



Abordaje EMDR para duelo traumático

EMDR Approach to traumatic grief

Lucio Chávez-Igor¹ 

Recibido: 18-11-2021; Aceptado: 28-06-2022; Publicado: 05-07-2022.

RESUMEN

Objetivo: El presente artículo describe los resultados cualitativos de la aplicación de un protocolo específico de EMDR en un caso de una paciente que cursa un duelo traumático. **Método:** Se revisan aspectos teóricos relacionados en la terapia EMDR, el duelo, los traumas, la fisiología hemisférica cerebral, el crecimiento postraumático, el rol de las intervenciones tempranas ante sintomatología traumática y el Protocolo para Episodios Recientes Traumáticos (R-TEP). Se expone un caso donde se aprecian la aplicación y el resultado positivo de implementar el Protocolo (R-TEP). **Conclusiones:** Se concluye que el Protocolo para Episodios Recientes Traumáticos (R-TEP) fue de ayuda para resolver sintomatología clínica del caso.

Palabras clave: EMDR; estimulación bilateral, duelos; traumas; hemisferios cerebrales; crecimiento postraumático; intervención temprana; protocolo episodio traumático.

ABSTRACT

Objective: This article describes the qualitative results of the application of a specific EMDR protocol in a case of a patient experiencing traumatic grief. **Method:** Theoretical aspects related to EMDR therapy, grief, traumas, cerebral hemispheric physiology, post-traumatic growth, the role of early interventions in the face of traumatic symptoms and the Protocol for Recent Traumatic Episodes (R-TEP) are reviewed. A case is exposed where the application and the positive result of implementing the Protocol (R-TEP) are appreciated. **Conclusion:** It is concluded that the Recent Traumatic Episodes Protocol (R-TEP) was helpful to resolve the clinical symptoms of the case.

Keywords: EMDR; bilateral stimulation, duels; traumas; brain hemispheres; post-traumatic growth; early intervention; traumatic episode protocol.

¹Universidad de Valparaiso, Chile. psluciochavez@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Perder un ser querido es una experiencia que nos acompaña como humanidad desde nuestros orígenes, existiendo muchas maneras de enfrentar este *dolor*. Para algunos la vivencia es más o menos compleja de transitar, pero para todas las personas es relevante a la hora de reelaborar aquellas muertes recientes o antiguas que hemos vivido para poder acomodarnos a una nueva vida.

El término duelo "proviene del latín *dolium* y significaría dolor o aflicción" (García-Pelato, 1993, p. 28). En un sentido amplio se define como la reacción psicológica que se produce ante la pérdida de alguien o algo significativo para nosotros (separación, traslado de residencia, pérdida de un empleo, etc), pero para este artículo, nos referiremos al proceso de duelo ante la muerte de un ser querido como la forma más asumida de pérdida (Meza et al., 2008).

Como tal el duelo, incluso puede pensarse como "un indicador de amor hacia la persona fallecida. No hay amor sin duelo por la pérdida" (Cabodevilla, 2007, p. 165). Por ello, no requeriría de apoyo profesional, pero sí del apoyo de la red social o la comunidad del deudo, pues en ocasiones la pérdida de seres queridos, sumado a una experiencia traumática, desbordan la capacidad de respuesta de una persona, que se siente sobrepasada para hacer frente a las situaciones que se ve obligada a enfrentar. En estos casos, "la persona es incapaz de adaptarse a la nueva circunstancia y puede sentirse vulnerable y desesperanzada del futuro, lo que le impide gobernar con éxito su propia vida" (Echeburúa, 2007, p. 1). Algunos autores (Alberola, V., Adsuara, L. y Reina, N., 2013), incluso han señalado que "se ha visto que las personas en duelo tienen mayor probabilidad de padecer trastornos físicos e incluso aumenta la probabilidad de suicidio" (p. 137).

Un duelo requiere apoyo profesional sólo cuando se complica y muchos son los factores que inciden en que un duelo se pueda volver patológico. Uno de ellos ocurre cuando la muerte de un ser querido se da en circunstancias traumáticas, quedando enlazadas para las personas dos experiencias complejas; un duelo y un trauma.

La sintomatología de cada una es distinta, pero cuando se entrecruzan el sufrimiento de las personas se amplifica, llegando a hacer muy difícil que las personas puedan superar duelo, extendiéndose el sufrimiento en el tiempo, con otras complicaciones que puedan sucederse. Es por ello que, centrándose en ayudar a las personas que viven duelos traumáticos, se ayuda a que las personas puedan volver al curso esperado de su vivencia, a saber, el duelo por el ser querido. En este artículo se revisarán aspectos de la terapia EMDR como abordaje terapéutico para ayudar a superar estas dolorosas experiencias y se profundizará en las ideas centrales del duelo. De igual forma, se revisarán algunas ideas relacionadas con el trauma, la fisiología hemisférica del cerebro en el caso de los traumas. También se desarrollarán algunas ideas respecto al crecimiento postraumático, es decir, la experiencia positiva que se deriva de superar la vivencia traumática; y se describirá la importancia de las intervenciones tempranas ante sintomatologías traumáticas en los pacientes para evitar cronificaciones o duelos complicados. Finalmente, se realizará la descripción del protocolo (R-TEP) para Episodios Recientes Traumáticos que fue utilizado para abordar un caso clínico que se describirá posteriormente.

ASPECTOS TEÓRICOS

EMDR historia y origen. El EMDR, que significa Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares, es una forma de hacer psicoterapia para el tratamiento de problemas emocionales asociadas a vivencias difíciles en la vida de las personas, desde crisis de pánico, fobias e incidentes laborales hasta accidentes y desgracias naturales. También se utiliza para aliviar sentimientos como la angustia o el miedo de hablar en público, mejorar el rendimiento en el trabajo o los deportes, así como en ejecuciones artísticas (Mayordomo, 2016).

Como metodología combina elementos de distintos enfoques teórico-clínicos como el psicoanálisis, cognitivo-conductual, psicodrama, sistémico, y otros.

En 1987 Francine Shapiro descubrió que hacer movimientos oculares voluntarios reducían la intensidad de la angustia de los pensamientos negativos. En 1989 inició una investigación con soldados traumatizados por la guerra de Vietnam y víctimas de abuso sexual con el objeto de evaluar la eficacia de este abordaje; observó que disminuían de modo importante los síntomas del Trastorno por Estrés Post Traumático en los sujetos estudiados.

