cómo me fue con EMDR? Sólo puedo decir: ¡muy bien! Tengo la sensación de que las imágenes procesadas durante el tratamiento no volvieron a aparecer casi nunca y además parecían mucho menos graves. Me parece tremendo teniendo en cuenta, que las imágenes que hoy en día aún me causan estrés –si es que aparecen- no son las imágenes de las sesiones de EMDR, ¡son diferentes!”

Exposición y EMDR de forma alternativa: compulsiones de lavado y de control

En la entrevista de admisión, el electricista Rainer B. de 27 años contó que desde hace un año y medio sufría el temor de haber perdido algo importante. Solía controlar si aún llevaba el móvil, la cartera, las llaves u otros objetos personales. A menudo volvía sobre sus pasos o se daba la vuelta para comprobar si había perdido algo. Estos temores se habían extendido, abarcando objetos tan insignificantes como cigarrillos o blocs de notas. Esta conducta compulsiva de control le tenía ocupado durante aproximadamente 6 horas diarias; por este motivo llevaba 5 meses de baja laboral. Desde entonces hacía una vida muy retirada y sufría una creciente depresión (BDI: 28). Para escapar de las compulsiones solía dormir mucho. En el historial clínico no figuraba ningún trauma.

En la fase preparatoria se introdujo -además de la exploración profunda y el análisis de conducta- la técnica de absorción (procesamiento de recursos) EMDR. Rainer B. tenía problemas a la hora de percibir e identificar emociones. Desde siempre quería hacer todo de forma perfecta y correcta. En cuanto alguien osaba interrumpir esta pretensión, sufría algún que otro ataque de ira, sobre todo cuando se trataba de su madre. Sin embargo evitaba parecer débil y vulnerable. Para la primera exposición eligió el siguiente ejercicio (grado de dificultad: 60 %): Durante un paseo acompañado puso el contenido de su cartera en el alféizar de una ventana. Su tensión subía notablemente y sus ojos se movían muy de prisa de un lado para otro, para no perder de vista todos los carnets y papeles. Después de haberle llamado la atención acerca de su conducta, decidió abstenerse de estas miradas de control. Entonces, un fuerte golpe de viento hizo volar algunos papeles de forma inesperada. Su tensión subió al

100 % y Rainer B. luchaba contra el impulso de inspeccionar de nuevo el suelo de forma minuciosa.

Luego dijo: "Voy a correr el riesgo. Ahora me da igual, simplemente lo haré". Tres días después tuvo lugar nuestra primera sesión de EMDR. Habíamos elegido el bloqueo imaginario. Se imaginaba sus compulsiones de control en su lugar de trabajo, su intención de poner sus efectos personales en su taquilla siguiendo un orden exacto. Se veía a sí mismo en el vestuario, sintiendo el impulso de realizar sus rituales de control. Imaginándonos la cerradura defectuosa, conseguimos prevenir la realización de los mismos. No podía encerrar sus objetos de valor. Dijo: "No tengo el control". A raíz de este escenario imaginario, el SUD se incrementó hasta llegar al 8. Sentía un nudo en la garganta. Durante las siguientes estimulaciones con movimientos oculares hicieron falta cuatro sets para exteriorizar sus sentimientos: "Está muy lejos, de algún modo menos importante. Puedo verlo casi con tranquilidad. Ahora, otras cosas son mucho más importantes. Siento vergüenza, miedo a fracasar y el temor de que los demás no me pudieran tomar en serio. Precisamente esto pasa con mis compulsiones. Y aun así tengo miedo, y las compulsiones me ayudan. Muchas veces no digo lo que pienso. Doy la impresión de estar seguro de mí mismo y fuerte, cuando en realidad me siento inseguro". Para reducir el estrés que producía la imagen hasta 0, hicieron falta ocho sets de movimientos oculares. Sin embargo, los dos considerábamos que la sesión no se centraba en la imagen misma. "Mi coraza protectora ha reventado. Puedo mostrarme a mí mismo, mostrar mis sentimientos.

(Gráfico nº 3)

Esto es nuevo. Tengo que reflexionar sobre esto. Pero me siento mejor. Estoy relajado. No obstante, también he notado que mis compulsiones son muy fuertes. Creo que también me ayudarán a soportar situaciones de estrés y presión.... Sin embargo, ahora no sé como afrontarlas". Durante la conversación ulterior me dijo que justamente esta sesión había sido muy valiosa: había revuelto considerablemente sus emociones y aun así era capaz de manejarlas.

El tratamiento con EMDR incluía entre otras cosas una proyección a futuro: Tenía que imaginarse a sí mismo estando en el trabajo, guardando sus efectos personales en el bolsillo del pantalón y realizando su trabajo sin caer en conductas compulsivas de control. También aquí desvió su atención rápidamente a sus pensamientos y la imagen pasó a un segundo plano. Al final de la terapia de 10 semanas había conseguido eliminar aproximadamente el 60 % de sus compulsiones de control (véase gráfico 3), lo cual suponía un gran alivio para él.

