

DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR MOVIMIENTOS OCULARES EN EVENTOS CRÍTICOS RECIENTES (EMDR-PRECI) EN PROFESIONAL SANITARIO CON ESTRÉS POR COVID-19.

Yolanda Díaz Castro

Departamento de Salud Mental. Los Palacios. Pinar del Río. Cuba.

Resumen

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID-19 como pandemia, estando entre los países afectados Cuba. Además de las afectaciones físicas que provoca la enfermedad es necesario abordar las secuelas psicológicas. Se realizó una investigación experimental con un diseño de estudio longitudinal prospectivo, con metodología cualitativa en el departamento de Salud Mental de Los Palacios en el período comprendido entre mayo y septiembre 2020, aplicando abordaje psicoterapéutico Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares en eventos críticos recientes (EMDR_PRECI), con el objetivo de evaluar su eficacia en tratamiento de síntomas de estrés postraumático. La muestra quedó conformada por 12 profesionales sanitarios que fueron evaluados cara a cara, aplicando Escala de Impacto de Eventos (IES) antes y después de tratamiento. Se evolucionaron semanalmente durante dos semanas y se volvió a reevaluar un mes después de la segunda sesión. Se utilizó además, una entrevista semi-estructurada, una guía de observación donde debían ir registrando la presencia o no de los síntomas, diagnosticados al inicio, diariamente, para triangular toda la información. La evolución fue muy favorable a partir de la primera sesión, ya en la segunda habían remitido los síntomas en el 100% de la muestra. Se necesitan estudios controlados aleatorizados para demostrar la eficacia de la psicoterapia.

Palabras claves: Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, profesional sanitario, estrés, COVID-19.

Abstract

March 11 2020 the World Organization of the Health (OMS) it declared the COVID-19 like pandemic, being among the affected countries Cuba. Besides the physical affectations that it causes the illness it is necessary to approach the psychological sequels. It was carried out a experimental investigation with a design of prospective longitudinal study, with qualitative methodology in the department of Mental Health of Los Palacios in the period understood among final of April and beginnings of June 2020, applying boarding psychotherapeutic Eye Movement Desensitization and Reprocessing in recent critical events (EMDR_PRECI), with the objective of evaluating their effectiveness in treatment of symptoms of posttraumatic stress. The sample was conformed by a 12 health professionals that was evaluated face to face in the first consultation. You evolved weekly during two weeks and then one month after second session. Was also used a semi-structured interview, an observation guide was used where they should go registering the presence

or not of the symptoms, diagnosed to the beginning, daily, for triangulate all the information. The evolution was very favorable starting from the first session; already in the second they had remitted the symptoms. Controlled studies are needed randomized to demonstrate the effectiveness of the psychotherapy.

Key words: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing, health professionals, stress, COVID-19.*

Introducción

La técnica EMDR (acrónimo en inglés de Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Movimiento ocular desensibilizador y reprocesador) fue la primera de un grupo de nuevas terapias que no recurría primariamente a la narración de experiencias traumáticas, sino que reclamaba ser capaz de integrar, de manera rápida y eficaz, los recuerdos traumáticos, demandando para ello que los pacientes con TEPT (Trastornos de Estrés Postraumático) centraran intensamente su atención en las emociones, sensaciones y significado que tenía la experiencia traumática a la vez que seguían la mano del médico quien inducía la aparición de movimientos oculares lentos (Shapiro, 2002).

Articulada hacia 1988 por Francine Shapiro (psicóloga norteamericana), ha sido objeto de un intenso estudio científico, encontrándose que es un tratamiento bastante eficaz del TEPT, así como de otros trastornos del espectro de traumas psicológicos, duelos, violaciones, ataques de pánico, etcétera. Aunque el papel específico, que juegan los movimientos oculares en la acción terapéutica, sigue siendo motivo de controversia (2002). Shapiro, observó por casualidad que los movimientos oculares en ciertas condiciones pueden reducir la intensidad de los pensamientos perturbadores. (Bicker, 2007). Esto fue el principio del desarrollo de este método terapéutico que utiliza la estimulación bilateral (visual, auditiva o kinestésica) para procesar recuerdos traumáticos, cambiar creencias auto limitantes y desensibilizar emociones y sensaciones negativas. Este método combina elementos de orientaciones tales como el psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual, etcétera. EMDR reducía de manera significativa los síntomas del trastorno por estrés post traumático en estos sujetos. Pero con el tiempo, quedó claro que esa desensibilización de la ansiedad era solo un derivado de lo que estaba pasando. Lo que realmente se estaba viendo era “el reprocesamiento” que en realidad significa un proceso de aprendizaje activo. Así, la persona podría perturbarse por un suceso particular, y nosotros vimos cómo se almacenaba en el cerebro en una forma similar a cómo las percepciones fueron codificadas al inicio. La información natural procesada que era necesaria tomar para la resolución parecía haber sido apartada debido a la perturbación. Así cuando usamos EMDR, logramos acceder a los sucesos más tempranos que son problemáticos y estimulamos el sistema de procesamiento. Nos aseguramos que la información logra llegar a una resolución adaptativa. Lo que es útil es aprendido, almacenado apropiadamente y con la capacidad para guiar a la persona de manera adecuada en el futuro. Lo que es inútil, las auto-concepciones negativas, las emociones dolorosas, la sobreexcitación nerviosa, están descartadas sin más. Es un resultado natural del aprendizaje dinámico. El individuo no solo desensibiliza la ansiedad, sino que atraviesa muchas emociones como la culpa, enojo, tristeza y rabia que la psicoterapia típica es incapaz de tocar (por ejemplo, las terapias de la exposición no son útiles para problemas de culpa o problemas de enfado). EMDR produce un aprendizaje muy rápido.