Los terapeutas que usan EMDR trabajan junto a las personas para identificar un problema puntual que será el centro del tratamiento. Luego es ayudada por el terapeuta para que seleccione los aspectos más esenciales y que más perturban, mientras la persona realiza lo que se conoce como movimientos oculares u estimulación bilateral (EB). El terapeuta va interrumpiendo la EB cada cierto tiempo para asegurarse que el paciente esté procesando adecuadamente el evento problema.

El profesional que usa EMDR facilita el proceso del paciente, tomando decisiones clínicas sobre la orientación que ha de seguir la intervención y que, en palabras de Shapiro, significará "una reducción de los síntomas; un cambio en las creencias y la posibilidad de funcionar mejor en la vida cotidiana" (Mayordomo, 2016, p. 55).

Puede afirmarse que "el abordaje empleado en EMDR se sustenta en tres puntos: las experiencias de vida temprana, las experiencias estresantes del presente y los pensamientos y comportamientos deseados para el futuro" (Mayordomo, 2016, p. 55) y está centrado en el paciente, pues estimulará los mecanismos de sanación del mismo sujeto y en el caso del trabajo con experiencias dolorosas "permite revivir el trauma en un contexto de seguridad" (Lago y Larraz, 2012 p. 53).

Lo anterior considera implantar un sistema de procesamiento de información del cerebro, que toma en cuenta los componentes fisiológicos de las dificultades afectivas, centrándose claramente en las sensaciones físicas, las creencias negativas y los estados emocionales de los síntomas que perturban al paciente (Mayordomo, 2016).

Conocido algo de EMDR, se revisarán algunas nociones relacionadas con los procesos de duelo en las personas.

El duelo. Un duelo es "la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo, o también es la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe" (Meza, García, Torres, Castillo, Sauri y Martínez, 2008, p. 28), y posee componentes diversos (psicológicos, físicos y sociales), con una intensidad y persistencia proporcionales a la dimensión y sentido de la pérdida. En términos generales, se considera un proceso normal en las personas y no requiere de acciones especiales para superarlo (Gómez-Sancho, 2004).

Etapas del duelo. Según algunos autores (Meza et al., 2008), el desarrollo clínico del duelo pasa por fases similares que pueden resumirse en tres grandes momentos:

Primera Etapa. Refiere a un estado de shock que puede ser intenso. Se aprecia alterado el afecto, la sensibilidad está anestesiada, el intelecto paralizado y el aspecto fisiológico muestra irregularidades en el ritmo cardiaco, pueden surgir náuseas y temblores. Esta fase es breve y se presenta desde el anuncio del deceso hasta el final de las ceremonias funerales. Esta primera reacción se comprende como "rechazo e incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestada por un comportamiento tranquilo e insensible o, por el contrario, exaltado. Es un sistema de defensa. La persona que ha sufrido la pérdida activa inconscientemente un bloqueo de sus facultades de información (p. 29).

Etapas Central: Sería el núcleo mismo del duelo y la fase de mayor duración. Se reconoce por el estado depresivo que presentan las personas. Al inicio, el recuerdo de la persona fallecida ocupa casi por completo la mente del deudo, pero a medida que pasa el tiempo, alternan momentos de recuerdo doloroso con la paulatina reorganización de la vida externa e interna de quien sufrió la pérdida.

En esta fase se recuerda constantemente al desaparecido y se añoran los pequeños detalles de la vida cotidiana que se compartían con él/ella. Una depresión se instala rápidamente después de acaecido el fallecimiento y hace que la persona viva replegada sobre sí misma. Nada le interesa ya, el mundo está vacío y sin atractivos (pp 29-30).

Durante esta etapa, a la intensificación de la relación con el fallecido, se suma un sentimiento de mucha soledad (afectiva y social).

Etapa Final: Correspondería al periodo de restablecimiento y se inicia cuando la persona puede mirar hacia el futuro, muestra interés por nuevas cosas y puede volver a sentir y expresar deseos nuevos. Esta fase de readaptación se asocia al "desarrollo de nuevas relaciones sociales. Se separa de los objetos personales del fallecido, guardando solamente los significativos. El estado depresivo se disipa, el dolor y la pena van disminuyendo, la persona experimenta alivio. El final del duelo se manifiesta, esencialmente, por la capacidad de amar de nuevo" (p. 30).

Tipos de Duelos. De acuerdo con varios autores, existen formas esperables y no tan esperables de desarrollarse el duelo en las personas:

Duelo Normal. Este concepto "abarca un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida. La mayoría de los autores e investigadores piensa que el duelo ante la muerte de un ser querido es una reacción humana normal, por extrañas que sean sus manifestaciones" (Meza et al., 2008, p. 29).

La versión más reciente (2014) del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-5-TR) indica que un Duelo (prolongado) puede aparecer cuando alguien cercano a la persona en duelo ha muerto hace al menos 6 meses para niños y adolescentes, o 12 meses en el caso de los adultos. Se caracteriza por la pena intensa y persistente, además de reacciones de luto.

Sobre la duración de un duelo, Meza et al. (2008) señalan que no hay una respuesta a la pregunta de cuándo ha finalizado un duelo. "Más bien, debe considerarse imprescindible haber completado las etapas; un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar sin dolor en el fallecido, cuando la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos" (Meza et al., 2008, p.29).

Duelo complicado. No hay acuerdo en la definición y terminología asociada al duelo complicado (Maciejewski, Maercker, Boelen y Prigerson, 2016); sin embargo, podemos entenderlo básicamente como un *duelo anormal*, es decir, estadísticamente poco frecuente.

Se le han dado diferentes nombres (patológico, no resuelto, crónico, retrasado o exagerado, prolongado) y consistiría en "la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Esto implica procesos que llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación" (Meza et al., 2008, p. 30).

Ahora bien, puede considerarse que existe un riesgo de duelo complicado cuando el sufrimiento se extiende significativamente en el tiempo, cuando su intensidad no coincide con la manera de ser previa de la persona en duelo, cuando le va impidiendo vincularse afectivamente con otras personas o interesarse por ellas y cuando la persona se ve interferida en su vida cotidiana, sin más ocupación que el recuerdo del fallecido (Meza et al., 2008).

