

Efectividad de Tratamiento EMDR en Personas Guatemaltecas con Síntomas de Trauma Psicológico

Rudy Gómez* & Brien K. Ashdown**¹

*Clínica de Psicoterapia Integral IntegrARTE, ** Hobart and William Smith Colleges

Resumen

Guatemala tiene una baja proporción de psicólogos para la población general (6.89 por cada 100,000 personas), lo que hace imperativo que los tratamientos terapéuticos sean exitosos, eficaces y eficientes. El presente estudio exploró la eficacia de Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en la reducción de los niveles de síntomas de trauma psicológico. Siete participantes con síntomas moderados a graves fueron sometidos a tres sesiones de terapia EMDR. La frecuencia y la intensidad de los síntomas que manifestaron los participantes redujeron significativamente después de la terapia. Los síntomas no disminuyen (o aumentaron) en un grupo control que no recibió terapia EMDR. Estos resultados sugieren que el método EMDR puede servir a corto plazo como un tipo de tratamiento exitoso que los terapeutas pueden utilizar con pacientes que manifiestan síntomas de trauma psicológico.

Palabras clave: Trauma, Evaluación, Tratamiento, EMDR, Guatemala.

The Effectiveness of EMDR Treatment for Guatemalans with Symptoms of Trauma

Abstract

Guatemala has a relatively low ratio of psychologists to the general population (6.89 psychologists per 100,000 people), which makes it imperative that the therapeutic treatments utilized by psychologists are successful, effective and efficient. The current study explored the effectiveness and efficiency of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy on lowering the levels of symptoms of psychological trauma among Guatemalan participants. Seven participants with moderate to grave symptoms underwent three sessions of EMDR therapy with a therapist trained and certified in EMDR techniques. The frequency and intensity of symptoms experienced by the participants decreased significantly after the therapy. Over the same time period, symptoms of trauma did not decrease (or increase) in a control group who did not receive EMDR therapy. These results suggest that EMDR could serve as a short-term, successful type of treatment for therapists to employ with clients who manifest symptoms of psychological trauma.

Key words: Trauma, Evaluation, Treatment, EMDR, Guatemala.

Original recibido / Original received: 18/07/2013

Aceptado / Accepted: 02/11/2013

¹ Correspondencia: Department of Psychology, Hobart & William Smith Colleges, Geneva, NY 14456, USA. Phone: (1+315-781-3461). Email: ashdown@hws.edu

Según Lescano y Arazi (2004), la palabra “trauma” proviene del griego, y quiere decir “herida.” En su origen, lo que hoy es llamado Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), recibió distintos nombres, por ejemplo histeria, Shell shock, fatiga de combate, y neurosis traumática. Es importante considerar que algunos de estos nombres, como “neurosis,” se suponía, de acuerdo con las creencias de la época, que debía haber elementos previos en la historia del sujeto, o bien una debilidad constitucional, para explicar la aparición de esa patología. Por el contrario, hoy se considera que trauma es una respuesta adaptativa frente a una situación de alto peligro y la aparición de los síntomas de TEPT estarán determinadas de alguna manera por la evaluación subjetiva de la persona acerca del acontecimiento traumático, y por lo tanto no se requiere una debilidad constitucional para que esto ocurra (Lescano & Arazi, 2004).

Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson (1995) describe el trauma como la presencia de trastornos emocionales en el sujeto, producto de la exposición a eventos de naturaleza grave o catastrófica. Cualquier hecho grave, de carácter amenazante, exige un esfuerzo importante de afrontamiento, el cual se manifiesta de distintas maneras: pesadillas o reminiscencias, apatía, irritabilidad, perturbaciones emocionales, trastornos del sueño, entre otros.

Cuando una persona enfrenta el sufrimiento inicial causado por diversas situaciones en las que se puede ver envuelta a lo largo de su historia de vida, es capaz de adaptarse con creatividad y flexibilidad, mientras que quienes no enfrentan su malestar pueden sufrir consecuencias biopsicosociales, entre las que se encuentran diversas enfermedades (Kessler et al., 1995). Esto implica que la vivencia de ciertos traumas constituye una parte indisoluble del ser humano y su devenir (Kessler et al., 1995). Pero no todas las personas que viven estas experiencias desarrollan luego un TEPT. En promedio, un 9% de la población en general, aproximadamente, sufrirá de estrés postraumático a lo largo de la vida (Breslau, 1991), y en Guatemala específicamente, el TEPT afecta un 6.9% de la población guatemalteca (Cobar et al., 2009), lo cual sea – más o menos – 99,000 guatemaltecos.

Diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático

La Organización Mundial de Salud (OMS, 1992), en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) define al TETP como una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría, por sí misma, malestar generalizado en la mayoría de los individuos.

En síntesis, se entiende por TEPT a una severa reacción patológica, cuyo factor causante es un suceso traumático, que su efecto se plasma en el interior del organismo, cronificándose y modificando su neurobiopsicología (van der Kolk, Weisaeth, & van der Hart, 1996). Estos autores argumentan que un evento traumático determina, en los sujetos vulnerables, el desarrollo de una compleja trama sintomática, con alteraciones clínicas significativas que generan un deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad cotidiana.

La CIE-10 establece los siguientes síntomas que deberán prolongarse por más de un mes para el diagnóstico del TEPT: 1). Re-experimentación del acontecimiento traumático; 2). Evitación de estímulos asociados al mismo; y

3). Incremento de la actividad arousal de la persona (OMS, 1992). En la misma CIE-10 se describe la clasificación del TEPT según el tiempo de inicio y duración de los síntomas tales como: a) Síntomas que perduran tres meses o más, especificar TEPT de naturaleza crónica; b) Síntomas que duran menos de tres meses, especificar TEPT de carácter agudo; y c) Síntomas que inician seis meses después del acontecimiento traumático, especificar TEPT de inicio demorado (OMS, 1992).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Lescano y Arazi (2004) afirma que Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) es un enfoque psicoterapéutico, que combina determinados patrones de movimiento ocular, kinestésico y sonidos que generan una alteración del foco de atención, lo que facilita el acceso y reprocesamiento de los recuerdos traumáticos. Este método ha sido desarrollado por la psicóloga norteamericana Francine Shapiro, quien postula que existe en el sistema nervioso un mecanismo natural de procesamiento adaptativo de la información. Ella plantea que en cada persona hay un sistema neurofisiológico predeterminado y adecuado a esta finalidad, donde el reprocesamiento con EMDR a través de la Estimulación Bilateral permite un intercambio de información a gran velocidad interhemisférica, generando en la persona una percepción realista y balanceada de sí misma (por una historia, vea a Shapiro, 2001).

Este modelo terapéutico favorece la resolución de eventos traumáticos ya que los terapeutas abordan: 1). Las experiencias pasadas que establecieron la base para la patología del paciente y sus manifestaciones clínicas (pesadillas, sensaciones físicas); 2). Las situaciones del presente que provocan y/o intensifican el problema; 3). La instalación de las habilidades y los recursos necesarios para desarrollar una conducta apropiada en el futuro. Lescano y Arazi (2004) indica que EMDR puede ser utilizado para la reducción de síntomas de trauma, sin embargo, el objetivo final es lograr un funcionamiento saludable y completo en niveles intra e interpersonales.

Propósitos de la Investigación Actual

Con base en esta breve descripción de lo que es el trauma, los criterios diagnósticos para el TEPT, y el proceso terapéutico EMDR, cumplimos una investigación en Quetzaltenango, Guatemala. Esta localidad es una de las ciudades de mayor crecimiento económico, social, cultural, deportivo y educativo en Guatemala, donde la formación profesional aumenta año con año reflejo del interés local por contribuir con el desarrollo a nivel nacional. Sin embargo, el departamento, como el país, sufre de una falta de profesionales en el área de la salud mental. En Guatemala, hay 6.89 psicólogos por cada 100,000 personas, en comparación, Brasilia tiene 9.60 psicólogos por cada 100,000 personas y Francia tiene 47.9 por cada 100,000 personas (World Health Organization [WHO], 2011). Por eso, es importante encontrar un método de entregar la terapia más eficaz y rápida para ayudar a la mayor cantidad de gente guatemalteca posible. Hicimos la investigación por esta razón. Queríamos saber si una experiencia corta de Eye

Movement Desensitization and Reprocessing (de 3 sesiones) podría bajar los síntomas del TEPT para las personas quienes los sufren.

