

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA



ANÁLISIS DE LOS BENEFICIOS QUE TIENE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA  
TERAPIA EMDR EN UNA PERSONA QUE CONSULTA POR UNA PÉRDIDA  
RELACIONAL POR SEPARACIÓN

Presentado por:

CHRISTIAN DAVID GRAJALES ATEHORTÚA

ENVIGADO

2011

**Al decano César Jaramillo y a la Institución Universitaria de Envigado,**

**Al Dr. Jorge Montoya Carrasquilla por su apoyo incondicional**

**Al personal de Clínicas del Duelo – Innovación Afectiva**

## **Agradecimientos**

Tantos papeles, tantos documentos, tantos libros, tanta pasión hoy se convierten en una gran historia: historias de todos!! Esta investigación completa va para mis padres, por todo el amor que me han entregado, por ser mi mayor bendición. A mi madre que ha sido mi sostén y refugio, por los buenos tiempos que llegan, a mi padre, por continuar siendo el más grande; siempre han sido los mejores. Para Jhomar y Sofía, por ser los hermanos que necesito y el ejemplo más fiel de compañía. Los amo mucho.

Sin duda alguna, debo agradecer a mi tía Norma por hacer mi sueño realidad, por ser el fundamento de mi esfuerzo, por ser el todo. Mi agradecimiento eterno para ti. Te adoro enormemente.

Muchas gracias al Decano de la Facultad de Ciencias Sociales de la Institución Universitaria de Envigado, César Jaramillo y a los docentes de ésta por el acompañamiento incansable en este proceso de crecimiento profesional y personal.

Al equipo de Clínicas del Duelo - Innovación Afectiva, en especial a su director científico, Dr. Jorge Montoya Carrasquilla por su incondicional apoyo y por brindarme su conocimiento con disciplina y tesón, gracias por ser el mejor mentor que la vida pudo ponerme en el camino y llevarme de la mano. Ha sido un honor aprender de su lado, esa ha sido mi mejor experiencia, mil gracias.

Así mismo, a la Dra. Luisa Fernanda Burgos por su inagotable apoyo, por ser la guía que siempre busqué, porque sin ti esto no hubiera tenido un final como éste, tan grandioso. Gracias una vez más por tu compañía, serenidad, enseñanza y sabiduría. Ha sido un placer crecer en el camino al lado de una mujer tan maravillosa y valiosa como has sido tú, compañera y amiga.

A ti, por llegar y darme la luz que me impulsó a continuar con pasos firmes, por insistir cuando yo veía las cosas perdidas, gracias por permitirme conocer el valor y la fuerza de un abrazo. Porque es un escalón más para los buenos tiempos que hemos esperado tanto, TE AMO!

## CONTENIDO

	Pág.
GLOSARIO	10
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	14
1. PRESENTACIÓN DE TRABAJO DE GRADO	16
1.1. Planteamiento (formulación) del problema	16
1.2. Objetivos	21
1.2.1. Objetivo general	21
1.2.2. Objetivos específicos	21
1.3. Justificación	22
1.4. Diseño metodológico	25
1.4.1. Población y muestra	28
1.4.2. Definición operacional de términos	28
1.4.3. Instrumentos	29
1.4.4. Contexto espacial de la investigación	31
1.5. Registro, procesamiento y análisis de la información	32
1.6. Presupuesto global de trabajo de grado	35
1.7. Cronograma	36
2. MARCO REFERENCIAL	38

2.1.	Antecedentes	38
2.2.	Referentes marco teórico	45
2.2.1.	Duelo	45
2.2.1.1.	Duelo: una cuestión cultural y de representaciones	49
2.2.1.2.	Algunos sentimientos ligados al proceso de duelo	51
2.2.1.3.	Algunas reacciones físicas y corporales ligadas al proceso de duelo	53
2.2.1.4.	Fases del duelo	54
2.2.1.5.	Duelo bloqueado y negación	60
2.2.1.6.	Duelo por separación: la pérdida del cónyuge	62
2.2.1.7.	Características que diferencian el duelo por pérdida de la pareja	68
2.2.2.	Apego	71
2.2.2.1.	Patrones de apego	76
2.2.2.2.	Apego y duelo: Concepción de Bowlby del duelo	78
2.2.2.3.	Apego: reacciones ante la pérdida	80
2.2.3.	EMDR	82
2.2.3.1.	EMDR: historia	83
2.2.3.2.	Base teórica	86
2.2.3.3.	Convergencias teóricas	92
2.2.3.4.	Protocolo EMDR	96
2.2.3.5.	Protocolo estándar de EMDR	106
2.3.	Marco conceptual	111
2.3.1.	Pérdida relacional	111

2.3.2.	EMDR	112
2.3.3.	Estrés agudo	113
3.	PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO	114
3.1.	Datos generales	114
3.2.	Motivo de consulta	115
3.2.1.	Presente virtual (Frecuencia, duración, intensidad)	115
3.3.	Cuadro clínico	116
3.3.1.	¿Desde cuándo empezó el problema? (presente virtual)	116
3.3.2.	¿Cómo fue la última ocasión en que ocurrió el problema?	116
3.3.3.	¿Qué ocurría en su vida antes de que surgiera la situación? (factores desencadenantes)	117
3.4.	Factores desencadenantes	118
3.4.1.	¿Qué otros aspectos se vinculan con el problema? (núcleo)	118
3.5.	Descripción caso clínico	120
3.6.	Diarios de campo	126
3.6.1.	Sesión 1: Entrevista inicial y encuadre	126
3.6.2.	Sesión 2: Inicio aplicación EMDR	135
3.6.3.	Sesión 3	142
3.6.4.	Sesión 4	151
3.6.5.	Sesión 5	157
3.6.6.	Sesión 6	163
3.6.7.	Sesión 7	170
3.6.8.	Sesión 8	177
3.6.9.	Sesión 9	185

3.6.10. Sesión 10	192
3.6.11. Sesión 11: Cierre de proceso terapéutico con EMDR	199
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	202
4.1. Duelo	203
4.2. Patrón de apego	216
4.3. EMDR	224
4.4. Beneficios de la implementación de la terapia	
EMDR en una paciente en duelo	231
5. CONCLUSIONES	236
6. RECOMENDACIONES	238
7. REFERENCIAS	239

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Breve Inventario del Duelo (BID)	247
Anexo B. Consentimiento informado para paciente	250
Anexo C. Consentimiento informado para utilización de BID	253

## GLOSARIO

**Apego:** Lazos afectivos que crean las relaciones con otros, principalmente dentro de la familia. Bowlby se basó en ellos para elaborar lo que se ha llamado la teoría del apego.

**Diario de campo:** Cuaderno o block de notas en el que el investigador registra los fenómenos que ocurren dentro del proceso investigativo y de las ideas que van surgiendo en el contexto de ésta.

**Duelo:** Proceso por el que todos los seres humanos atraviesan en algún punto de sus vidas a raíz de la experiencia de un ser, objeto u abstracción querida. Por tanto, se origina por muerte, separación, pérdida del trabajo, pérdida económica, etc.

**Duelo anticipatorio:** Se da generalmente cuando la separación es esperada por alguien, que todavía se encuentra presente, pero que se conoce que se irá en algún momento cercano.

**Duelo complicado:** Cuando la persona que ha experimentado la pérdida no logra elaborar el proceso de duelo de una manera adecuada y, a raíz de ello, no logra realizar las actividades básicas de su vida cotidiana.

**Duelo normal:** Proceso de duelo que no adquiere complicaciones determinadas y atraviesa adecuadamente las fases de éste.

**EMDR:** *Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)*. Terapia propuesta por Francine Shapiro en el año 1987, consiste en una técnica psicológica utilizada para desensibilizar y reprocesar los traumas psicológicos de una manera rápida y natural.