Preduelo. Se le llama también "duelo anticipado, anticipatorio o preparatorio" (Sánchez, 2012, p. 45). Se le considera "un duelo completo en sí mismo que no comienza en el momento de la muerte, sino tiempo antes" (Meza et al., 2008, p. 30), mientras el ser querido sigue vivo. Suele ser el caso de personas con enfermedades terminales en situación de final de la vida (Sánchez, 2012).

Por este motivo, "cuando se emite un pronóstico de incurabilidad, aparece tristeza, pero también una adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación que se acaba de crear. A partir

de ese momento surge este duelo, que ofrece a las personas involucradas la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse para la despedida" (Meza et al., 2008, p. 30).

Duelo inhibido. El dolor aparece pasado un tiempo después de fallecido el ser querido (Worden 1997). En esta forma de pérdida "se niega la expresión del duelo porque la persona no afronta la realidad de la pérdida. Puede prevalecer una falsa euforia, que sugiere la tendencia patológica de la aflicción" (Meza et al., 2008, p. 30).

Duelo crónico. Este tipo "es el que tiene una duración excesiva, nunca llega a una conclusión satisfactoria y puede llegar a ocupar toda una vida" (Meza et al., 2008, p. 30). Cobo-Medina (2001) señala que este duelo ocurre en personas que quedarían estructuradas en su ser por la pérdida del ser querido, pasando el duelo a ser parte constitutiva de su existencia cotidiana.

Duelo traumático. El duelo más relevante para este artículo, ocurre cuando las circunstancias de la muerte son repentinas o inesperadas (Cabodevilla, 2003). Según Acinas (2012), un duelo puede ser considerado traumático si éste ha ocurrido debido a "múltiples circunstancias: asesinatos, homicidios, ajustes de cuentas, accidentes de tráfico o laborales, y en cualquier otra circunstancia en la que haya violencia o intención de matar a las personas" (p.12)

Las muertes inesperadas son más difíciles de elaborar y aumentan la posibilidad de un duelo complicado (Worden, 2002, como se cita en Acinas, 2012), puesto que las personas en duelo:

Desarrollan sensaciones de irrealidad o incredulidad.

Expresan sentimientos de culpa y pensamientos del tipo: si no le hubiese dejado salir, si no hubiese viajado tan lejos.

Les surge la necesidad de saber qué es lo que sucedió y, a veces, suelen necesitar culpar a alguien.

Comienzan a elaborar el duelo de forma retrasada, puesto que, por ejemplo, una autopsia retrasa el funeral.

Enfrentan asuntos no resueltos que les generan remordimientos, entre otras manifestaciones.

Desde el modelo EMDR, en estos duelos complicados los elementos individuales provocan tanto sufrimiento que las personas muestran una alta sensibilidad cada vez que aparece un fragmento del recuerdo en su mente, no lográndose la integración de la experiencia vivida. De esta forma "los fragmentos activados pueden competir por la atención en la mente, haciendo que esta vaya de atrás para adelante entre dos o más aspectos de la muerte. Esta falta de foco impide el procesamiento de los fragmentos individuales, como cuando el procesamiento de la pérdida en sí misma se desvía por el recuerdo de los detalles de cómo la persona murió" (Molero, Milagros y Pérez-Marín, Marián, 2009, p. 4)

Como señala Mayordomo (2016), EMDR es un abordaje útil para trabajar con procesos de duelos. Por medio del reprocesamiento de memorias negativas vinculadas con la pérdida y los disparadores presentes del sufrimiento, se pueden recuperar las memorias positivas y centrarse en el vínculo amoroso hacia la persona fallecida.

Finalmente, es importante aclarar que el EMDR "no acorta el proceso de duelo, que va a seguir su curso normal, sino que ayuda a la persona a superar los obstáculos y facilita su evolución y la resolución eficaz del mismo" (Mayordomo, 2016, p. 56). Ahora bien, otro concepto a revisar será la especialidad conceptual del enfoque EMDR, los traumas psicológicos.

El trauma. Un trauma se puede definir como "cualquier evento que deja una impresión negativa en nuestra conciencia" (Shapiro y Silk, 2008, p. 19). Puede ser causado por múltiples situaciones (Shapiro y Forrest, 2008); por ejemplo, grandes catástrofes naturales o aquellos provocados por el ser humano. Estos autores hacen una distinción entre dos tipos de traumas:

Los Traumas con *T*, es decir, los que, por lo impactante de sus causas, generan un gran choque emocional. Acá se cuentan las guerras, los accidentes, tragedias naturales, los abusos sexuales, los homicidios y violaciones, etc. Este tipo de traumas se asocia a lo que conocemos como Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Los Traumas con *t*, es decir, los que se relacionan con sucesos, aparentemente, de importancia menor, pero que reiterados en el tiempo pueden dañar nuestra seguridad, autoestima y nuestras estrategias de afrontamiento. Son más comunes, pero por ello más difíciles de identificar. Están asociados a las relaciones con otros. Como son pequeños y repetitivos, son *acumulativos*. En este tipo encontramos la desprotección, la humillación, los conflictos en la familia, las burlas de compañeros, una broma de mal gusto, el acoso laboral, etc.

Hoy ya se sabe que lo que origina un trauma no es el hecho en sí mismo, sino lo que recordamos de ese hecho. La mente queda perturbada en forma de recuerdos invasivos, pesadillas o flashbacks y las personas continúan comportándose como si la situación traumática ocurriera en el presente, es decir, una parte de ellos queda congelado en el tiempo reviviendo el suceso traumático. Esta situación afecta a las personas en la seguridad de sí mismos, su capacidad de tomar decisiones y, muchas veces, influye en su sensación de control y deliberación. Por esto, los síntomas traumáticos que presenta una persona en el presente son *el resultado de la actualización de recuerdos que han sido almacenados y procesados de manera desadaptativa* (Shapiro y Forrest, 2008).

Efectivamente, en los Traumas *T* se ven afectadas dos funciones importantes, a saber, la supervivencia y la memorización de las informaciones, es decir, no logra clasificar y ordenar esa información en la memoria profunda. Ahora bien, independiente de si el trauma es con *t* o con *T*, dejará huellas en la mente que podrán ser muy tremendas para la persona, generando, a su vez, alteraciones en el cerebro (Mayordomo, 2016). Por ejemplo, Gilberton (2002) señaló que ante eventos traumáticos, por la excesiva secreción de cortisol, el volumen del hipocampo disminuye entre 8-10% y se producen alteraciones en la amígdala, haciendo que la capacidad de recordar disminuya hasta en un 40 % (Van Der Kolk, 1994).