Es importante considerar que muchos trastornos que llevan a una persona al psicólogo son producto de las experiencias más tempranas. No tiene que ser la gran “T”, el trauma de una violación o una experiencia de combate, pero puede ser una “t” pequeña, el trauma de humillaciones de la niñez o el abandono. Lo que buscamos en el uso de EMDR es donde los clientes tienen el problema –qué experiencias más tempranas están contribuyendo a su problema, y qué elementos positivos necesitan ser incorporados. EMDR también puede catalizar la mejora de los afectos positivos, las creencias positivas, y las conductas positivas.

De manera que se trabaja todo el espectro del cuadro clínico. La duración de la terapia generalmente requiere de pocas sesiones, dependerá, del número de situaciones a procesar y de la complejidad de la historia del paciente. (Galve, 2007).

La licenciada Alicia de la Fuente, psicóloga y neuropsicóloga cognitiva, cuenta con muchos años de experiencia en EMDR y junto a otros investigadores han catalogado esta técnica como una terapia de avanzada por todos los desórdenes en que puede utilizarse (2016). Se han realizado múltiples estudios aleatorios controlados en los que se ha demostrado la efectividad del EMDR en un amplio rango de poblaciones y trastornos (Álvarez, 2012).

Una de las más influyentes organizaciones humanitarias en asistencia psicológica en desastres es EMDR-HAP (Humanitarian Assistance Programs) que dispuso de 500 terapeutas especializados en las técnicas de EMDR, para atender de manera gratuita a las víctimas del 11 de septiembre, obteniendo resultados muy efectivos (Sanfiz, 2002).

El protocolo de EMDR para Incidentes Críticos Recientes (EMDR-PRECI); (Jarero *et al.*, 2011), fue utilizado por primera vez en un contexto de desastre urbano. Este protocolo fue desarrollado en campo para tratar incidentes críticos recientes (por ejemplo: terremotos, inundaciones, deslaves). En los cuales, estresores relacionados con el evento original, continúan a lo largo del tiempo (frecuentemente más de 6 meses). Es una modificación del pProtocolo para Eventos Traumáticos Recientes de Shapiro (2001). Aunque es similar a ese, es también diferente de varias formas importantes, porque incluye el marco de tiempo extendido. Con su continuo de eventos estresantes; que a menudo se refieren a temas de responsabilidad, seguridad y elecciones. Contiene elementos únicos desarrollados por Jarero y Artigas (Jarero *et al.*, 2011), derivados de sus observaciones en campo. A lo largo de muchos años de experiencia, trabajando con sobrevivientes de desastres naturales o provocados por el hombre en Latinoamérica y el Caribe. (Jarero, Uribe, 2014).

Los autores recomiendan el uso del protocolo para Eventos Traumáticos Recientes de Francine Shapiro; para tratar un solo incidente durante los primeros tres meses después de ocurrido el evento. En donde sí ha existido una ventana de seguridad post-trauma (por ejemplo: con una víctima de violación, que en el presente está segura y protegida después del incidente). Pues se asume que durante ese período de tiempo, la memoria traumática no se ha consolidado totalmente (Shapiro, 2001).

El protocolo EMDR-PRECI propuesto por Jarero y colaboradores cuenta con evidencia preliminar, que sustenta su eficacia en la reducción de síntomas de estrés postraumático en adultos. Manteniendo esos efectos a pesar de las amenazas constantes y el peligro; en el contexto del continuo de cuidados en salud mental en desastres. (Jarero, Uribe, 2014).

El SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus que se detectó en diciembre de 2019 en Wuhan, una ciudad de la provincia de Hubei en la República Popular China. Este virus produce la enfermedad infecciosa denominada COVID-19 (acrónimo de “coronavirus disease 2019”). Si bien la mayoría de los casos son leves, en otros casos la enfermedad puede ser

grave y cursar con dificultad respiratoria, neumonía, fracaso renal y otras condiciones médicas, incluso la muerte. Esto sucede en mayor medida en personas con perfil de riesgo: Por los conocimientos disponibles hasta el momento, la transmisión se produce por contacto con las secreciones respiratorias de una persona contagiada o enferma, y se considera poco probable la transmisión por el aire a distancias mayores de 1-2 metros. Su contagiosidad es alta y depende de la cantidad del virus en las vías respiratorias del transmisor.

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID-19 como pandemia. Investigaciones realizadas en diversas latitudes alertan sobre la importancia de la dimensión psicosocial. En China fueron identificados 3 grupos de riesgo siguiendo la morbilidad psicológica durante y después de la COVID-19: estando en el primer grupo, los profesionales de la salud. Investigadores cubanos describen el impacto psicosocial como evidencia asociada (directa e indirecta) a la cuarentena y al aislamiento, y resaltan la necesidad de continuar trabajando en el diseño de programas psicológicos adecuados al entorno y ámbito cultural cubano. (Lorenzo, A, Díaz, Zaldivar, 2020).