**Estrés agudo:** Producto de una agresión intensa, bien sea física o emocional, limitada en el tiempo, pero que logra superar el umbral de la persona, por tanto, se presenta una reacción intensa, rápida y muchas veces violenta.

**Pérdida relacional por separación:** Proceso de duelo de una persona después de atravesar por una ruptura de pareja.

## RESUMEN

La presente investigación explora, principalmente, el duelo y en concreto los beneficios que tendría la aplicación de la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular (Eye Movement Desensitization and Reprocesing, EMDR). En este ejercicio de investigación formativo se expone, en un comienzo, la posición de diversos autores sobre el duelo en general y sobre dicha terapia de avanzada, procurando un análisis preciso de los resultados. Basándose en una investigación cualitativa de tipo transversal y de nivel descriptivo realizada con una paciente en duelo por pérdida relacional asistente a Clínicas del duelo - innovación afectiva de Medellín, Colombia se exploran las sensaciones, emociones, manifestaciones, acciones, reacciones y recuerdos perturbadores que se presentan en su proceso a causa de la experiencia de pérdida. Se aventuran algunas conclusiones y recomendaciones que puedan ser útiles como aporte a la comprensión del fenómeno investigado.

**Palabras clave:** *Duelo, pérdida relacional, EMDR, estrés agudo.*

## ABSTRACT

This research explores primarily the grief and in particular the benefits that the implementation of the therapy EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). In this research exercise formation is exposed initially, the position of various authors about grief in general and on this therapy advanced ensuring accurate analysis results. Based on a cross-sectional, qualitative study descriptive level and made with a patient in a mourning relational loss son Clínicas del duelo - innovación afectiva, Medellín, Colombia; explores the feelings, emotions, events, actions, reactions and memories disturbing that arise in the process because of the experience of loss. Venture some conclusions and recommendations that could be useful as input to the understanding of the phenomenon investigated.

**Key words:** *Mourning, relational loss, EMDR, acute stress.*

## INTRODUCCIÓN

En los estudios formales de psicología son muy escasos los esfuerzos investigativos que se asignan a la experiencia de duelo, a pesar de tratarse de un fenómeno común y concurrente en la sociedad y por la que todos los seres humanos atraviesan en algún momento de la praxis del vivir. La conciencia de esta situación real unida al aprendizaje continuo del investigador en Clínicas del duelo – innovación afectiva, sede Medellín, fueron el impulso decisivo para que se planteara la realización de una investigación respecto al tema.

La primera parte del trabajo investigativo contiene aspectos teórico sobre el duelo, la teoría del apego y la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular Eye Movement Desensitization and Reprocesing, EMDR), conceptos generales y contextuales sobre los que este estudio está fundamentado. Se basa en la revisión bibliográfica de los diferentes autores que se han ocupado sobre cada uno de los temas propuestos. Por su parte, en una segunda parte se realiza el análisis y la interpretación del hecho concreto basado en la aplicación de EMDR en una paciente que consulta por duelo a raíz de una pérdida relacional, todo esto basado en un tipo de investigación cualitativo de tipo transversal y de nivel descriptivo.

La parte teórica hace referencia, en primer término, a la teoría del duelo normal y las especificidades del duelo relacional, en donde hay cabida para temas como las fases del duelo y las reacciones que pueden evidenciarse en cada una de éstas. Además, se conceptualiza en relación al duelo patológico, bloqueado o congelado, aclarando cuáles son

las características que lo diferencian del duelo normal teniendo en cuenta que éste es un proceso no lineal ni establecido para todas las personas, sino subjetivo.

Terminando con el primer capítulo principal referente al duelo, se prosigue con la teoría del apego y las reacciones ante la pérdida basadas en ésta. Es importante dar claridad sobre la manera como se presentan las reacciones con la experiencia de pérdida con cada uno de los tipos de apego, que atraviesan de manera determinada el proceso de duelo, por lo que los patrones de apego se abordan en la presente investigación.

Se deja de lado lo que hace referencia al duelo y a la teoría del apego, para centrarse en la terapia que terminaría de dar complemento a la investigación, EMDR, proponiendo dentro del marco referencial su historia y protocolo de aplicación para contextualizar el análisis de la investigación. Se explica la técnica de intervención que será utilizada en una paciente con diagnóstico de reacción de estrés agudo como consecuencia de la experiencia de pérdida relacional.

Se procede finalmente a la parte cualitativa de la investigación, en la que además se utilizan la información obtenida por el registro del caso clínico de la paciente mencionada en conjunto con el marco referencial para la realización del análisis y la interpretación. El trabajo finaliza con la exposición de algunas recomendaciones y conclusiones.

## 1. PRESENTACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

### 1.1. *Planteamiento (formulación) del problema*

Experimentar la pérdida de un ser querido, deja entrever en el adulto algunos comportamientos que pueden relacionarse directamente con un estrés agudo, generado por la experiencia inmediata de la separación y el proceso de duelo que éste debe asumir, estrés que produce, a su vez, algunas reacciones físicas y emocionales (Montoya, 2008). Siendo estas reacciones normales, no por eso dejan de hacer parte de un acontecimiento vital estresante que requiere atención prioritaria y por el cual muchas personas buscan ayuda terapéutica, estas ayudas, se atiende de manera inmediata abordando el proceso de modo que se tengan en cuenta algunos factores que lo hacen relevante como son los patrones de apego, el tipo de pérdida, la personalidad del doliente, incluso la manera de significar la experiencia de la pérdida (Worden, 1997).

Entonces, el duelo sería exteriorizado como una reacción normal en el doliente, no obstante, es determinado como el acontecimiento en la vida de los seres humanos con el nivel de estrés más agudo que cualquier otro evento, es por esto que a su vez se supone que exista un proceso más o menos largo y doloroso de adaptación a la nueva situación en la que se encuentra el doliente después de la pérdida y la separación (Montoya, 2008). Partiendo de esto podría mencionarse la importancia que tiene el manejo del duelo en el campo de la salud mental, más aún en el campo clínico, puesto que supondría un empoderamiento en tanto factores, evaluación, diagnóstico psicológico y un apoyo

direccionado a la recuperación por la pérdida, es decir, desde la Psicología se apuntaría a una adaptación a la pérdida (Worden, 1997).

Teniendo en cuenta que el estrés producido por la pérdida, la intensidad de ésta y la duración del proceso de duelo dependen de diversos factores, podría manifestarse que algunas condiciones harían que la pérdida sea más o menos dolorosa. Entre estas condiciones se encontraría el tipo de apego con el vínculo afectivo perdido, el tipo de personalidad del doliente y las características de la relación que se tenía. Por tanto, el duelo se habría resuelto cuando el individuo tenga la capacidad de recordar a su vínculo afectivo perdido sin sentir tanto dolor, cuando se ha aprendido a vivir sin él o ella, cuando se vive tranquilamente con el recuerdo de esta persona y se deja de vivir en el pasado (Montoya, 2008).

La terapia de *Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR)* planteada inicialmente por Francine Shapiro (1995) trabaja con experiencias agudas estresantes como la pérdida de un ser querido, poniendo en evidencia los síntomas relacionados con el duelo y trabajando sobre ellos. Rabia, culpa, ansiedad, desesperación, tristeza, entre otros son abordados en terapia EMDR procurando una curación de cada uno de estos síntomas que producen estrés agudo en el doliente (Shapiro, 2002).

EMDR propone que por medio del reprocesamiento de la información los dolientes pueden reacomodar la información de la experiencia que les produce tal nivel agudo de estrés y tristeza excesiva, esto se realiza a través de una estimulación bilateral de los ojos.

Así, se abordaría al paciente de tal manera que la información logre reacomodarse para que pueda darle un significado diferente (Shapiro, 2007).

La estimulación bilateral de los ojos se realizaría a la vez que el paciente verbaliza su experiencia traumática o estresante, para tener un resultado en el que se daría la desensibilización y el consecuente reproceso o resignificación de mencionada experiencia y la desaparición del síntoma. Partiendo de esto, se hace pertinente manifestar que EMDR trabaja con aquellas experiencias traumáticas o estresantes que por su alto contenido emocional se hacen difíciles de verbalizar completamente por parte del paciente (Shapiro, 2007).