Trauma y hemisferios cerebrales. Los hemisferios cerebrales “tienen diferentes funciones, diferentes ópticas sobre una situación y recursos específicos (Solvey et al., 2009, p. 59).

El hemisferio izquierdo “puede describirse como analítico, lineal y secuencial, eficiente para procesar información verbal y para codificar y decodificar el habla” (Gómez et al., 2012. p. 10), es decir, analiza detalles, se concentra en las palabras y los guarismos, facilita la capacidad matemática, la lectura y escritura; mientras que el hemisferio derecho “combina las partes para crear un todo, es sintético, relaciona las partes separadas, procesa en paralelo”, es decir, procesa la información desde la parte al todo y de lo general a lo específico, es más intuitivo, piensa en sentimientos, recuerdos e imágenes (Gómez et al., 2012. p. 10).

Así, tenemos dos formas de percibir y registrar lo que nos sucede en la vida, paralelas y distintas, pero según sea el registro al que accedamos, será el modo en que vamos a percibir el mundo y, con ello, nuestra vida (Solvey & Solvey, 2006).

Estos últimos autores señalan que cuando atravesamos una situación estresante; cada hemisferio cerebral enfrenta situaciones disfuncionales o experimenta cambios significativos. El izquierdo hace esfuerzos por descifrar la situación sin obtener resultados, mostrándose automático, tenso e insensible; mientras el derecho pierde la habilidad de razonar adecuadamente, actúa sin pensar y muestra dificultades de expresión por la alta carga emocional que se experimenta. (Solvey & Solvey, 2006).

En un experimento con personas que presentaban estrés postraumático, varios volvieron a escuchar su historia traumática en forma de un guión. Se observó a través de tomografía por emisión de *positrones* (TEP) una inhibición de la zona de la corteza cerebral del hemisferio izquierdo, debido a la menor utilización de oxígeno en el área de Broca y una mayor activación del hemisferio derecho (Teicher, 1997).

De igual forma, el Dr. Van der Kolk y col. en 1996, afirmaron que cuando una persona piensa en una situación muy perturbadora, de inmediato se activa el hemisferio derecho, percibiéndose el hecho de una forma más negativa que si lo hicieran con el hemisferio izquierdo, el cual queda sin actividad. De esta manera, los eventos se almacenarían como un cúmulo de sensaciones y emociones, no procesados ni contextualizados en el espacio y tiempo.

Algunos autores utilizan los conceptos de *novedad y rutina cognitiva* para explicar la diferencia hemisférica (Goldberg y Costa, 1981). Según ellos, no existe una dominancia de un hemisferio sobre otro, sino complementariedad entre ambos. Así, el hemisferio derecho está más especializado en procesar información novedosa; mientras que el izquierdo procesa información más rutinaria. Esta acomodación de nuestro cerebro podría ser evolutivamente adaptativa dado que, al tener un cierto grado de desconfianza ante lo novedoso, nos brindaría protección y sería propiedad del hemisferio derecho, mientras que cuando algo es reconocido como no peligroso, uno se familiariza con ello, siendo esto una característica más propia del hemisferio izquierdo. Como señala Oliver Sacks, existe una circulación permanente de información y comprensión del mundo que va desde el hemisferio derecho al izquierdo que permite que se vaya buscando que lo nuevo se vaya volviendo familiar para nosotros (Goldberg, 2019).

Según lo anterior, una fobia o un trauma no se tornan familiares, pues siempre las percibirá como situaciones nuevas o desconocidas; es decir, serán más procesadas por el hemisferio derecho, haciendo improbable una percepción distinta de esa realidad con el consabido sufrimiento que implica revivir escenas dolorosas con esa mezcla de novedad y peligro, ante lo supuestamente desconocido.

De esta forma, la patología del trauma aparece cuando la comunicación entre hemisferios cerebrales queda bloqueada de modo parcial o total ante el evento traumático. Las personas quedan en shock o no pueden creer lo que viven. En ese instante los hemisferios no pueden comunicarse entre sí, impidiendo a la persona adaptarse a la situación que vive (Solvey & Solvey, 2006).

Todas estas ideas apoyan la hipótesis de que activando alternadamente ambos hemisferios cerebrales se puede integrar la información emocional de una forma más adaptativa, lo que brindará a la persona una visión de los hechos traumáticos distinta, y en la mayoría de los casos, más positiva y sana, permitiendo la recuperación y consolidación de nuevas memorias autobiográficas (Propper et al., 2007).

Finalmente, decir con Sejías (2013) que "los componentes de exposición voluntaria ante el episodio traumático, facilitada por los movimientos bilaterales que reducen el impacto emocional de la exposición, la desensibilización resultado de esta exposición prolongada, la toma de conciencia corporal, la reinterpretación e integración del evento traumático; y los cambios que se producen a nivel cerebral pueden estar detrás de la efectividad de esta técnica" (p. 518).

Revisados estos aspectos de la dinámica psicológica del trauma, sus correlatos hemisféricos cerebrales y la propuesta de EMDR, es posible indicar la importancia de las intervenciones precoces ante situaciones traumáticas que viven las personas.

Intervención temprana. De acuerdo con el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica y las directrices clínicas para el tratamiento de Trastornos por Estrés Postraumático (TEPT), la probabilidad de desarrollar TEPT tras un suceso traumático está entre el 8% al 13% para hombres y entre 20% y 30% para mujeres. Muchos se recuperan sin tratamiento en el plazo de meses/años después del evento, del 45% al 80%, mostrando remisión natural a los 9 meses. No obstante, el 33% permanecerá con sintomatología por 3 años o más, con un incremento de riesgo de problemas asociados (NICE, 2005). La "recuperación natural tras los desastres puede también ser dolorosamente prolongados, durando al menos 18 meses" (Norris et al., 2002, como se cita en Shapiro & Laub, 2014, p. 3).