En Cuba se detectan los primeros casos con coronavirus en el mes de marzo. Identificándose el primer evento de transmisión local en la provincia de Pinar del Río, municipio de Consolación del Sur, en un consejo popular que es frontera con el municipio de Los Palacios, (consejo popular: “Camilo Cienfuegos”), aunque en este municipio hasta la fecha no se ha identificado ningún caso de COVID-19, sí han existido sospechosos que se han sometido a aislamiento social tanto él como sus contactos, hasta tanto no se confirmen como negativos, lo cual también se convierte en generadores de estrés para la población en general y sobre todo para los más vulnerables y cercanos afectiva o geográficamente a los casos identificados, así como para el personal sanitario que los atiende, incluyendo los directivos que constantemente deben tomar decisiones y asumir un rol protagónico en cada medida adoptada para evitar la propagación del virus y cuidar de su propia salud.

En el departamento de Salud Mental de Los Palacios, se ofreció al inicio, ayuda psicológica por vía telefónica. Los casos más urgentes o pacientes crónicos continuaron recibiendo ayuda cara a cara, sin embargo desde inicios de la pandemia los sanitarios estuvieron desempeñando sus funciones cumpliendo con rigor las medidas orientadas para evitar el contagio por coronavirus. En el mes de abril se les aplicó un instrumento tanto a pacientes con trastornos mentales crónicos, embarazadas, médicos y enfermeros que atienden diferentes programas en la APS (Atención Primaria de Salud) y directivos, para explorar las manifestaciones psicológicas reactivas a la Covid.19, resultando que quienes mayores niveles de perturbación emocional mostraron fueron los directivos y el personal sanitario.

En el área de salud se crearon las condiciones para recibir a los pacientes que llegaran con síntomas sospechosos de coronavirus, quienes se atendían, para su clasificación y posterior remisión hacia el hospital provincial, en un área del policlínico separada del cuerpo de guardia y del servicio de urgencias médicas, por profesionales destinados solo a estas funciones. Por su parte los contactos de sospechosos eran trasladados a un centro de aislamiento habilitado para esto en la periferia del casco urbano del municipio, quienes debían permanecer aquí, junto a un equipo de sanitarios que monitoreaban su estado de salud y realizaban chequeos, estos eran dados de alta a los 14 días, cuando el segundo PCR enviado a La Habana, resultaba negativo.

En todas estas acciones estaban implicados los profesionales sanitarios, quienes se exponían a las exigencias de sus funciones generadoras de estrés, bajo condiciones no siempre óptimas y el peligro o riesgo potencial de contagiarse.

Por su parte los directivos tenían la responsabilidad de tomar decisiones constantemente, con la suficiente pericia de poder mantener los servicios que son priorizados dentro de la Atención Primaria de Salud (APS) en Cuba, como el programa de atención materno-infantil, las urgencias médicas, etcétera, y ofrecer especial atención a la situación epidemiológica que impuso esta pandemia.

La modalidad de psicoterapia EMDR es utilizada hace varios años por la autora, quien ha realizado investigaciones y publicaciones sobre el tema fundamentalmente en la población infantil, sin embargo, este es el primer estudio grupal que existe con esta versión: (EMDR-PRECI), pues recién fue publicado el estudio de un caso con estrés por coronavirus con alentadores resultados. (Díaz, Y.2020). Esta modalidad de EMDR, como ya se ha dicho, hace un reajuste o modificación al protocolo estándar, siendo la COVID-19 un evento sui generis, que se mantiene activo, al que la población continuará expuesta por un tiempo indefinido y con ello los eventos traumáticos asociados a él pueden ser impredecibles, se requiere de la habilidad del terapeuta para aplicar un protocolo diferente al estándar, y apoyarse en la experiencia de los autores Jarero y Artigas en 2011. (Jarero, Uribes, 2014).

El propósito de esta investigación es actuar justo precozmente sobre todo con el personal que está y seguirá expuesto mientras dure esta pandemia de difícil pronóstico en el tiempo y que saben tienen probabilidad de contagio y miedo a sus consecuencias. La exposición continua a niveles de estrés puede ser un obstáculo no solo para la salud de estos profesionales sino también para la calidad con que afrontan sus arduas y continuas acciones profesionales. De esta modalidad de EMDR-PRECI, no existen antecedentes, por lo cual sería una investigación novedosa en el contexto cubano para darle atención a quienes afrontan situaciones estresantes cotidianas y durante un proceso prolongado e indefinido.

Los síntomas del TEPT comienzan al poco tiempo de la exposición al trauma y persisten hasta la recuperación por lo que para disminuir las secuelas psicológicas debería realizarse una identificación temprana de los trabajadores de riesgo para que así tengan acceso al tratamiento. Los sub-síntomas de TEPT abarcan la re-experimentación, alteraciones negativas en la cognición o el estado de ánimo y son más frecuentes en mujeres. Aunque el papel de la tolerancia al malestar en los síntomas de TEPT está escasamente estudiado, los resultados sugieren que las intervenciones psicológicas podrían ayudar y complementar los tratamientos del trastorno por estrés postraumático (Iglesias, S., Osoreo, Quiroz, 2020).

Por lo que emerge como problema de esta investigación: ¿Resulta eficaz el abordaje psicoterapéutico EMDR-PRECI para el tratamiento del personal sanitario con síntomas de estrés postraumático secundario a COVID-19?