Aunque al revisar la literatura científica se encuentran algunas investigaciones en las que se lleva a cabo una intervención en pacientes en duelo a través de EMDR, ésta arroja que el principal punto a trabajar es el estrés como un evento común, más no como un estrés agudo que tiene como consecuencia la experiencia de pérdida conjunto a la experiencia de vida del deudo que aportarían diversos recursos internos para afrontar adecuadamente o no el duelo. Por tanto, los estudios encontrados en los que se implementa EMDR en paciente en duelo hacen referencia a diferentes tipos de estrés, más no aborda la pérdida con todos sus componentes (Shapiro, 1995 & Dworking & Errebo, 2010).

En éstos se manifiesta de una alta carga de estrés manejado en este proceso de pérdida, sin embargo, una notable parte de los registros sobre este método terapéutico no especifica la manera en qué pueda abordarse un paciente en proceso de duelo en la intervención clínica. Es por esto que, procurando una pertinencia en la investigación, se ha

detectado la necesidad de ahondar en el proceso clínico al que un paciente puede acceder con terapia EMDR.

Teniendo en cuenta lo anterior, encontraríamos una viabilidad en tanto la aplicación de la terapia EMDR en pacientes en duelo por su alto nivel de estrés agudo, surge entonces la inquietud de cuál sería el proceso y las mejoras a las que podrían enfrentarse personas en duelo a través de dicho método clínico.

Ampliar la perspectiva de abordaje, conocer qué puede ocurrir en el proceso de la terapia y cuál es el avance del paciente sería oportuno tenerlo en un registro detallado, para lograr dimensionar la efectividad del método. Lograr que el paciente trabaje aquellas cosas que en su proceso de duelo han quedado en la emoción desde la significación de la experiencia, y que por su alto contenido afectivo y estresor pareciera que se anulara su verbalización, esa sería la finalidad de EMDR, que el paciente resignifique y dé otro sentido a aquella experiencia que le afecta su emoción y su pensamiento y que aún no logra explicar totalmente con las palabras.

De acuerdo a lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

***¿Podría mejorar la recuperación del duelo por pérdida relacional por separación con la implementación de la terapia EMDR?***

El anterior interrogante surge de tener en cuenta que el duelo es un proceso que implica reorganización de diversos factores emocionales, donde hay una adaptación a un

medio en donde la persona que se ha perdido claramente no está. El duelo es doloroso, porque lo que duele es la existencia, el pasado, el presente y el futuro del deudo (Montoya, 2008) y la persona que lo realiza debe ajustarse y sobrevivir a las nuevas situaciones que le demanda seguir viviendo sin la presencia del otro. Por tanto, elaborar el duelo requiere acostumbrarse a la soledad y al vacío que genera la pérdida, lo cual no es fácil para algunas personas, ya que es un proceso enmarcado en la subjetividad de quien lo realiza (Worden, 1997)

Continuando con la reflexión anterior, es necesario manifestar que el duelo no es una enfermedad o un trastorno, pero si es un acontecimiento totalmente estresante en la vida de las personas (Worden, 1997), partiendo de que éstas reaccionan de manera diversa y depende también de ciertos factores relevantes que enmarcan ese proceso tales como: el tipo de pérdida, la edad, el nivel de apego, la personalidad, entre otros.

Así pues, podríamos entender el duelo como un proceso que está íntimamente relacionado con la personalidad de quien vive el duelo, su manera de enfrentar las pérdidas, el dinamismo propio del proceso que hace que éste no sea estándar ni lineal, razón por la que EMDR aparecería como opción terapéutica funcional para el tratamiento del duelo, ya que EMDR no es sólo para tratar traumas mayores, sino todas aquellas experiencias que tengan como origen memorias traumáticas, más aún si se manifiesta, que a medida que el procedimiento se desarrolla en el paciente, se observa que no sólo ocurre una desensibilización, sino además una profunda reestructuración de los recuerdos y la autopercepción, como subproducto del procesamiento funcional que tiene lugar.

## *1.2. Objetivos*

### *1.2.1. Objetivo General*

Determinar si existe una mejoría con la implementación de la terapia EMDR en una paciente que consulta por una pérdida relacional por separación.

### *1.2.2. Objetivos específicos*

- ✓ Describir el caso clínico de una persona que consulta por una pérdida relacional por separación.
- ✓ Identificar los componentes de la memoria de destino y la intensidad de la perturbación de acuerdo a los procedimientos propios de la terapia EMDR.
- ✓ Implementar en la persona objeto de estudio las ocho etapas propias del EMDR a través de la estimulación bilateral de los ojos.
- ✓ Analizar el proceso aplicando EMDR en el caso de una paciente en duelo por pérdida relacional por separación.
- ✓ Relacionar los beneficios y limitaciones de la terapia llevada a cabo con la persona objeto de estudio.

### 1.3. *Justificación*

La pérdida y el duelo que esto conlleva son catalogados como los eventos vitales más estresantes en la vida de los seres humanos (Montoya, 2008 & Worden, 1997). Estudiar este fenómeno es relevante para los psicólogos que a diario se ven trabajando el sufrimiento humano. Por tal motivo, la presente investigación es importante por múltiples razones.

En primer lugar, el abordaje de esta temática se hace pertinente si se toma en cuenta que la pérdida es un tema al que poca atención se le presta en los pensum de formación de los pregrados de Psicología. La Universidad San Buenaventura de la ciudad de Medellín brinda un postgrado denominado *Cuidados al Final de la Vida*, en el que se realiza un abordaje de cuidados paliativos y enfermos terminales, ésta es la propuesta que más se acerca a la temática de duelo a nivel local. Los resultados de esta investigación, por tanto, podrán constituirse en temáticas actuales que podrán nutrir los cursos de Psicología del Desarrollo, Evolutiva o del Ciclo Vital.

En segundo lugar, permitirá dar a conocer una de las terapias de vanguardia que gran éxito está teniendo en países como los Estados Unidos, México y Argentina y que, algunos profesionales de la salud mental han empezado a explorar en Colombia. Tanto es así, que ya existe una página de internet del grupo colombiano<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> EMDR Colombia disponible en: [www.emdrcolombia.org](http://www.emdrcolombia.org)

En tercer lugar, permitirá brindar nuevas propuestas en el campo clínico al poder ofrecer la terapia EMDR como tratamiento de personas que sufren de estrés agudo como consecuencia de la pérdida de un ser querido. Permitirá, por tanto, dar a conocer sus beneficios y forma de aplicación, razón por la que realizar un análisis de caso se ha evidenciado como importante y fundamental para el curso de esta investigación, ya que permitirá ahondar en el accionar y la continuación que llevará la aplicación de la terapia en un caso específico.

En cuarto lugar, esta investigación otorgará pautas sobre la aplicación de EMDR en un proceso específico con un paciente en duelo. Aquí radicaría la importancia de la realización de esta investigación, puesto que los registros en EMDR poco especifican sobre la aplicación y proceso en un paciente en duelo más allá de concebir que se trabaja como un trauma común, sin embargo, Clínicas del duelo – innovación afectiva concibe la experiencia de pérdida y duelo como la destrucción del mundo personal en tres dimensiones importantes que son la realidad, el sentido de vida y la personalidad.