Existen algunos estudios no aleatorios sobre intervenciones tempranas. Uno señala que dos meses y medio tras el huracán Andrew, a las víctimas se les dio una sesión de EMDR. A pesar de

las limitaciones de este estudio en una situación de desastre, los resultados fueron prometedores, mostrando mejoras significativas en el grupo EMDR comparado con un grupo control y las personas que estaban en lista de espera (Grainger et al., 1997).

Otro estudio sobre el uso de EMDR como intervención temprana se llevó a cabo después del ataque terrorista del 11 de Septiembre en Nueva York el 2001, pero por las dificultades de investigación en situaciones de desastre, los investigadores tuvieron que usar una lista de espera como grupo control para estudiar comparativamente los niveles de sintomatología tras el tratamiento del grupo temprano o que recibió atención antes (2–10 semanas tras el trauma), así como los del grupo tardío o que recibió atención tiempo después (30–48 semanas después) (Colelli & Patterson, this issue; Silver, Rogers, Knipe, & Colelli, 2005, como se cita en Shapiro & Laub, 2014). El tratamiento consistió en una media entre 4 a 5 sesiones de EMDR. Los resultados de esta intervención evidenciaron aumentos positivos y significativos en los resultados de las medidas en ambos grupos de tratamiento. En este punto, es importante enfatizar que los que buscaron tratamientos en fechas más tardías presentaban niveles más altos de distrés que aquellos que fueron tratados en las primeras 5 semanas.

Lo anterior lleva a afirmar a algunos autores que “EMDR es una intervención de tratamiento provechosa tanto en las secuelas inmediatas de un desastre como en las secuelas más tardías” (Silver et al., 2005, como se cita en Shapiro & Laub, 2014: p. 11). Por estas razones

“a pesar de saber que una mayoría de las personas expuestas a traumas se recuperará, todavía hay un gran número de ellas que se verá deteriorada con síntomas clínicamente significativos y muchos más con síntomas subclínicos. Estas conclusiones apoyan la noción de la intervención temprana. Si hay una posibilidad de (...) aliviar el sufrimiento excesivo, por medio de un procedimiento relativamente simple como la intervención temprana con EMDR, merece la pena explorarlo” (Shapiro & Laub, 2014, p.3).

Revisada la importancia de la prevención de patologías post traumáticas, se revisará un concepto importante para el trabajo clínico con personas que han vivido situaciones traumáticas.

Crecimiento postraumático. Un aspecto poco difundido en el trabajo con personas que experimentan situaciones traumáticas es la experiencia posterior al trabajo reparatorio del trauma. Los sucesos traumáticos pueden cambiar las creencias de las personas sobre sí mismas, los demás y el mundo Tedeschi y Calhoun (1995, como se cita en Simpson, 2020) sostienen que no todas las víctimas de sucesos traumáticos desarrollan consecuencias psicológicas negativas; estos autores afirman que hay cambios psicológicos positivos en la autopercepción, las relaciones interpersonales y la perspectiva de la vida informada por personas después de experimentar eventos traumáticos, lo que denominan *Crecimiento Postraumático* (CPT).

Este término hace referencia a una percepción de los cambios positivos consecuencia del esfuerzo personal tras una crisis vital o suceso traumático (Tedeschi y Calhoun, 1995, como se cita en Simpson 2020). “Este cambio supone una transformación personal en la forma de responder a las demandas vitales que integra un bienestar no apreciado antes de ocurrir el suceso traumático y que se encuentra estrechamente relacionado con la forma de afrontar el estrés” (Calhoun y Tedeschi, 2006, como se cita en Morales et al., 2019, p. 97).

Según estos autores el CPT depende de varias variables, entre ellas las características individuales (variables sociodemográficas, personalidad y autoeficacia, por ejemplo), los recursos del ambiente (redes de apoyo familiar y social), y los desafíos cognitivos y emocionales producidos por el evento traumático (Tedeschi y Calhoun, 2004).

Finalmente, agregan que el CPT no se produce al experimentar estrés, sino al volver a cuestionar el mundo que se ve sacudido por el trauma, puesto que el trauma en sí mismo no es la razón del crecimiento, sino el esfuerzo de la persona para reinterpretar la vida y cambiar las creencias y visiones existentes (Tedeschi y Calhoun, 2004).

Concluido esta revisión teórica, se describirá un protocolo de EMDR para Eventos traumáticos recientes que fue utilizado para el caso clínico.

Protocolo episodio reciente traumático (r-tep). Este protocolo es una adaptación del Protocolo Estándar de EMDR específico para eventos traumáticos recientes y opera como procedimiento de intervención temprana. Se puede usar desde los 2 días tras el evento traumático hasta los 3 meses de ocurrido el evento (Shapiro & Laub, 2014).

El trabajo con este protocolo supone que la "memoria de un trauma reciente difiere de aquella de un trauma más distante, el cual tiende a estar más fragmentado, desorganizado, y menos integrado en una narrativa o secuencia de eventos" (Shapiro & Laub, 2014, p. 4). En efecto, no siempre esta adecuadamente representado por una imagen única del suceso vivido (Shapiro, 2001), mostrando "habitualmente una falta de diferenciación entre el pasado y el presente en algún nivel" (Shapiro & Laub, 2014, p. 15).

Cuando hay un incidente reciente, se narra fragmentada y desordenadamente y, se espera que ya cuando han pasado alrededor de 3 meses, se narre el evento como una unidad. Justamente, los Eventos Traumáticos Recientes, a menudo no han tenido el tiempo para consolidarse en la memoria. Por ello, es necesario fijar objetivos de cada aspecto del evento traumático (T) por separado. Así, "cada aspecto del evento necesita ser evaluado por su propia imagen, cognición negativa, cognición positiva, VoC, emociones, SUDs y sensaciones corporales" (Shapiro & Laub, 2014, p. 7).

El protocolo incluye también Fase 1 y sus criterios de inclusión, si el paciente está en condiciones, se inicia el trabajo, el cual comienza con narrar y/u ordenar cronológicamente el evento para el paciente y el terapeuta; si faltara información se puede ayudar con un externo que aporte detalles. Se debe preguntar por lo que pasó antes que también puede ser perturbador o disparador como, por ejemplo, aceptar un trago más antes de irse y sufrir, después un asalto.

El orden que se realice serán los *blancos* del pasado, luego se harán los *disparadores* del presente y su *patrón a futuro*. Así, cada fragmento se trabaja con su ICES y puede suceder que no sea necesario trabajar todos.