Planteándonos el objetivo: Evaluar la eficacia del abordaje psicoterapéutico EMDR-PRECI para el tratamiento de profesional sanitario con síntomas de estrés postraumático secundario a COVID-19.

Material y método

Se realizó una investigación experimental con un diseño de estudio longitudinal prospectivo, con metodología cualitativa en el departamento de Salud Mental de Los Palacios en el período comprendido entre mayo y septiembre 2020. El universo estuvo constituido por todos los profesionales sanitarios relacionados directa o indirectamente en la atención a pacientes con sospecha de coronavirus y sus contactos, en el período de tiempo antes mencionado, que solicitaron o aceptaron ayuda, quedando conformada la muestra por 12 de ellos, que presentaron síntomas de estrés postraumático. Los que fueron evaluados cara a cara con

Escala de Impacto de Evento (EIS Horowitz, M., y Álvarez, W. (1979)) antes y después de tratamiento. Se evolucionaron cada semana durante dos semanas, y se realizó otra reevaluación un mes después de la segunda sesión, para ello se utilizó además una entrevista semi-estructurada, una guía de observación donde debían ir registrando la presencia o no de los síntomas, diagnosticados al inicio, diariamente, para por último triangular toda la información .

Procedimientos

A todos los sujetos investigados se les aplicó la Escala de Impacto de Evento (EIS Horowitz, M., y Álvarez, W. (1979)). Este es un cuestionario muy utilizado que consta de 15 ítems, puede ser dividida en 2 escalas, una de intrusión,(ítems 1,4,5,6,10,11,14) y una escala de evitación(ítems 2,3,7,8,9,12,13,15). Es una escala confiable para las reacciones de estrés postraumático (medidas de forma subjetiva), ante un evento estresante o traumático de vida. Las respuestas son evaluadas con una escala de tipo Likert, en donde: 0=nunca, 1= rara vez, 3= alguna vez, 5= frecuentemente.

Los puntajes entre 0 y 8 son considerados sub clínicos; puntajes entre 9 y 25 se consideran perturbación baja a leve; puntajes de 26 a 43 perturbación moderada; y puntajes de 44 a 75 se consideran como perturbación severa.

A partir de 26 puntos se considera estrés clínicamente significativo.

El EMDR-PRECI utiliza un protocolo de 8 fases. Las fases 1 y 2 se enfocan en la toma de historia y preparación, respectivamente. En la fase 3, los fragmentos de la memoria perturbadora son evaluados con el paciente identificando: la imagen más perturbadora, la creencia negativa relacionada (CN), las emociones, la medición de unidades subjetivas de perturbación (SUD por sus siglas en inglés) y la localización de la sensación corporal. No se pide creencia positiva (CP) ni medición de la misma (VOC por sus siglas en inglés). (ver Jarero *et al.*, 2011 para una descripción detallada del protocolo) citado por (Jarero, Uribes, 2014).

Criterios de inclusión: Los síntomas debían estar relacionados con el COVID-19. Que ofrezcan su consentimiento para formar parte del tratamiento.

Aspectos éticos:

A todos los sujetos se les explicó en qué consistía la investigación y dieron su consentimiento informado para participar en ella. Los detalles confidenciales serán guardados bajo estricta ética profesional.

Resultados y discusión

Los principales resultados obtenidos fueron:

-Se eligieron para el estudio aquellos profesionales que presentaron síntomas de estrés postraumático y demandaron o aceptaron la ayuda psicológica. Quedando conformada la muestra por 12 profesionales sanitarios, entre ellos 3 profesionales que conforman la brigada "Henry Reeve", y regresaron de cumplir misión en México.

Predominaron los enfermeros 6 (50%), raza blanca 8 (66.6%) y sexo femenino 10 (83.3%). Todos con más de 10 años de experiencia profesional y más de dos años en el cargo, en el caso de los directivos.

Profesionales	Número	%
Enfermeros	6	50
Médicos	2	16.6
Directivos	4	33.3
Total	12	100

Tabla1. Categoría ocupacional de los sujetos estudiados.

Fuente: Entrevista semi-estructurada realizada a la muestra.

En la primera sesión dada la necesidad de mantener el aislamiento físico, se toma la historia, se le explica y propone el abordaje de EMDR-PRECI por lo que es necesaria su cooperación, se le indica que relate los peores eventos asociados a la COVID-19, eligiendo para el reprocesamiento el primero, el peor y el último. Se le ofrece el recurso del lugar seguro. Por lo que esta sesión tiene una duración de aproximadamente 1.40h.

Objetivo terapéutico:

- Lograr la estabilidad psicológica del sujeto.
- Eliminar síntomas de estrés postraumático.

En la muestra estudiada prevalecen como eventos base, los recuerdos negativos vinculados con los primeros momentos en que se supo la noticia de la pandemia, varios sujetos le perturbaban imágenes que vieron o escucharon en los diferentes medios o redes sociales, relacionadas con el colapso de los servicios de salud, el número de contagiados y muertes en otros países, generándoles emociones y sensaciones perturbadoras. También se identificaron recuerdos de las vivencias en su quehacer profesional, que generaron sintomatología clínicamente significativa.

Los síntomas más frecuentes fueron el miedo a contagiarse o a contagiar a los demás, la ansiedad, tristeza asociada a preocupaciones con la salud, sobre todo aquellos profesionales que presentan alguna enfermedad crónica; los trastornos en la concentración y en el sueño, irritabilidad, incapacidad para poder borrar imágenes asociadas a la COVID.19; pero el abordaje no trabaja los síntomas sino los recuerdos negativos que resultan en dianas para el trauma psicológico, los síntomas le permiten al terapeuta observar la evolución.