Finalmente, se hace pertinente la investigación como un aporte a la Institución Universitaria de Envigado como un trabajo de apoyo bibliográfico sobre un tema poco conocido en el medio clínico en la actualidad local, incluso nacional, razón que le daría a ésta un toque innovador en dicha área. El proceso práctico que se ha realizado en relación al tema del duelo ha creado un interés alrededor del abordaje de dicha temática, experiencia que ha permitido ahondar en aquello que se hace pertinente abordar en un proceso clínico con el paciente, emociones y pensamientos generales, cuestión que permitirá de alguna manera direccionar la investigación y no perder el rumbo de ésta. Esta razón pesa para

convocar a realizar la investigación, es decir, como futuro profesional de la salud mental se hace pertinente ahondar en un tema que ha suscitado gran interés y que a su vez tiene un valor académico importante por el aporte a realizar. Ahora bien, realizar una conexión entre Duelo y EMDR hace de esta investigación un elemento innovador y en demasía aportador al área de la salud mental en tanto el desarrollo que ésta tiene a nivel local.

#### *1.4. Diseño Metodológico*

La presente investigación se llevará a cabo por medio de un estudio de enfoque cualitativo de tipo transversal y de nivel descriptivo. A continuación, se justificará la elección del anterior diseño.

En primer lugar, será un estudio de caso clínico de enfoque cualitativo como base fundamental de desarrollo de esta etapa, por tanto, hay que tener en cuenta que no se propone establecer variables “exactas” sino identificar conceptos esenciales para el registro del caso a través del fenómeno circunstancial a estudiar. Por tanto, se propone como una investigación cualitativa porque no se busca un direccionamiento de éste hacia algún lado, por el contrario se pretende lograr el entendimiento del fenómeno en todas sus dimensiones, internas y externas, pasadas y presentes. Entonces para realizar dicho seguimiento del fenómeno en su dimensión dentro del estudio de caso se precisa realizarlo desde el estudio cualitativo, puesto que el propósito es explorar el proceso clínico de la paciente dentro de su propia circunstancia y experiencia del duelo y describir la realidad tal como la experimenta ésta, se buscaría explicar los aspectos de su realidad y su experiencia del duelo, del nivel de estrés manejado por éste (Hernández & Fernández, 1991, p. 47). Entonces, un estudio de caso permitiría observar el fenómeno de la paciente en duelo de manera detenida y a profundidad.

En segundo lugar, será de tipo transversal ya que nos ocupa en un espacio temporal único, es decir, la investigación será realizada en un sólo momento, aun tomando en cuenta que es un proceso de intervención clínica, ya que éste será realizado de manera continua, no

existirían espacios de tiempo medidos prolongados (Hernández & Fernández, 1991, p. 48), sino que se procura darle continuidad al proceso de intervención de la manera más adecuada para la terapia a utilizar.

Por último será de tipo descriptivo puesto que los resultados se evidenciarían y se lograrían explicar y analizar de acuerdo a las variables existentes desde el inicio de la investigación, variables que no procurarían manipularse (Hernández & Fernández, 1991, p. 48).

Esto será realizado a través de un estudio de caso clínico, tal como se mencionó, que permitirá el análisis de un proceso terapéutico, esto sería una actividad netamente práctica que se direcciona a la aplicación de conocimientos teóricos relacionados con una situación específica (Hernández & Fernández, 1991, p. 41). Este análisis de caso clínico permitirá potenciar el aprendizaje por medio de la investigación y el fundamento de los aportes a realizar por medio de ésta.

Entonces, se hará una selección adecuada del caso clínico a tratar partiendo de la vinculación que se realiza con el tema a trabajar en esta investigación, así como se realizará una búsqueda de los materiales o fuentes de información de soporte para ésta. A la paciente se le realizará en la primera consulta, además de la entrevista con el terapeuta, un test (ver anexo) en donde pueda evidenciarse el estado en el que llega a consulta, permitiendo establecer la fase del duelo que atraviesa y cuáles son los factores de riesgo a los que ésta se expone. Así mismo, con ella se realizará un calendario de trabajo, es decir, a partir de la fecha de inicio se establecerá una fecha de finalización del proceso con el fin de evaluar el

estado en el que termina la intervención clínica. Igualmente se tendrá en cuenta para el calendario a establecer con la paciente la consulta de preparación, que sería inmediatamente después de la primera entrevista y el pre test así como una fecha en la que se hará una puesta en común (paciente, terapeuta e investigador) de las conclusiones extraídas del análisis de caso.

Hay que tener en cuenta que el análisis de caso permite obtener beneficios como la observación de una manera detenida y a profundidad del fenómeno, para lograr describir de manera detallada las características de éste, pero a su vez dispone de algunas limitaciones, una de ellas es que el estudio de caso adolece de la generalización, es decir, de un caso no se puede validar un argumento a nivel general o el universo total de una población. Entonces, a lo que responde un estudio cualitativo de caso es a las características del fenómeno observado, en este caso en la paciente que asiste por duelo a causa de una pérdida relacional.

Para el seguimiento y el análisis de la actividad se tendrá presente la observación no participante acompañado de la evaluación progresiva de las sesiones de la paciente, con el objetivo de apuntar y tener presente aquellos puntos concretos que se puedan resolver de forma efectiva durante la terapia.

Finalmente, el análisis de caso clínico se cerraría con la elaboración de conclusiones de las sesiones terapéuticas, se realiza un cierre formal por parte del terapeuta experto en EMDR, una valoración y una retroalimentación a nivel del paciente, teniendo en cuenta que el investigador estará presente para recolectar la información concluyente.

Así pues, se propone dentro de la recolección de datos e información la observación del caso a analizar, intervención que se realizará en torno a la investigación por un especialista en terapia EMDR y con un paciente en duelo por separación. La realización por parte de un especialista en EMDR al paciente en duelo permitirá no alterar las variables independientes con intencionalidad del investigador, por el contrario, el objetivo de éste es observar los fenómenos experienciales del paciente dentro de su proceso. Todo esto será sustentado desde un fundamento teórico, ya que el especialista tiene el título mundial en EMDR y por tanto, será la base para el adecuado desarrollo de la intervención.

#### ***1.4.1. Población y muestra***

Se partió de la población total que estaba constituida por las personas que acuden a consulta psicológica por una pérdida relacional por separación. La muestra se conformó o se definió a partir de la selección de un caso clínico de una paciente, de sexo femenino, que actualmente tiene 28 años de edad que consultó por una pérdida relacional por separación. La elección de la muestra fue intencional o por conveniencia (Scribano, 2008, p. 38).

#### ***1.4.2. Definición operacional de términos***

- ✓ ***EMDR ó desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular (eye movement desensitization and reprocesing)*** En la presente investigación se entiende como la terapia propuesta por Francine Shapiro en el año 1987 que consiste en una técnica psicológica utilizada para desensibilizar y reprocesar los traumas psicológicos de una manera natural y rápida (Shapiro, 1995).

- ✓ ***Pérdida relacional por separación*** Para fines de esta investigación, se entenderá como el proceso de duelo de una persona después de una ruptura de pareja principalmente (Montoya, 2008).
- ✓ ***Estrés agudo*** Producto de una agresión intensa, bien sea física o emocional, limitada en el tiempo, pero que logra superar el umbral de la persona, por tanto, se presenta una reacción intensa, rápida y muchas veces violenta.

#### ***1.4.3. Instrumentos***

Para la realización de la intervención y el análisis de caso clínico se hacen necesarios algunos instrumentos que podrán aportar al adecuado desarrollo de la investigación.

El primero de ellos es la observación no participante, puesto que la observación es netamente un instrumento de utilización en las investigaciones cualitativas. Este tipo de observación se fundamenta en la actuación del observador de una manera neutra, incluso en ocasiones ni si quiera se precisa conocer al observador, puesto que éste no se dirige al observado directamente, o si lo hace debe procurar no sobrepasar en intensidad a como se dirigiría a alguien casualmente. Entonces, el observador estaría limitado a mirar y a tomar notas sin relacionarse con el observado. Una de las desventajas con las que se cuenta en la observación no participante es que aplicando éste, probablemente el observado no se comportará normalmente, puesto que el observado sentirá que no se relaciona con el

observador pero se siente vigilado. Por otro lado, es probable que el investigador, al no participar de la vida del observado, pueda mantener más fácilmente su objetividad, esto sería una ventaja investigativa (Galeano, 2004, p. 36)

La observación es una técnica que permite observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. Ésta es un elemento fundamental en todo proceso investigativo; es en ésta en la que se apoya el investigador para lograr obtener el mayor número de datos (González, 2007, p. 47).