Luego de fragmentar y ordenar el relato, se define el peor o el primero y luego en orden cronológico. A cada fragmento se aplica fase 3-4 y 5, pero no se realiza fase 6 con el objeto de disminuir probabilidad de reconexión emocional. Luego de chequear que todo ha sido procesado. Se le pide cerrar ojos y que pase el evento como *película*. Si algo perturba, se debe procesar ese momento. Después se retoma y se pasa la película sin perturbación. El protocolo también incluye una Fase de Instalación extendida para todo el evento reprocesado, donde no se esperan grandes respuestas y se instala la CP planteada (con los ojos abiertos), mientras pasa la película y se hace EB.

Luego se hará un chequeo adicional (con ojos cerrados) de la película y que el VoC siga siendo 7 en todos los fragmentos. Si no hubiera 7 en alguna, se procesa esa parte hasta que llegue la CP a 7. Luego de eso, recién se hace Fase 6 del evento pasado. Tras trabajar los fragmentos pasados, se revisan los disparadores del presente que haya y se creará su patrón a futuro. Revisado el Protocolo de EMDR para eventos traumáticos recientes, a continuación se revisa el caso clínico donde fue aplicado.

CASO CLÍNICO

Melisa es una mujer que fue atendida en una primera sesión por una psicóloga que pesquisa un proceso de duelo por la muerte de su pareja (Luis), pero decide derivarla porque observa síntomas de TEPT en el proceso de duelo. A la semana siguiente, asiste Melisa, tiene 57 años, es profesional de la estética y cosmetología integral y vive con sus dos hijos (15 y 24 años) de un matrimonio anterior. Su pareja tenía 2 hijas adultas de su propio matrimonio previo.

Refiere que tuvieron una relación de 13 años. Durante ese tiempo Luis sufrió 2 infartos y recientemente había sido operado del corazón. Ambos trabajaban fuera de casa. La hija menor de Melisa estudia su enseñanza media y el hijo mayor recién se había titulado de antropólogo. Un mes antes de consultar, Luis sufre un nuevo infarto en el patio de su casa, falleciendo en la ambulancia que lo trasladaba al hospital.

Sintomatología. Melisa refiere manifestar mucha angustia y ansiedad matinal, además de tristeza profunda durante el día, insomnio de conciliación y reiterados flashbacks relacionados con el momento en que sufre el infarto, además de sentimientos de culpa y labilidad emocional. Esta sintomatología se inicia y se agudiza durante las mañanas, entre las 9:35 y las 11:35, período en que habrían ocurrido los últimos momentos de Luis. Melisa enfatiza que a las 11:38 horas siente un agudo dolor en el estómago todos los días. Los síntomas disminuyen con el pasar del día.

Evaluación clínica. Durante la evaluación clínica se implementa Fase 1 del Protocolo Estándar de EMDR y se van descartando trastornos disociativos, ganancias secundarias, severidad del cuadro, ausencia de consumo de drogas, intentos suicidas, comportamientos agresivos y autoagresivos. Y se va observando una red de apoyo familiar y social suficiente, habilidades de estabilización previas y capacidad de pedir ayuda, un duelo anterior resuelto (el padre de la paciente que muere de cáncer gástrico), una operación a la pierna de hace un año que no le restó autonomía, además de una adecuada disponibilidad de tiempo para este trabajo terapéutico. Destacan en Melisa creencias espirituales positivas. Para ella *vinimos a la vida para aprender y los males solo son enseñanzas*. Refiere que es creyente de Dios y cuando falleció Luis pensó: *con tu muerte, elevas mi alma para enfrentar mis miedos*. En suma, se observa principalmente un Episodio Traumático Reciente en contexto de duelo.

Motivación y objetivos terapéuticos. Para Melisa la principal motivación a consultar es borrar las imágenes de la agonía de Luis, continuar avanzando en mi duelo sin culpa por las cosas que no hice y, quizás, pude haber hecho, porque una parte de mí quiere seguir viviendo. Por lo anterior, el objetivo central es disminuir la perturbación emocional que experimenta al evocar las imágenes de la muerte de Luis durante el día.

Relato e Intervención. Si bien se inicia la evaluación de la paciente de acuerdo con el Protocolo Estándar de EMDR, el saber que estaba experimentando hace varias semanas sintomatología traumática, se decide modificar las acciones para dar uso del Protocolo R-TEP. En efecto, luego realizar Fase 1 con Melisa, se aplicó Fase 2 (Lugar Seguro) para ofrecer una herramienta inicial que ayuda a estabilizar más a la paciente durante sus momentos difíciles.

Luego de Fase 2, como se señala el Protocolo R-TEP, se procedió al ordenamiento de los fragmentos de recuerdo relativos al suceso traumático vivido por la paciente. Melisa refiere que antes de ocurrir el episodio traumático, ambos se encontraban solos en casa. Los hijos estaban en sus respectivos lugares de estudio y trabajo. Iba a acompañarlo a un control médico previo a una posible nueva operación de Luis. Describe que ella salió a abrir el portón del auto, mientras Luis se dirigió al vehículo y en ese momento, de reojo, lo observa caer al suelo. A partir de acá se evaluó y reprocesó el Episodio Narrativo, es decir, la película del episodio desde que ocurrió hasta ese día.

Luego se buscó revisar/realizar con la paciente el ordenamiento secuencial de los sucesos ocurridos que para Melisa fueron altamente perturbadores. En esta parte se le dio la instrucción: *Ahora, sin hablar esta vez, recorre el episodio completo para examinar, como cuando se hace una 'Búsqueda Google' en el computador, cualquier perturbación excesiva, sin un orden particular. Presta atención a lo que surge cuando buscas en todo el episodio desde el evento original hasta el día de hoy y para donde haya algo que todavía esté perturbando, y lo usaremos como blanco para EMDR*" (Shapiro & Laub, 2014, p.15).

Del trabajo anterior, aparecieron 3 *blancos* a trabajar, correspondientes a los 3 fragmentos más perturbadores de la situación vivida, junto con los disparadores actuales de la experiencia traumática. Como señalan Shapiro & Laub (2014) la secuencia de experiencias que se ha desplegado desde el evento original se considera parte del continuo *episodio traumático* que se extiende hasta el tiempo presente.