Método

Participantes

Los participantes (N = 95) fueron estudiantes de una universidad privada. De los participantes, 64 fueron mujeres, 29 fueron varones, y 2 no indicaron su sexo. La edad media fue 21.3 años (SD = 6.3). La mayoría (56.8%) fueron Católicos (27.4% fueron Evangélicos) y 52.6% asistieron a la iglesia por lo menos una vez por semana. Finalmente, 15.8% se identificaron como Indígena, 61.1% como Ladino, y 22.1% como una mezcla de los dos (un participante no indicó su etnia).

De los 95 participantes, 10 fueron invitados a participar en tres sesiones de terapia EMDR (fueron escogidos para la invitación según sus niveles de síntomas de trauma como se explica más abajo). De los 10 quienes fueron invitados, 7 participaron al menos en dos de las sesiones de EMDR. De los siete, seis fueron mujeres y la edad media fue 19.4 años (SD = 1.27). Uno fue Católico, dos fueron Evangélicos, y los demás fueron otros tipos de Cristianos (como Mormones, Testigos de Jehová y Adventistas) y todos asistieron a la iglesia por lo menos una vez por semana. Finalmente, de los que recibieron la terapia, 71.4% se identificaron como Ladino y 28.6% como una mezcla de Ladino e Indígena. Ninguno se identificó como Indígena.

Instrumentos

Escala de Trauma

Utilizamos la Escala de Trauma (Davidson et al., 1997) para medir síntomas de TEPT. Esta escala de autoadministración está constituida por 17 ítems que corresponden y evalúan a cada uno de los 17 síntomas pertenecientes a los criterios recogidos del DSM-IV para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático. Los participantes piensan acerca de un evento que les ha causado estrés, y contestan a los 17 ítems pensando en este evento. La escala se trata de autoinforme, en la que el participante debe puntuar dos aspectos para cada uno de los 17 ítems: la frecuencia de presentación del síntoma y la gravedad utilizando una escala Likert de 5 puntos (desde 0 que significa nunca ó gravedad nula, hasta 4 que significa diario ó gravedad extrema).

El marco de referencia temporal que los participantes deben considerar en relación al evento traumático corresponde a las dos últimas semanas. La manera de interpretar los resultados es a través del nivel de síntomas según los puntos obtenidos en la escala, los cuales se clasifican en cuatro niveles: 1). Sin diagnóstico, punteos por debajo de 40; 2). Síntomas leves de TEPT, punteos entre 40 y 60; 3). Síntomas moderados de TEPT, punteos entre 61 y 80; y 4) Síntomas graves de TEPT, punteos por arriba de 80. (Davidson et al., 1997).

Procedimiento

La muestra fue intencional, ya que se solicitó la colaboración de la universidad que facilita la carrera de psicología clínica. Una vez logrado el aval de la coordinación académica, se requirió la colaboración de los estudiantes, que realizaron la evaluación de manera voluntaria con el debido consentimiento informado. En la primera fase de la investigación se evaluó a todos los estudiantes con la escala de trauma y según los resultados, se seleccionó una muestra al azar entre las puntuaciones que indicaron síntomas de trauma moderado y grave, quienes recibieron un proceso de terapia con el modelo EMDR. Finalmente, al terminar la terapia, se sometieron a evaluación nuevamente con la misma escala de trauma todos los estudiantes (los que participaron en la terapia y los que no participaron) para comparar los resultados e investigar si a través del modelo EMDR disminuyó el nivel de síntomas de trauma en los estudiantes que asistieron a la terapia, en comparación con los estudiantes que no recibieron la terapia.

Resultados

Para comprobar si EMDR podría disminuir el nivel de síntomas de trauma, calculamos algunos t-tests para comparar el nivel de síntomas antes de la terapia y después de la terapia. Lo hicimos en los dos grupos: los que recibieron terapia ($N = 7$) y los que no la recibieron ($N = 88$). Por cada grupo, calculamos dos t-tests: Uno para comparar el nivel de frecuencia de síntomas antes y después del tiempo de la terapia, y uno para comparar el nivel de gravedad de síntomas antes y después del tiempo de la terapia.