Otro de los instrumentos a utilizar para este análisis de caso clínico es el diario de campo, instrumento que será utilizado con el fin de registrar los hechos presentados en la intervención EMDR que sean susceptibles de ser interpretados, es por esta razón que el diario de campo permitirá sistematizar las experiencias para luego analizar los resultados. Hay que tener claro que en el diario de campo estará sistematizada la realidad vista a través del visor del investigador en tanto éste se encuentre presente en las intervenciones, estarán registradas sus percepciones y su cosmovisión, teniendo en cuenta que la subjetividad entra en juego desde el momento del registro de los hechos y no sólo en su interpretación. En el diario de campo estarán recopiladas las observaciones que el investigador realiza, así como sus impresiones y las conclusiones de cada una de las sesiones (González, 2007, p. 39).

Por otro lado, se hará validar por expertos en la temática de duelo un test que permitirá validar la paciente antes, durante y después de la aplicación de la terapia EMDR. Este test (ver Anexo) permitirá, acompañado de las respectivas entrevistas, ahondar en el relato de la paciente, qué dice antes de la aplicación de la técnica y qué dice después de

ésta. Entonces, este test dará cuenta del estado anímico, emocional y estresor de la paciente en tanto de perfila el punto exacto del duelo en el que se encuentra ésta. Así, el pre test determinará el estado y la etapa del duelo en la que la paciente se encuentra antes de la aplicación de la técnica EMDR, mientras que el post test, tal como se evidencia, procurará demostrar el avance de la paciente con la aplicación de la técnica y las conclusiones de la investigación. Con estos se lograría evaluar la condición, el efecto de la terapia en el duelo.

#### ***1.4.4. Contexto espacial de la observación***

Para la realización de la intervención de la terapia EMDR se hace necesario un consultorio tranquilo y sin muchas distracciones visuales, con el fin de que el paciente pueda centrarse principalmente en lo que el terapeuta propone para la estimulación bilateral ocular. De igual modo, el terapeuta deberá tener, dentro de sus herramientas de trabajo, un objeto que brinde una estimulación auditiva al paciente con el fin de realizar intercambios con los movimientos oculares, permitiendo que la estimulación continúe, pero que al tiempo pueda descansar y obtener un adecuado resultado. Este objeto, generalmente, suele ser una especie de castañuela para el fácil movimiento de las manos del terapeuta en el momento de la estimulación.

### ***1.5. Registro, procesamiento y análisis de la información***

En este estudio cualitativo de caso clínico se propone el registro y la sistematización de información como procesos mediadores entre la recolección y la generación de información y el análisis de la misma. Por tanto, dicho registro sistemático de la información permitirá poner en orden el cúmulo de información recopilado en el proceso investigativo y observacional posibilitando que la recuperación de ésta sea ágil y eficiente.

Partiendo de la revisión bibliográfica y documental del material relevante para la investigación podrán obtenerse categorías de análisis y aplicar estrategias metodológicas para el análisis de la información, que al tiempo serán nutridas desde el trabajo de campo.

Generar la descripción de hallazgos tendrá como punto de partida el cúmulo de información que será registrada y sistematizada para el análisis y la interpretación. Puesto que en un alto porcentaje la información recolectada es de carácter específicamente cualitativo y puede contener: normas, visiones, imaginarios, mitos, percepciones, actitudes, categorías, conceptualizaciones, actitudes, modos de vida, valores, entre otros, procedente de fuentes tales como: la bibliografía, la observación por parte del investigador, de los aportes del actor social, sólo reflejará el caso específico y no generará mayores generalizaciones dando paso a reflejar hallazgos de un modo más limitado, que sólo y únicamente responden a los alcances y limitaciones del paradigma seleccionado de acuerdo con los intereses de la investigación.

Entre las orientaciones para el registro sistemático y el análisis de la información se encuentran las siguientes:

Partiendo del instrumento diario de cambio de podrá tener una orientación clave para la recolección de información, permitiendo que se posibilite su registro sistemático. Como apoyo a los datos registrados en el diario de campo se tendrá la historia clínica de la paciente, así como los datos relevantes de proceso que se llevará con el test evaluativo propuesto para el seguimiento de ésta. Así entonces, podrá poner en evidencia el proceso de la paciente a través de la aplicación de la terapia EMDR recolectada en estos instrumentos y vinculando esto con la teoría.

El diario de campo permitiría, entonces, que se lleve un seguimiento detallado del proceso de la aplicación de la terapia, mientras tanto el análisis se realizará a partir de las pautas establecidas para un proceso de duelo desde la teoría, y claro está, desde los beneficios que tendría la aplicación de la terapia EMDR en el paciente observado. Hay que tener en cuenta que en una investigación cualitativa lo teórico es concebido como un sistema de relaciones expresamente construido dentro del proceso investigativo (Galeano, 2004, p. 38), por tanto, lo teórico no es algo preestablecido a manera de encuadre rígido, ni teorías generales, sino más bien una construcción permanente durante la investigación y esto es lo que permitirá estructurar el trabajo analítico en torno a categorías sin necesidad de limitaciones a causa de una medida, es decir, se privilegian las categorías analíticas o nominales (Galeano, 2004, p. 38).

Continuando, se pretende establecer un sistema unificado de descripción bibliográfica de materiales documentales y de información proveniente del trabajo de campo y así se registrará la información generada en el trabajo de campo de una manera descriptiva en el diario de campo, en un lenguaje natural, haciendo diferencia en las citas directas que realizaría tanto la paciente como el terapeuta encargado de aplicar EMDR, teniendo en cuenta que se debería señalar vacíos, inconsistencias y contextualizando la información.

Con lo anterior se busca reconstruir el sentido que subyace en la información recabada y por tanto, se hace necesario registrar en un principio la mayor información posible, para que en el momento de la interpretación pueda realizarse una jerarquización y una selección informacional.

El análisis se realizará a través de la recolección de datos significativos en el diario de campo, historia clínica y resultados del test aplicado en diferentes momentos de la aplicación de la terapia EMDR, analizando comparativamente con la teoría sobre duelo y sobre EMDR, dando paso a la creación de categorías y ordenadores epistemológicos para poder dar un sentido a los datos y permitir ser reducidos, comparados y relacionados, para así construir las interpretaciones posibles sobre lo indagado, pudiendo darle el direccionamiento que se pretende en ésta, de buscar en el fenómeno observado las posibles repuestas a los interrogantes que guían el ejercicio investigativo. Encontrar un sentido a los datos recolectados y ordenados en categorías implicaría, entonces, estructurar, exponer, extraer y confirmar conclusiones comprensivas, argumentadas y sustentables (Galeano, 2004, p. 38).

*1.6. Presupuesto global de trabajo de grado*

<b>PRESUPUESTO GLOBAL DE TRABAJO DE GRADO</b>				
<b>RUBROS</b>	<b>FUENTES</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>ESTUDIANTES</b>	<b>IUE</b>	<b>EXTERNA</b>	
Personal	\$1'500.000			\$1'500.000
Material y suministros	\$33.000			\$33.000
Salidas de campo	\$1'560.000			\$1'560.000
Bibliografía	\$216.000			\$216.000
Equipos	\$1'600.000			\$1'600.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$4'909.000</b>			<b>\$4'909.000</b>

### 1.7. Cronograma

Cronograma														
SEGUNDO SEMESTRE 2010					PRIMER SEMESTRE 2011									
TIEMPO	MES	MES	MES	MES	MES	MES	MES	MES	MES	MES	MES	MES	MES	MES
	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IV	
ACTIVIDAD														
Formulación del tema														
Construcción anteproyecto														
Presentación anteproyecto														
Asesorías														
Revisión bibliográfica														
Desarrollo marco teórico														
Diseño metodológico														
Asistencia						36								

intervención EMDR													
Diarios de campo													
Aplicación BID													
Recolección información													
Análisis de caso													
Resultados													
Presentación final de trabajo													

## 2. MARCO REFERENCIAL

### 2.1. *Antecedentes*

A continuación se hará un reporte de la consulta de los antecedentes de investigación en orden cronológico ascendente con el fin de evidenciar el desarrollo de la terapia y la teoría en duelo en la literatura científica.