Fragmento 1. El desplome de Luis al suelo y el comienzo de sus convulsiones.

Fragmento 2. El momento en que Luis trata de tomar más aire.

Fragmento 3. Cuando se miran y Luis pierde el conocimiento.

Disparadores presentes:
Abrir las cortinas en las mañanas.
El lugar del patio donde se desplomó Luis.
La hora de las 11:38.

Respecto del *primer fragmento*, se realiza Fase 3 donde se pueden mencionar del ICES que la I fueron las *convulsiones*, CP fue *soy querible* y el VoC inicial fue de 5, la Emoción fue *pena*, el SUDs fue 7 y C, en el *pecho*. Respecto a Fase 4-5 de este blanco se puede señalar que Melisa mostró un rápido reprocesamiento y entre sus expresiones más llamativas están las afirmaciones *tenía que suceder así* y *Luis me cuidó hasta el último momento*, sacando como aprendizaje de la sesión el *valorarme más como persona*.

A la sesión siguiente, Fase 8 fue SUDs 0 y reafirma la paciente: *fui querible todos los días que estuvimos juntos*.

Respecto del *segundo fragmento* se puede mencionar que en Fase 3, en el ICES, I fue *cuando trata de tocarme*, su CN fue *soy ignorante*, su CP fue *hice todo lo posible*; su VoC inicial de 6; su E fue *desesperación*, el SUDs de 7 y C fue en la *garganta*.

De Fase 4-5 de este blanco se puede señalar que Melisa también evidenció un fluido reprocesamiento del recuerdo traumático, destacándose un momento de Fase 4 en que señala *¿le puedo decir algo? (...) Luis está sentado acá a mi lado mientras estoy haciendo este trabajo*. Para Melisa el aprendizaje de la sesión fue que *mi parte racional ahora comprende que entendió todo lo que ocurrió en ese momento, pero otra parte me tenía paralizada*.

En Fase 8, la paciente va refiriendo que siente menos ansiedad matinal. Que ahora, a las 11:38 solo suspira, que el SUDs es 0 y tiene mucha más claridad de todo lo que sucedió ese día.

Respecto del *tercer y último fragmento*, en Fase 3 se puede mencionar del ICES que I fue *cuando me mira y mueve negativamente la cabeza*, su CN fue *soy tonta*, su CP fue *me puedo entregar*, con un VoC inicial de 4, su E fue la *angustia*, el SUDs fue 8 y C fue nuevamente el *pecho*.

De Fase 4-5 de este blanco se puede señalar que Melisa también evidenció un fluido reprocesamiento del recuerdo traumático, destacándose un momento de Fase 4 en que señala que *de nuevo está aquí sentado a mi lado* y que *se ha cerrado el ciclo*. El aprendizaje de la sesión fue que *soy como decían que era, muy leal* y agrega, que *ahora me doy cuenta de que a las 11:38 fue la hora en que se confirmó su muerte, entonces él siempre me estuvo acompañando mientras yo vivía todo esto, y hasta hoy día me sigue acompañando acá y por donde vaya*.

Finalmente, la película completa del evento (incluyendo los 3 fragmentos reprocesados) logró ser revisado por Melisa sin presentar perturbación alguna durante la visualización y también en el Chequeo corporal. En Fase 8, en la quinta sesión, la paciente refirió que siente menos ansiedad en la mañana, menor evitación del patio y el horario en que sucedieron los hechos. Que ingresó a un coro religioso para conectar más con lo sagrado y que sigue sintiendo a Luis muy cerca cuando son las 11:38.

Evaluación y Cierre. Melisa refiere en esa quinta sesión que todos los disparadores actuales han disminuido significativamente su perturbación a medida que se fueron trabajando cada uno de los fragmentos. Por esto se decide no reprocesarlos. Señala que en el disparador de la hora de las 11:38, ahora ya no siento ese dolor en el estómago, sino que siento su presencia muy intensa conmigo a esa hora.

Comenta, especialmente, que se ha dado cuenta que el día de su muerte se cumplieron exactamente 13 años de relación de pareja, desde que se conocieron en la casa de un familiar donde él fue a hacer un trabajo, un 28 de mayo a las 9:30 hrs hasta el día 28 de mayo en que se inició su agonía en el patio de la casa a las 9:30 hrs. Dice que ahora cree que Luis falleció así para que pudiera pasar sus últimos momentos de conciencia con él.

Con una sonrisa Melisa refiere que este trabajo me ha hecho crecer como persona, me ha mostrado ahora todo de lo que soy capaz de hacer por mí misma y que ahora me siento tal como me describían como persona y parece que yo había olvidado (...) ahora quiero recuperarme y recuperar mi esencia.

Al seguimiento telefónico tras 4 meses de realizado el tratamiento, Melisa refiere sentirse mucho mejor de las sensaciones desagradables que experimentaba, *me siento más estable*. Relata que ahora ya no está triste durante el día y que lo recuerda con emoción en cada celebración familiar o social *en que ya no está él* (graduaciones, aniversarios, cumpleaños, etc) en que participa, lo que ocurre cada 2 o 3 semanas. También refiere que renunció a su trabajo de 12 años por no sentirse valorada y que ahora se dedica a las atenciones domiciliarias. Se proyecta en futuro adquiriendo un vehículo para desplazarse mejor con sus utensilios de trabajo.

CONCLUSIONES

Es posible decir que un duelo puede verse afectado significativamente en su curso normal cuando existen factores tan desequilibrantes como una experiencia traumática, dado que agrega mayor sufrimiento a quién ha perdido un ser querido.

Cuando se combina duelo y trauma si no se interviene a tiempo, es decir, en los primeros momentos en que se empiezan a desarrollar los síntomas postraumáticos, la situación puede convertirse en crónica y toma mayor tiempo la recuperación.

En este sentido, también es posible señalar que fue adecuado realizar el abordaje el caso presentado más arriba mediante el protocolo para Episodio Recientes Traumáticos (R-TEP) de EMDR, dado los resultados cualitativos obtenidos en los reportes verbales del caso donde se indica una disminución importante del nivel de perturbación experimentado al momento de consultar versus, la quinta sesión. De igual forma es alentador conocer la referencia en el caso a un proceso de crecimiento postraumático de la persona tratada.