Por el grupo que no recibió la terapia, la suma media de la frecuencia de síntomas fue 14.6 ($SD = 10.8$) antes de la terapia y fue 15.6 ($SD = 14.16$) después. La suma media de la gravedad de síntomas fue 14.9 ($SD = 11.21$) antes de la terapia y fue 13.24 ($SD = 11.62$) después. La frecuencia de síntomas no bajó significativamente ($t_{(df=87)} = -.697, p = .49$) ni tampoco bajó la gravedad de los síntomas ($t_{(df=87)} = 1.43, p = .16$).

Por el grupo que recibió la terapia, la suma media de la frecuencia de síntomas fue 39.29 ($SD = 7.36$) antes de la terapia y fue 19.29 ($SD = 14.94$) después. La suma media de la gravedad de síntomas fue 41.0 ($SD = 7.10$) antes de la terapia y fue 21.71 ($SD = 17.75$) después. La frecuencia de síntomas bajó significativamente ($t_{(df=6)} = 3.82; p = .009$), y la gravedad de los síntomas también bajó significativamente ($t_{(df=6)} = 3.16; p = .02$).

Discusión y Conclusiones

Los resultados de esta investigación sugieren que el modelo EMDR sirve exitosamente como un proceso de tratamiento para los síntomas de trauma psicológico con participantes guatemaltecos, así como en otras partes del mundo (Lescano et al., 2004). Además, los resultados indican que los síntomas de las

personas que recibieron terapia con el modelo EMDR bajaron más de lo que puede esperarse únicamente con el paso del tiempo – los síntomas de las personas que no recibieron terapia no bajaron durante el mismo tiempo. Esto quiere decir que tenemos evidencia que la terapia EMDR influye en la causa del descenso del nivel de síntomas de trauma.

Aunque esta investigación ofrece evidencia del éxito de EMDR como terapia para el trauma psicológico, la investigación tiene algunas limitaciones. Primeramente, son pocos los participantes que recibieron la terapia. Investigaciones futuras deben intentar tener grupos de participantes más grandes para incrementar el poder estadístico de la investigación. Segundo, la mayoría de los participantes que recibieron la terapia son mujeres. Sería bueno si otras investigaciones incluyeran más varones para ver si el efecto de la terapia es igual para hombres y mujeres.

Aún con estas limitaciones, la investigación actual provee evidencia de la efectividad de la terapia EMDR para ayudar a las personas que experimentan síntomas de trauma psicológico. Esta evidencia es muy importante para una población donde el acceso a procesos de terapia es muy limitado, como en Guatemala. Con solo tres sesiones de terapia, la salud mental de las personas con síntomas de trauma se puede mejorar. Esto indica que la posibilidad de bienestar emocional puede estar al alcance de muchas personas obteniendo resultados en un tiempo breve, sobre todo, en un país como Guatemala, donde la necesidad de atención es muy alta y se cuenta con pocos profesionales que ofrecen este tipo de servicio.

Referencias

- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222. doi: 10.1001/archpsyc.1991.0180270028003
- Cobar, H.M., de la Roca, O., M., Chável Cutz, M., Díaz, P.C., Gómez, N., Bautista, B., et al. (2009). *Encuesta nacional de salud mental* (Unpublished Medical/Surgeon thesis). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala City, Guatemala.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., ... Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160. doi: 10.1017/S0033291796004229
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., ... Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012

- Lescano, R. & Arazí, D. (2004). *Trauma y EMDR: Un nuevo abordaje terapéutico*. Buenos Aires, Argentina: EMDRIA Latinoamérica.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992). *CIE 10: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Meditor.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. New York, NY: The Guildford Press.
- van der Kolk, B. A., Weisaeth, L., & van der Hart, O. (1996). History of trauma in psychiatry. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress* (pp. 47*74). New York, NY: The Guildford Press.
- World Health Organization [WHO] (2011). *Mental Health Atlas 2011*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html