2.1.1. Worden, W. (1997) *El Tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia*. Barcelona: Ediciones Paidós.

El docente de Psicología en la Harvard Medical School y la Rosemead School of Psychology (California), William Worden, hace énfasis en este texto en la descripción de los mecanismos involucrados en el proceso de duelo, donde plantea éste como el evento en la vida de los seres humanos que más estrés genera, pues la pérdida nos expone a diversos elementos emocionales y psicológicos en sí que hacen de este estado toda una cadena abordable en el tratamiento psicológico. De igual manera, Worden explica cómo los duelos no resueltos pueden provocar en las personas problemas que requieren necesariamente atención de profesionales de la salud mental, problemas como reacciones emocionales exageradas, crónicas, enmascaradas o retardadas. En este texto abarca las diversas pérdidas que puede tener un individuo y por las que necesariamente atravesará un proceso de duelo, abortos, suicidios, muerte perinatal, muerte de la pareja, separación, entre otras.

2.1.2. Silk, M. & Shapiro, F. (2008). *EMDR: Una terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés y el trauma*. Barcelona: Editorial Kairós.

Las experiencias negativas, en ocasiones, permanecen sin asimilarse de una manera adecuada, dejando un residuo emocional que acaba gobernando nuestra vida cotidiana. En este caso, la persona quedaría atrapada en el trauma y, constantemente, requeriría ayuda para ponerse nuevamente en marcha. Es ahí, precisamente, donde entra a accionar la terapia EMDR. Propuesto como el método psicoterapéutico más importante que ha aparecido en las últimas décadas, EMDR ha resultado eficaz en tanto el tratamiento de problemas y enfermedades psicológicas (desde depresión hasta fobia, pesadillas recurrentes, tristeza y trastornos de estrés postraumático y agudo). Este libro explica en qué consiste la terapia EMDR y sus diversas aplicaciones partiendo de las experiencias traumáticas y estresantes para las personas, reuniendo una serie de testimonios de pacientes que han sido tratados con esta revolucionaria técnica.

2.1.3. Fernández, I. (2008). *EMDR Después de un incidente crítico*. Journal of EMDR Practice and Research, 2 (2).

Las investigaciones indican que el método EMDR es efectivo para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT), con numerosos estudios que muestran un alto porcentaje de remisión de los síntomas después de tres sesiones. Se presenta el caso de un paciente con trastorno por estrés postraumático agudo a causa de diferentes tipos de duelo por pérdidas ambientales y pérdidas relacionales a causa de la primera. El tratamiento para los síntomas del trauma se terminó en el plazo de tres sesiones, en donde estuvieron

incluidas las ocho fases y el protocolo de tres puntas (es decir, *más allá, objetivos presentes y futuros*). Un periodo de sesiones de EMDR fue suficiente para procesar el trauma y aliviar los síntomas relacionados con la pérdida, mientras que otro periodo de sesiones fueron necesarias para la re-evaluación y el presente proceso desencadenante y las plantillas en el futuro, es decir, la instalación de recursos, que fue de gran ayuda para prepararlo para las situaciones futuras que habían ido generando la ansiedad como resultado de su trauma.

2.1.4. Gelbach, R. (2008). *Trauma, Investigación y EMDR: Una respuesta de los desastres de la lista de deseos*. *Jornal of EMDR, Practice and Research*, 2(2).

Los desastres, tanto naturales como todos aquellos que se relacionan con el hombre (donde se evidencian directamente las pérdidas, ambientales, objetales y/o relacionales) afectan una gran parte de la población de la tierra. El impacto de dichos desastres sobre la salud mental de las poblaciones afectadas es considerable y es probable que sea insuficientemente abordado en el contexto global de respuesta a desastres. Si bien la intervención exitosa de la salud mental ha sido demostrada en una variedad de casos, incluso mediante el uso del tratamiento EMDR, este problema necesita más atención. Una respuesta eficaz de la salud mental será muy apoyada por una mayor investigación sobre cuestiones relacionadas con la incidencia, la forma y el pronóstico de estrés postraumático agudo generado por las pérdidas en los desastres. Un breve resumen de la investigación se presenta, en donde se manifiesta que se podría ayudar a los demandantes frente a estos desafíos.

2.1.5. Shapiro, E. (2009). *EMDR, Tratamiento del trauma reciente*. Journal of EMDR, Practice and Research, 3 (3).

Aunque la desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular (EMDR) ha demostrado eficacia en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático crónico y viejos recuerdos de trauma, un tratamiento EMDR de los recientes acontecimientos traumáticos y estresores no ha recibido suficiente atención por parte de los investigadores o personal clínico EMDR. Este artículo apunta a presentar las ideas más actuales y hallazgos acerca de la intervención psicológica temprana, en donde se incluyen los trastornos de estrés agudo, tras los recientes acontecimientos traumáticos y analiza el estado de la intervención temprana EMDR, los conceptos y la investigación. Francine Shapiro manifiesta que el modelo EMDR de procesamiento de información disfuncional predice que se almacenan recuerdos traumáticos que subyacen a muchos trastornos psicológicos actuales. En consecuencia, la hipótesis de que los recuerdos de un evento traumático reciente y sus secuelas no son consolidadas por integración global, ofrece una función única para el estado de intervención temprana no únicamente en la reducción de situaciones de extrema necesidad, sino también en la prevención de la sensibilización y la acumulación de recuerdos traumáticos.

2.1.6. Leeds, A. (2009). *Recursos en EMDR y otros métodos en la psicoterapia enfocados en el trauma: Una revisión*. Journal of EMDR, Practice and Research, 3 (3).

En esta revisión se realiza un examen de cómo los recursos se han utilizado en psicoterapias centradas en el trauma, siendo enfáticos en la utilización de la

desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR). Las prácticas actuales de los profesionales entrenados en EMDR se evidencian en un contexto histórico y teniendo en cuenta una serie de enfoques contemporáneos para el fortalecimiento del Yo. En este artículo se describe el uso de los recursos tal como se presenta en la literatura EMDR juntos con hallazgos de investigación. La revisión concluye con un llamamiento a la investigación controlada ampliamente utilizada en los procedimientos que se centran en recursos y guías de práctica para su uso en aplicaciones clínicas de EMDR.

2.1.7. Wesselmann, D. & Potter, A. (2009). *Cambio en el estatus de apego adulto tras el tratamiento con EMDR: Tres estudios de caso*. Journal of EMDR, Practice and Research, 3 (39).

Tres estudios de casos ilustran, pre y post desensibilización y reprocesamiento a través de movimientos oculares (EMDR), el estado de apego de tres adultos (dos hombres y una mujer) basados en la entrevista de Apego del Adulto (Adult Attachment Interview). Estas personas se presentan para el tratamiento ambulatorio, evidenciándose con estados de inseguridad y/o apego desorganizado pre tratamiento. Estos pacientes presentaron síntomas de depresión y ansiedad y quejas en tanto a problemas actuales en sus relaciones y pérdidas significativas, por tanto, recibieron de 10 a 15 sesiones de EMDR en el transcurso de aproximadamente un año, alternadas con sesiones de terapia de conversación y el enfoque EMDR utilizando las ocho fases del tratamiento. Después de la terapia EMDR, los tres pacientes experimentaron cambios positivos en el estado adjunto, medidos por la AAI y los tres reportaron una visión general de la literatura relacionada con categorías de apego en adultos y resume el efecto de la condición de apego en ellos en tanto el funcionamiento

emocional y social. Así mismo, se explican los procedimientos de justificación y de puntuación para la AAI.