En el caso de los colaboradores que cumplieron misión fuera de Cuba, presenciaron situaciones de las que no habían tenido vivencias anteriormente, y que pusieron en riesgo su integridad física, y psicológica, desde la vivencia de ver morir a varios pacientes en pocas horas hasta la ocurrencia de dos sismos, durante su estancia en la misión, con peligro potencial para la vida; o sentirse amenazados por un grupo de personas armadas que irrumpieron de manera violenta en el hospital donde trabajaban.

En el gráfico se observa como la mayoría de los sujetos obtuvieron puntajes medios en la Escala de Impacto del Evento (75 %), dos sujetos con nivel alto (16.6%) y uno con nivel bajo (8.3%) antes de iniciar la primera sesión. Esta escala evalúa la frecuencia de síntomas de

estrés postraumático, no la intensidad de estos síntomas, los cuales fueron evaluados en la entrevista, encontrando que la mayoría de los sujetos valora la intensidad de sus síntomas como leves o moderados, excepto 2 casos (16.6%) que evaluaron estos síntomas de intensos y muy perturbadores, interfiriendo notablemente en su vida.

En la segunda sesión el 100% de los sujetos obtuvo niveles nulos o sub clínicos de estrés, mostrando una evolución muy favorable y remisión de los síntomas, así como en la última sesión, luego de un mes de la segunda, se vuelve a reevaluar manteniéndose el 100% de la muestra sin manifestaciones clínicas.

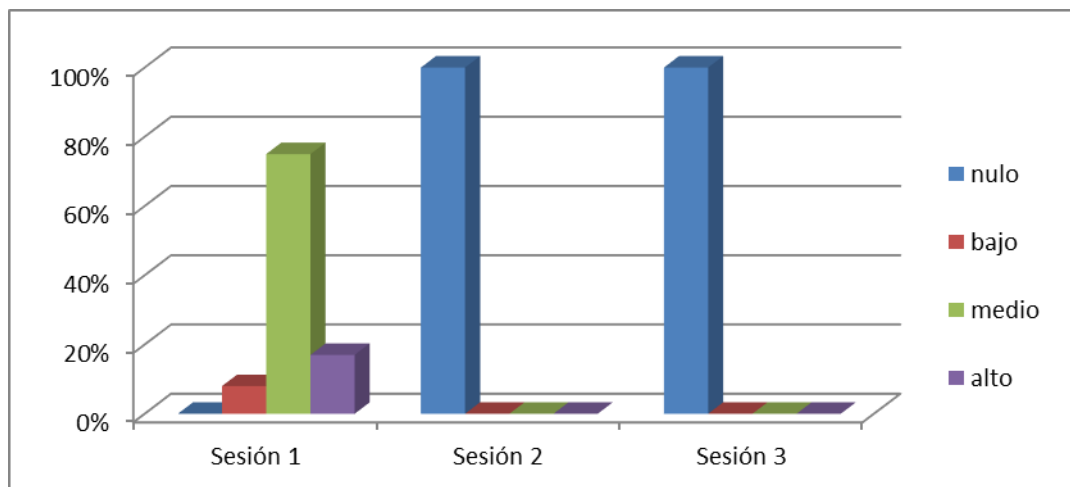


Gráfico 1

Fuente: Escala de Impacto del Evento.

Las creencias negativas que más refirieron fueron:

“Me voy a enfermar”, “Yo de aquí no salgo viva”, “Yo estoy en peligro”, “Yo me siento impotente”, “Yo voy a morir”.

Fue posible observar que uno de los dos sujetos que obtuvo un nivel alto de estrés, su desempeño profesional no estaba relacionado solo con pacientes con COVID-19, aunque sí se mantuvo trabajando ininterrumpidamente en el policlínico en otras funciones y por ende, el riesgo de contagio es real, pero sus manifestaciones clínicas, entre ellas, insomnio, disminución del rendimiento, pensamientos intrusivos, sin dudas, guardan relación con su personalidad vulnerable, quien se auto-evalúa como poco resiliente, afirmando que la incertidumbre de no saber quién es positivo le generaba más ansiedad que si trabajara directamente con ellos porque sabría de quién protegerse con precisión. A pesar de ello, desde la primera sesión presenta una evolución favorable, incluyendo la calidad del sueño.

Otro de los sujetos con un nivel alto de estrés, refirió que durante la misión no pudo dormir sin ayuda de algún fármaco, y después de llegar a Cuba tampoco conciliaba el sueño, había presenciado situaciones inéditas en su vida, de alta violencia, y no podía desprenderse de los recuerdos, mostrándose muy irritable, angustiada, emocionalmente frágil, con dificultades para concentrarse; ya en la segunda sesión, refirió: “Solo me acuerdo de lo positivo, Ya soy yo de nuevo; estoy enfocada ahora en tener un hijo, ya me siento bien”.