REFERENCIAS

- Alberola, V., Adsuara, L. y Reina, N. (2013). Duelo en oncología. Intervención individual en duelo. Sociedad española de oncología médica.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Rev Dig Med Psicosomát*, 2, 1-17.
- Cabodevilla I (2003). Las reacciones de duelo, en Die, M. *Psicooncología*, Ades ediciones, Madrid, 647-657.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 163-176. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&tlng=es.
- Calhoun L.G. & Tedeschi R.G. The Foundations of Posttraumatic Growth: an expanded framework. En: Calhoun L.G. & Tedeschi R.G. (editors) (2006). *Handbook of Posttraumatic Growth*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associate Publishers; p. 3-23.
- Calhoun L. & Tedeschi R. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15, pp. 93-102

- Cobo-Medina, C. (2001). *Ars Moriendi. Vivir hasta el final*. Madrid: Díaz de Santos, García-Pelayo GR1993. Pequeño Larousse en color. México: Ediciones Larousse.
- Echeburúa, E. (2007). A tres años del 11-M: criterios de actuación en el tratamiento psicológico de las víctimas de terrorismo. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Número 32. Marzo.
- Gómez, D., Oviedo, R., Gómez, A., López, H. (2012). "Estilos De Aprendizaje En Los Estudiantes Universitarios Con Base En El Modelo De Hemisferios Cerebrales, Tlatemoani, Servicios Académicos Intercontinentales SL, número 11, Diciembre.
- Gilberton, M. W. et al. (2002). Smallest hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature Neuroscience*, 5, 1242-1247
- Goldberg, E. y Costa L. (1981). Hemisphere differences in the acquisition and use of descriptive systems, *Brain Lang*, vol. 14, no. 1, pp. 144-73.
- Goldberg, E. (2019). *EL Cerebro Ejecutivo. Lóbulos frontales y mente civilizada*. Editorial Crítica. Barcelona.
- Grainger, R. D., Levin, C., Allen-Byrd, L., Doctor, R. M., & Lee, H. (1997). An empirical evaluation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with survivors of a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (4), 665-671.
- Jeffries FW, D. (2012). What is the Role of Eye Movements in Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)? A Review. *Behav Cogn Psychother*; 29; 1-11.
- Lago, E. y Larraz, G. (2012) EMDR: Revisión de la técnica y aplicación a un caso clínico. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. Nº 104.
- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: An analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*, 15, 266-275. <https://doi.org/10.1002/wps.20348>
- Mayordomo, M. (2016). Superación del duelo con EMDR A propósito de un caso. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Volumen VI
- Meza, D.E., García, S., Torres, G.A. Castillo, L., Sauri, S. & Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13 (1), 28-31.
- Molero, M. y Pérez-Marín, M. (2009) El duelo, la familia, el trauma y el EMDR: Análisis de un caso clínico.
- Instituto Nacional para la Excelencia Clínica. (2005). Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) Gestión del TEPT en niños y adultos en atención primaria y secundaria Guía Clínica 26 Marzo. Centro Nacional Colaborador en Salud Mental.
- Morales, L., Gil, P., Gómez, R., Guil, R. (2019) Estrategias de afrontamiento y crecimiento postraumático en mujeres con y sin cáncer de mama. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 4, 1, pp. 95-106, 2019. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/3498/349861666010/html/>
- Nicosia, G. (1999) A Mechanism for Dissociation Suggested by the Qualitative Analysis of Electroencephalography. Paper presented at the International EMDR Annual Conference, Sunny - vale, CA, USA.

- Norris, F., Friedman, M., Watson, P., Byrne, C., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981– 2001. *Psychiatry*, 65, 207–239.
- Propper R, Pierce J, Geisler M, Christman S, Bellorado N (2007). Effect of Bilateral Eye Movements on Frontal Interhemispheric Gamma EEG Coherence Implications for EMDR Therapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, (9), 785-788
- Rauch S, van der Kolk B, Fisler R, Alpert N, Orr SP, Savage C, Fischman A, Jenike M, Pitman R. (1996) A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Arch Gen Psychiatry*. May;53(5):380-7. doi: 10.1001/archpsyc.1996.01830050014003. PMID: 8624181.
- Roques, J. (2009). *Curar con el EMDR: Teoría y Práctica*. Editorial Kairós.
- Sánchez, J.M. (2012). *Intervención psicológica y realidad virtual aplicada a los procesos de duelo patológico*. Trabajo de grado. Programa de doctorado en psicología clínica y de la salud. Universidad de Salamanca.
- Seijas, R. (2013). Trastorno por estrés postraumático y cerebro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 511-523. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000300004>
- Shapiro, F., Forrest, M. (2008). *EMDR. Una terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés y los traumas*. Bs. As.: Ed. Kairos
- Shapiro E., & B. Laub (2014). The Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP): An Integrative Protocol for Early EMDR Intervention (EEI). In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters* (pp. 193-215). New York, NY: Springer Publishing.
- Silver, S., Rogers, S., Knipe, J., & Colelli, G. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: A community-based intervention project in New York City. *International Journal of Stress Management*, 12, 29–42.
- Simpson, A. (2020). *Crecimiento Postraumático y Autocompasión en víctimas adultas de distintos tipos de trauma*. Trabajo de investigación para la obtención del grado de bachillera en Psicología. Pontificia universidad católica del Perú facultad de psicología. Recuperado de https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/21245/SIMPSON_MARTIJENA_ALEXIA%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Solvey, P. & Solvey, R. (2006). *Terapias de avanzada Vol. 1*. Buenos Aire. Ricardo Vergara Ediciones.
- Solvey, P. et al. (2009). *Terapias de Avanzada Vol. 2*. TdeA Ediciones. Buenos Aires
- Tedeschi, R. y Calhoun, L. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence, *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01
- Teicher, M. (1997) Preliminary Evidence for Abnormal Cortical Development in Physically and Sexually Abused Children, using EEG Coherence and MRI. *Annals of the New York Academy of Sciences* 821: 160-175. 42. Tinker, R.H. y Wilson, S.A.
- Van der Kolk, B. (1994) The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1: 253-265.
- Van der Kolk, B. Burbridge, J. y Suzuki, J. (1997) The Psychobiology of Traumatic Memory: Clinical Implications of Neuroimaging Studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821: 99-113.
- Worden, J (2002): *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Ed. Paidós.