2.1.8. Dworking, M. & Errebo, N. (2010). *Ruptura y reparación en EMDR en la relación cliente / clínico: Momentos ahora y momento de encuentro*. Journal of EMDR, Practice and Research, 4 (3).

Este artículo propone que la desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR) estaría reforzada por ser conceptualizada como una terapia de dos personas, es decir, una terapia que emplea el diálogo entre clínico y el cliente acerca a la sintonía de esta relación. La investigación actual sobre el sistema de neuronas espejo representa un apoyo neurológico hipotético a esta propuesta. Así mismo, detallados ejemplos clínicos ilustran ruptura (Momentos ahora) y su posterior reparación (Momentos de encuentro) de la relación terapéutica en las ocho fases de EMDR. El alto potencial para la ruptura de relación durante la terapia EMDR se discute, se hacen sugerencias para mejorar la práctica EMDR, la formación y la consulta atendiendo a la experiencia intersubjetiva entre el cliente y el clínico, especialmente cuando se trabaja con aquellos que han sufrido de forma repetida decepciones en el amor y pérdida generalizada de trabajo.

2.1.9. Burgos, L. (2010). *Elementos más comunes de la comunicación no verbal en personas asistentes a la Unidad de Duelo de la Funeraria San Vicente*. Tesis de pregrado para optar al título de psicóloga. Envigado: Institución Universitaria de Envigado.

La investigación propuesta por la psicóloga Luisa Burgos plantea que detrás del cuerpo hay siempre una intencionalidad emocional. La emoción no escapa del rostro y del cuerpo, no se expresa únicamente con la verbalización. Es por esto que en el proceso de duelo aquel componente principal, valga la redundancia, es el dolor, pero no es el único. Sin embargo, no hará falta ser un profesional para notar la tristeza en una persona invadida por ésta en el caso de tener una pérdida tan cerca, pero habrá que agudizar los sentidos para leer en el cuerpo la culpa, la rabia o el rencor que el doliente no se atreve a expresar verbalmente o que siente, pero no quiere sentir, o que lo confunden y no sabe que están ahí. En la intervención terapéutica, la comunicación no verbal, es completamente útil para percibir aquellas emociones que de alguna manera obstaculizan una recuperación y culpabilizan al doliente si las reconociera. Así pues, Burgos propone en esta investigación que no todas las emociones vividas en la experiencia de pérdida son verbalizadas, que hay una carga enorme que queda atrapada, pero que se refleja también en el cuerpo, en la mirada, en el tono de la voz.

## 2.2. *Referentes marco teórico*

### 2.2.1. *Duelo*

El duelo es el proceso que se experimenta inmediatamente después de la pérdida, bien sea por muerte o separación y otro tipo de pérdidas como la del hogar, pérdidas de valores, del sí mismo, incluso pérdidas de extremidades corporales, entre otras, que aludan a cambios en las circunstancias de vida de una persona (Montoya, 2008). Dicha pérdida antecede el proceso de duelo y generalmente suele ser definitiva.

Por tal razón, el duelo puede ser definido como una reacción normal de acuerdo a la experiencia de pérdida a la que se enfrentan las personas. Sin embargo, aun siendo una reacción normal, el duelo sería el acontecimiento que generaría más niveles de estrés en las personas, que a su vez supondría un proceso más o menos largo y doloroso de la adaptación a la nueva situación en la que se encuentra después de la pérdida (Montoya, 2008).

Hay que tener presente que cuando se habla de una pérdida, no necesariamente hay que remitirse a algo tangible, es decir, un duelo no se evidencia únicamente por una persona o un objeto que se pueda ver y tocar, también puede ser un objeto psíquico, una abstracción, una construcción mental. Entonces, aquí habría cabida para una persona que se ama, una mascota que se quiere mucho, un empleo importante, un ideal como la libertad o la sinceridad, o un lugar idealizado que se ama mucho como la propia casa (“el hogar”) o la patria (Gutiérrez, 2009). Se hace énfasis en lo anterior ya que erróneamente las personas asocian el concepto de duelo con la muerte de alguien

Gutiérrez, manifiesta que “podemos decir que el duelo es, fundamentalmente, un asunto de representaciones, es decir, de significación: lo que se valora es lo que se vivencia como perdido y la pérdida es de la magnitud de la valoración que le demos” (2009, p. 12).

Estaría claro que enfrentarse con una pérdida considerable podría trastocar y perturbar toda la vida de los seres humanos, además hay que tener en cuenta que el duelo puede llegar a afectar las relaciones personales, el trabajo, el ánimo, la sexualidad, los hábitos cotidianos e incluso, la propia salud física y emocional. De igual manera, hay que tener presente que el duelo es un aspecto completamente inevitable en el proceso vital de los seres humanos, puesto que en algún momento de la existencia todas las personas tienen que enfrentarse en mayor o menor medida a éste. En resumen, la pérdidas son un aspecto constitutivo de la vida del ser humano (Gutiérrez, 2009).

Al hablar de un proceso de duelo, de una elaboración, se hace referencia a una labor, se habla de un trabajo. Esto alude a que la asimilación de la pérdida exige a las personas un gran trabajo mental y emocional, claro es que dicho trabajo no se realiza de un día para otro, por el contrario, cuando una persona se enfrenta a un proceso de duelo necesita tiempo para elaborarlo. Dependiendo de la circunstancias ya mencionadas, el proceso puede requerir de meses o años para la elaboración (Gutiérrez, 2009).

Para Worden (1997), el duelo es un proceso que implica reorganización de diversos factores emocionales, en donde se presentaría una adaptación a un medio donde la persona u objeto perdido no se encuentra. De manera complementaria, Montoya (2008) manifiesta

que el proceso de duelo, aparte de todo, es excesivamente doloroso, apuntando que duele la existencia misma, puesto que duele el pasado, el presente y el futuro del deudo.

Frente a la pérdida las personas reaccionan de manera diversa, que depende de ciertos factores relevantes que enmarcan dicho proceso, entre los que se encuentran el tipo de pérdida, edad, nivel de apego, personalidad del doliente, entre otros. Entonces, se entendería que el duelo es un proceso que está íntimamente relacionado con la personalidad de quien lo vive, su manera de asumir las pérdidas, el dinamismo propio del proceso que hace que éste no sea estándar ni lineal (Montoya, 2008).

Entonces, dentro del proceso de duelo existen diversos factores que intervienen como la personalidad, algunos factores cognitivos, el grado de importancia del vínculo afectivo creado con aquello que se ha perdido, entre otros (Montoya, 2008).

La literatura científica especializada frente al tema también menciona que los rasgos de la personalidad, la tendencia a comportarse de cierta manera en medio de diversas situaciones influye de manera relevante, es decir, existen personas que pueden sentir las emociones de manera muy profunda, mientras que algunas otras personas podrían sentir las emociones de una manera más superficial. Esto tiene que ver con el hecho de que todas las personas asumen reacciones diferentes ante experiencias angustiantes, en este sentido, el duelo sería un acontecimiento único y no podrían existir dos procesos de duelo iguales, es más, hay que tener en cuenta que en una misma persona la respuesta puede ser diferente en casos distintos, es por esto que se tiene como herramienta principal el hecho de que no es

recomendable que otra persona pueda imponer su estilo para el proceso de recuperación, podría aprenderse de ella, más no por imposición (Montoya, 2008).