Mientras ocurre el reprocesamiento, en la mayoría de los casos, inicialmente los niveles de perturbación suelen aumentar o permanecer sin cambios, pero en la medida que se ofrece la

estimulación bilateral, van dando señales verbales de cambios en la manera en que van percibiendo el recuerdo, por ejemplo:

- “Se me está yendo el recuerdo”, “ya no visualizo la imagen negativa”.
- “Me siento más aliviado”, “más tranquilo”.
- “Solo me vienen ahora los recuerdos gratos”.
- “Es posible aprender a cuidarme y no contagiarme”.
- “A pesar de que sé que existe la posibilidad de contagiarme puedo sentirme capaz de afrontar lo que sea sin perder el control ni perturbarme por ello”.
- “Ya pasó, estoy viva, pude hacerlo y tengo que seguir adelante”.
- ¡Qué alivio siento, como si me hubieran quitado un peso de encima!”
- “Me siento más preparado para afrontar mi trabajo aún con los riesgos que implica”.

También describen sensaciones que van ocurriendo en su cuerpo a medida que ocurre el reprocesamiento como: sensaciones desagradables que recorren diferentes partes del cuerpo hasta desaparecer. A nivel extraverbal el terapeuta también pueden apreciar cambios evidentemente favorables, por ejemplo, de una facie de tristeza a una con evidente sonrisa, coherente con lo que va describiendo que le sucede durante la estimulación bilateral. En algunos casos describen deseos de llorar, o decir algo que no fue dicho, o afloran recuerdos que no tenían concientizados, permitiendo su expresión durante la sesión. Una observación interesante que se pudo apreciar fue que una vez reprocesado el primer recuerdo, el grado de perturbación subjetiva (suds) de los otros recuerdos se minimiza aún antes de reprocesarlo, por lo que los sujetos refieren: “trabajando el primero me ha ayudado a mejorar la perturbación que siento por los otros”; lo que abrevia el reprocesamiento.

En la segunda sesión se hace una reevaluación de los recuerdos ya reprocesados, apreciando que en todos los casos los síntomas habían desaparecido, incluyendo el miedo, las dificultades para concentrarse, el pensamiento intrusivo con imágenes relacionadas con las vivencias negativas, lo cual mejoró notablemente también el rendimiento laboral y la estabilidad emocional, desde la primera sesión.

En la tercera consulta se entrevista de nuevo y se vuelve a aplicar la Escala de Impacto de Evento para comparar los resultados en cada sujeto, quienes muestran satisfacción con la rápida evolución, el 100% de los estudiados. (Ver gráfico1)

Discusión

Según investigaciones parece ser que es posible que el EMDR sea eficaz, incluso estando las personas en un estado de relativo silencio; que el EMDR puede tener una acción beneficiosa incluso en ausencia de una relación de confianza entre el paciente y el terapeuta.

Las imágenes cerebrales de las que disponen señalan que, previo al tratamiento (Anexo 1), algunos sujetos incluidos en el estudio presentaban una menor activación del lóbulo pre-frontal cuando eran sometidos a su guion de trauma personalizado. Al cabo de tres sesiones con EMDR parecía ser que existía un aumento en el metabolismo del lóbulo pre-frontal. Ello sería un reflejo del mayor funcionamiento del lóbulo frontal lo cual facilitaría ser capaz de dar sentido a la estimulación sensorial entrante. Pareciera ser que esta mayor capacidad del lóbulo frontal se reflejaría en el cambio que los sujetos realizarían en la narración de sus

recuerdos traumáticos. Tras el tratamiento con EMDR, la narrativa de sus traumas adquiriría un carácter más simbólico que antes. (Shapiro, 2002)

En las llamadas “condiciones médicas” se han tenido grandes éxitos, en la desaparición o atenuación de la sintomatología y en el reprocesamiento de las causas emocionales o mentales productoras de estrés, que desencadenaron o empeoraron el curso de la enfermedad.

Su éxito ha sido tan rotundo que se multiplicaron las investigaciones sobre su capacidad de curar otras patologías, por lo que cientos de estudios de casos han sido publicados y la amplia investigación experimental realizada en Estados Unidos y en Europa garantiza su efectividad (Zamora, 2017).

Con las terapias de alto impacto, como EMDR y otras, puede curarse el ataque de pánico sin necesidad de medicar. Cuando está bien conducido, en el primer momento evita las crisis, o por lo menos reduce sustancialmente la intensidad y la frecuencia de estas trayendo un alivio significativo. En la medida en que van pasando las sesiones terapéuticas, el paciente va aprendiendo más sobre sus síntomas, sobre sí mismo y sobre todo aprendiendo a actuar de acuerdo con esos descubrimientos o nuevas percepciones. Por lo tanto al familiarizarse con sus potencialidades, el paciente se volverá el propio agente de cambio de su estado en vez de avergonzarse de él (Pérez, 2012).

En 2009 el APA (Asociación Americana de Psiquiatría) lo reconoció como la terapia más efectiva para el tratamiento de traumas (García y Fernández, 2014).

En este estudio, dada la necesidad de distanciamiento social y la urgencia de obtener una rápida respuesta terapéutica, la primera consulta tuvo una duración mucho más prolongada, fue realizada cara a cara para tomar la historia, establecer un adecuado rapport, explicar cómo continuarían las próximas sesiones y prepararlos para la estimulación bilateral ocular o táctil. Se solicitó a cada sujeto que eligieran el primer recuerdo, el peor y el último relacionado con el evento COVID-19 para ser reprocesados en la primera sesión, por lo que la duración de esta fue de alrededor de 1 hora 40 minutos en cada caso, cerciorándonos de desensibilizar los recuerdos traumáticos de mayor significado y así se logró que el resto de las sesiones fueran más breves y la evolución fue muy favorable. En esta modalidad de psicoterapia el terapeuta da el protagonismo al sujeto y deja que su cerebro reprocese, solo interviene entre cada tanda de estimulación bilateral con breves preguntas, apreciando que el sujeto es quien va encontrando sus propias respuestas y con ello la reducción de su sintomatología y cambio de comportamiento.