Sumario y recomendaciones de tratamiento

En los casos seleccionados, la aplicación del método EMDR durante el transcurso del tratamiento resultó efectiva o beneficiosa.

En el caso de Mario O., se inició el plan de tratamiento con EMDR. Mario O. comentó durante las conversaciones de catamnesis, que estando sometido a EMDR se sentía menos influenciado por el terapeuta que en las exposiciones realizadas posteriormente y que además conseguía identificar mejor sus deseos y metas a un nivel no verbal. Creía que esto tenía un efecto positivo en la confrontación de estímulos (ERP): podía

aceptar deliberadamente el riesgo que le causaba ansiedad y mostrar mucha iniciativa propia.

Con Claudia D. se practicó EMDR después de los ejercicios de exposición. A través de EMDR era capaz de procesar las terribles imágenes obsesivas que no había podido procesar mediante los ejercicios de exposición. Sin embargo, a la paciente -que estaba siendo tratada en régimen hospitalario-, le costaba mucho practicar y realizar un nuevo método de terapia después de haber recibido un tratamiento de confrontación durante 7 semanas.

En el caso de Rainer B. se utilizaron las sesiones ERP y EMDR de forma alternativa. La vivencia de confrontación de estímulos “in vivo” reforzaba el vínculo terapéutico, que según nuestras observaciones es necesario para conseguir experiencias emocionales durante la aplicación de EMDR. A Rainer B. le resultaba muy difícil mostrarse débil y necesitado de ayuda. EMDR le ofrecía una manera efectiva de revelar estos sentimientos y hacerlos perceptibles.

EMDR le resultaba agradable, sobre todo en comparación con los ejercicios de exposición clásicos. A pesar de ello dijo que EMDR tampoco era “una cosa fácil”. Enfrentarse a sus emociones era para él un reto que no se debía subestimar.

Los casos anteriormente expuestos indican que la aplicación directa de EMDR puede ser conveniente para tratar trastornos obsesivos-compulsivos. Durante las sesiones de EMDR, no todos los pacientes experimentaron un cambio tan rápido en sus experiencias imaginarias como suele ser descrito en referencia a los trastornos de estrés postraumáticos (De Jongh et. al, 1995). En muchos casos se hicieron necesarias sesiones incompletas, como las describe Bekkers (1999). Aun así, el esfuerzo que requería el tratamiento no salía de sus límites. Parecía que EMDR reunía los requisitos del axioma frecuentemente expresado “conseguir la mejor ayuda terapéutica mediante la intervención mínima”. Sin embargo, la técnica era más complicada de lo que se creía al principio (Shapiro, 1991). La aplicación de EMDR requiere además de la formación adecuada también experiencia suficiente en lo referente a los trastornos obsesivos-compulsivos.

Nuestras experiencias indican que el tratamiento exclusivo de obsesiones y compulsiones con EMDR no es apropiado en casos graves. Opinamos que ERP “in vivo” será siempre un elemento muy importante de la terapia. Como en el caso de Mario O., EMDR bien puede provocar un proceso central; sin embargo y más tratándose de trastornos obsesivos-compulsivos, nos parece muy importante la implementación a nivel de actuación. En la mayoría de los casos, sólo entonces se produce la reducción de los síntomas.

El objetivo del presente estudio era explorar hasta qué punto se puede utilizar EMDR durante el tratamiento de trastornos obsesivos-compulsivos de forma efectiva y elaborar indicaciones para futuros proyectos de investigación en este área. En los futuros proyectos de investigación habrá que examinar la aplicación de EMDR en el tratamiento de las obsesiones y compulsiones de forma más detallada. En los pacientes con traumas del tipo 1 y 2, EMDR ha sido muy efectiva como técnica terapéutica. Por consiguiente, la pregunta es: ¿Los pacientes con vivencias traumáticas relevantes responden mejor a EMDR? En el caso de Mario O. fue así.

Por tanto, en determinadas circunstancias los traumas podrían considerarse como parte de la funcionalidad o condición previa para la formación de obsesiones y compulsiones. Precisamente en los pacientes que responden insuficientemente o no responden en absoluto a la terapia cognitivo conductual, EMDR -aplicado como módulo

adicional- podría mejorar el resultado ya que hasta el 50 % de estos pacientes sufren traumatizaciones (Cromer et. al, 2007). También interesa el orden de la aplicación de EMDR y ERP. Precisamente el “timing” nos parece muy importante, ya que ayuda a los pacientes a regular y fomentar sus emociones. Convendría realizar estudios con un mayor número de casos. Además de la asignación randomizada, el diseño de los estudios debería incluir grupos de control tratados con “treatment as usual” (TAU: ERP), para hacer visibles los efectos de incremento de EMDR.

Conflicto de intereses

No existe ningún tipo de conflicto de intereses. La entidad “EMDRIA Deutschland” prestó apoyo financiero; sin embargo, este hecho no tuvo repercusión alguna en la publicación o implementación de los tratamientos.

Referencias

.....