Otro estudio realizado por la autora en niños y adolescentes con diferentes traumas asociados a violencia, migración, separación de figuras parentales, entre otras causas, tuvieron resultados favorables, aunque las sesiones son de menor duración que las del presente estudio. (Díaz y otros 2020). En todos los casos se aprecian evidencias objetivas desde la primera sesión de cómo se iban manifestando los signos de ansiedad desde que era percibido el recuerdo como muy nocivo y desagradable hasta que era percibido como algo lejano que dejaba de provocar malestar. En la evolución se pudo apreciar que los casos asociados a conflictos de lealtad con la familia como los niños víctimas de violencia sexual necesitaron más sesiones para lograr mejor rapport y expresión de los conflictos, compatible también con lo obtenido por la autora en otras investigaciones (Díaz y Espinosa, 2015, Díaz y Espinosa, 2017).

El trabajo del terapeuta de EMDR consiste en ayudar al paciente a reintegrar él o los sucesos traumáticos, desde las áreas cognitiva, emocional y fisiológica. A través de los movimientos oculares por la estimulación bilateral inter-hemisférica, es el sujeto quién estimula sus propios recursos de curación. Es un enfoque global que le permite acceso a recuerdos muy tempranos, (imágenes, olores, sabores, texturas...) Es desde luego importante que la intervención sea rigurosa y no se limite solo ante los síntomas. Ha de existir una buena estructuración de la historia clínica para que los síntomas no regresen. A EMDR se le ha criticado de ser una técnica en la que el paciente ha de estar expuesto a niveles elevados de ansiedad y sufrimiento, al tener que revivir el trauma. Sus defensores explican que no se produce re-traumatización, sino que supone una abreacción con un tiempo muy limitado y seguro (Blanco, y Larraz, 2012).

En un estudio realizado en el estado mexicano de Durango en abril de 2011, en un desastre urbano, los resultados también mostraron una mejoría significativa en los síntomas de estrés postraumático y síntomas de TEPT para los grupos intervenidos; proporcionando evidencia preliminar de la efectividad del protocolo EMDR -PRECI con una sola sesión. Es importante notar que las mediciones post-tratamiento no fueron tomadas de inmediato después de la intervención. Las mediciones fueron hechas 3 semanas posteriores al tratamiento. Durante ese período de tres semanas, los participantes continuaron trabajando cotidianamente en ese terrible ambiente de trabajo y bajo amenazas constantes. (Jarero y Uribe, 2014)

Estos resultados parecen proporcionar soporte a la hipótesis del modelo de Sistema de Procesamiento de Información (SPIA) propuesto por Shapiro (2001); quien postula que un procesamiento completo de las memorias traumáticas, cambia la forma en que la experiencia es almacenada en la memoria, de ahí que eventos similares no provoquen perturbación.

El coronavirus, es un evento inédito, lo cual exige flexibilidad en el terapeuta para elegir el protocolo adecuado, ya que no se trata de personas que han pasado la experiencia traumática, como pudiera suceder a los que han sido diagnosticados con la enfermedad, sino personas expuestas con frecuencia al peligro de contagio. En este estudio ha sido útil el EMDR-PRECI pues la pandemia sigue activa y los profesionales siguen y seguirán expuestos a otros eventos, por lo que no se instala una creencia positiva, solo se refuerza la información positiva que emerge al final de la desensibilización y que el sujeto es capaz de identificar y expresar verbalmente de manera espontánea. En el estudio de Jarero y colaboradores en 2011, recomiendan instalar una creencia positiva válida para todos los recuerdos negativos ya reprocesados al final del tratamiento, una vez que la situación amenazante quede en el pasado.

Conclusiones

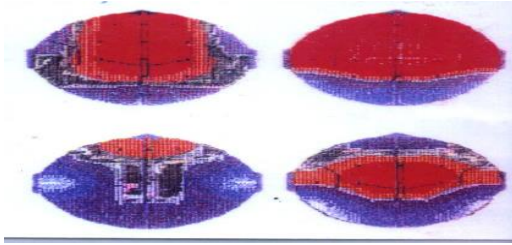
La desensibilización y reprocesamiento a través de movimientos oculares para eventos críticos recientes (EMDR-PRECI) resulta una terapia eficaz para el tratamiento de síntomas de estrés postraumático en profesionales sanitarios. Desde la primera sesión dan evidencias de mejoría de los síntomas. En la segunda sesión se aprecia la remisión total de los síntomas y en la tercera se mantiene la respuesta favorable. Es necesario estudios controlados aleatorizados para demostrar la eficacia de la terapia.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, A. (2012). *Reconocer y superar experiencias traumáticas a través de movimientos con los ojos o EMDR*. Available at: <http://blogger.com>.
- Bicker Caarten, W. (2007). EMDR: El abrazo de la mariposa. Artículos EMDR, en Trauma Response, entrevista a Francine Shapiro. Available at: <http://www.sicologiaenergetica.blogspot.com/2007/emdr-el-abrazo-mariposa.html>.
- Blanco Eva, Lago and Larraz Geijo, Guillermo (2012). EMDR: Revisión de la técnica y aplicación un caso clínico. In: *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, Mallorca. España, no. 104, pp. 45-55.
- De la Fuente, Alicia (2016-2019). *Atención personalizada con terapias de alto impacto*. EMDR, tratamiento especial para fobias, duelos y ataques de pánico. Available at: <http://www.aliciadelafuente.com.ar/emdr.php>.
- Díaz Castro, Y. & Espinosa Ferro, Y. (2015). Desensibilización y Reprocesamiento a través de movimientos oculares (EMDR) en el tratamiento de traumas psicológicos en niños. *Revista Latinoamericana y Caribeñas de Hipnosis Terapéutica*, 5(1), (enero-junio).
- _____. (2017). Tratamiento de traumas psicológicos en niños víctimas de violencia intrafamiliar a través de desensibilización y reprocesamiento de movimientos oculares. (EMDR). In: CD de *VIII Conferencia Internacional de Psicología de la salud*. PSICOSALUD.
- _____. (2020). Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) en niños con traumas psicológicos. *Revista Alternativas cubanas en Psicología* (8, 22) 78-88. (enero-abril).
- Díaz Castro, Y. (2020). Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares en eventos críticos recientes (EMDR-PRECI) en adolescente con estrés agudo por covid-19. *Revista Alternativas cubanas en Psicología* (8, 24).109-119.
- Galve, Ana Isabel (2007). EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular) [Shapiro, F., 2001]. *Revista internacional de psicoanálisis*. (027).
- García Guerrero, F. & Fernández, I. (2014). *Qué es el EMDR? Asociación EMDR España*. Available at: <http://www.emdrbarcelona.com/articulos/aplicacion.htm>
- Iglesias S, Osoreo, Quiroz (2020). Estrés postraumático en trabajadores de la salud y COVID-19. Facultad de Ciencias Biológicas, Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo", Lambayeque, Perú
- Jarero, I. y Uribe, S. (2014). Protocolo de EMDR para Incidentes Críticos Recientes: Breve Reporte de Aplicación en Situación de Masacre Humana. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. (6.1), ISSN: 2007-8544
- Lorenzo, A. Díaz, K., Zaldívar, D. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*. CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS. Cuba.
- Pérez García, P. (2012). EMDR: *Tratamiento para el trauma psíquico*. Bases científicas de su eficacia. Asturias. España.
- Sanfiz Mellado, Jesús (2002). Los ataques terroristas del 11-09-01: impacto y asistencia psicológica en emergencias. *Full Informatiu del Col.Legi Oficial de Psicolegs de Catalunya*. (146, Abr), pp. 15-17. Available at: <http://www.ataques.htm>
- Shapiro, (2002). *EMDR, Promesas para el desplazamiento de un paradigma. Más allá de la cura por el diálogo. Experiencia somática, improntas subcorticales y tratamiento del trauma*. N.Y. APA Press. Available at: <http://www.emdr-es.org/pdf/vdkmasalla.pdf>
- Zamora Fuertes, María José. (2017). EMDR: *Tratamiento psicoterapéutico innovador*. Available at: <http://www.antarayame.com/lecturas/EMDR>.

Anexos

Anexo1. Imagenes cerebrales antes y después del tratamiento EMDR.



Fuente. Shapiro. (2002).

Anexo 2. Escala de impacto de evento

ESCALA DE IMPACTO DE EVENTOS (T.E.P.T.)

Nombre:.....
 Ocupación:.....
 En tuve la siguiente experiencia de vida.....

Abajo hay una lista de comentarios que hace la gente que ha pasado por una situación de vida estresante. Por favor chequee cada uno de ellos e indique con que frecuencia estos comentarios fueron para Ud. en los últimos siete días. Si no ocurrieron durante ese período, marque "nunca".

Comentarios	Frecuencia			
	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
1. He pensado acerca de ello sin quererlo.				
2. No logré evitar perturbarme cuando pensaba acerca de ello o cuando me lo recordaban.				
3. Traté de borrarlo de mi memoria				
4. Me costó dormirme o permanecer dormido porque imágenes o pensamientos acerca de ello me aparecían en la mente.				
5. Tengo oleadas de sentimientos muy fuertes acerca de ello.				
6. Soñé acerca de ello.				
7. Me mantuve alejado de todo aquello que me lo recordaba.				
8. Me siento como si no hubiera ocurrido o como si no fuera real.				
9. Traté de no hablar acerca del tema.				
10. Me aparecían imágenes acerca de ello en forma intrusiva.				
11. Otras cosas me hacían pensar en ello.				
12. Percibía que aún tenía un montón de sentimientos acerca de ello, pero no me ocupé de ellos.				
13. Traté de no pensar acerca de ello.				
14. Cualquier recordatorio me traía nuevamente sentimientos referentes al hecho.				
15. Mis sentimientos acerca de ello estaban como anestesiados.				

Anexo.3. AUTO-REGISTRO

Necesitamos que usted lleve un control diario de los síntomas observados, para saber la evolución que van teniendo cada uno de esos síntomas y al final haga un comentario de dicho comportamiento. Su cooperación es de gran utilidad en nuestra investigación y en su evolución y pronóstico, por lo que le agradecemos anticipadamente.

Síntomas	Días de la semana						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1							
2							
3							
n							