Así mismo, existen factores cognitivos que intervienen en este proceso de duelo, hay personas que entran en una fase de pensamientos catastróficos que les inmovilizan y les impiden pensar con claridad, mientras que existen otras personas que entre sus procesos mentales tienen la capacidad de un mayor conocimiento de sí mismos y del proceso en el que se encuentran (Worden, 1997). Por tanto, se hace evidente el alto nivel estresor que comporta la pérdida, el duelo es un asunto inherente al proceso de vida de los seres humanos y que en algún momento traerá a estos el estrés infinito que se provoca en el cuerpo y en la mente, esto debido a la experiencia traumática de enfrentarse a la vida sin su ser, objeto o abstracción querido (Montoya, 2008).

Esto hace parte de los recursos internos que posee una persona, asunto que menciona Montoya (2008), y entre los que se encuentran otros como el conocimiento de sí mismo, el grado de religiosidad o espiritualidad, la experiencia, la edad, elementos que permiten la facilitación del proceso de duelo solo. Igualmente, Montoya (2008) manifiesta que los factores externos para la facilitación del duelo, estos hacen referencia a aquellos que vienen de afuera, bien sean personas, entidades o grupos. Sin embargo, teniendo en cuenta el dinamismo del duelo partiendo de las necesidades de cada uno de los involucrados, hay que tener en cuenta también que la ayuda necesaria no siempre será la misma, ni siempre se necesitará la ayuda de los demás (Montoya, 2008).

Influyen así mismo, en el duelo, ciertos recursos que tiene cada persona como el nivel de autoestima y autoconfianza que pueden ayudar por ejemplo a no tener pensamientos autodestructivos y catastróficos, ante esto tienen una ventaja aquellas personas que tienen la capacidad de realizar una evaluación de la situación experimentada y una valoración de los recursos que pueden ponerse en juego para afrontar y controlar ésta (Worden, 1997).

Por otro lado, se encuentra el grado o importancia que se ha tenido con el vínculo afectivo perdido, lo que es conocido como el nivel de apego, que siempre va a dar una significación relevante a la experiencia del duelo. La calidad e intensidad de la relación con la persona pérdida va a determinar el grado de dolor que se sienta por dicha experiencia. Con esto se aclara que no duele más por grado de parentesco sino por nivel de apego (Montoya, 2008).

Así, estaría claro, entonces, que existen ciertas características primordiales para lograr abordar un proceso de duelo de una manera adecuada, entre éstas se encuentra que es un proceso único, dinámico y cambiante de persona a persona, es decir, no es lineal ni idéntico en todos, no es igual a nivel general (Montoya, 2008).

#### **2.2.1.1. *Duelo: una cuestión cultural y de representaciones***

Tomando como referente que el duelo es un asunto que se relaciona con representaciones y con significaciones, es decir, lo que se valora es aquello que se vivencia como perdido y la pérdida es de la magnitud de la valoración que le demos (Gutiérrez,

2009), podría mencionarse que en la justa medida en que el duelo dependa de estas representaciones que se hacen sobre el mundo cotidiano, la cultura entraría a tener una gran influencia, pues nos propone de diversas maneras sus principios y valores.

Es claro que la cultura transmite qué es valioso dentro de ella, por tanto, la experiencia de la pérdida comienza a convertirse en significativa para los integrantes de ésta en tanto la cultura establezca lo valioso. Es decir, no es posible realizar una similitud sobre el impacto de una pérdida en épocas antiguas y en la actualidad (Gutiérrez, 2009).

Con lo anterior podría manifestarse que en la actualidad la pérdida de objetos por daño, robo o extravío puede ser experimentada como una pérdida supremamente importante y terrible, esto a causa de la alta valoración de las cosas materiales que se le otorga en nuestra cultura (Gutiérrez, 2009).

Lo que se ha de proponer con lo anterior es que las representaciones culturales en torno al valor de los objetos materiales o intangibles varían a través del tiempo y en relación a la sociedad que se habite. Es decir, aquello que es representado como valioso para las personas depende, en gran medida, de la época histórica, entonces, cuando algo deja de ser valioso para la cultura, de modo global, su pérdida deja de ser relevante para sus miembros (Worden, 1997). Así, los cambios de creencias en la cultura logran transformar lo que de una época a otra instaure duelo y todo lo relacionado con su concepto.

### 2.2.1.2. *Algunos sentimientos ligados al proceso de duelo*

Es evidente, entonces, que cada proceso de duelo es diferente en cada uno de los seres humanos, por aquello que se ve involucrado con cuestiones como la personalidad, el nivel de apego y los factores cognitivos que posee cada persona para contenerse con sus herramientas internas y los recursos externos que le proporcionan los demás. Sin embargo, el proceso de duelo no sólo se ve envuelto por estos factores ya mencionados, sino que existen otras cuestiones que son realmente importantes y que se desencadenan en cuanto la pérdida se experimenta. La organización emocional de la persona en duelo se ve absorbida por la pérdida y se evidencia un desorden en esta área, aparecen ciertas emociones que son características dependiendo del tipo de pérdida que se ha experimentado y de las circunstancias de ésta. Los sentimientos más frecuentes son:

- ✓ ***Culpa*** directa o indirecta por las causas de la muerte del ser querido. Falta de cuidado antes de su muerte, mala relación o algún altercado antes de fallecer o una relación directa con la muerte como un accidente en donde el doliente fuera conduciendo o situaciones que lo involucren en la pérdida de su ser querido (Montoya, 2008).
- ✓ ***Ansiedad*** por no tener la presencia del ser querido y desear tenerlo, por extrañar aquello que hacía y por el nivel de apego que los comprometía (Montoya, 2008)
- ✓ ***Dolor emocional*** por la pérdida, por la soledad, por el apego existente con el fallecido, por el sentimiento de abandono (Worden, 1997).

- ✓ **Rabia** al sentir que el fallecido se fue y los dejó solos, por sentir el abandono de aquel que se va (Montoya, 2008).
  
- ✓ **Vacío** por la falta del ser querido, por no tener la presencia, por no saber dónde depositar las emociones que quedan ante la pérdida (Kübler, 2000).
  
- ✓ **Alivio** por deshacerse de la carga del cuidado, si el fallecido se encontraba enfermo antes de morir o por el tipo de convivencia si acaso se tenía una muy mala relación y, por tanto, una mala convivencia (Montoya, 2008).
  
- ✓ **Preocupación por el futuro** a causa del sentimiento de abandono que el otro deja y la incapacidad de pensar, por el shock, qué hacer con los días que vienen, por no saber cómo seguir la vida sin la presencia del fallecido (Nesse, Carr & Wortman, 1994).
  
- ✓ **Desesperanza** ante todo lo que viene para el doliente, sentimiento de desamparo, de soledad y de no tener nada sin su ser querido, posiblemente muy ligado al desgano y el desaliento (Montoya, 2008).
  
- ✓ **Sentimiento de abandono** por aquel que ya no está haciendo compañía, puede verse acompañado de rabia por sentir que no era el momento de irse o por no saber por qué se fue (Rojas, 2008).

- ✓ ***Movilización de sentimientos y preocupación por su propia muerte*** a raíz de la muerte de su ser querido, queda el pensamiento de que puede pasarle a uno también (Montoya, 2008).

### 2.2.1.3. ***Algunas reacciones físicas y corporales ligadas al proceso de duelo***

El proceso de duelo genera un impacto biológico que incrementa o disminuye dependiendo del seguimiento que se le brinde al mismo y al conocimiento de éstas reacciones corporales y la atención de éstas. No puede dejarse de lado que el impacto en el cuerpo del duelo es tal que logra crear inestabilidad a causa de las enfermedades, entonces es claro que no sólo es pertinente atender las consecuencias emocionales que presenta el duelo, sino que hay que tener claro que el duelo genera los niveles de estrés agudo más altos en las personas, por ende, atender el cuerpo después de la experiencia de pérdida es sumamente relevante. Algunas de las reacciones físicas y corporales más comunes son:

- ✓ ***Dolores de cabeza*** a raíz de la presión y el stress experimentado por la pérdida, por la ansiedad y angustia. Esto puede somatizarse con algo tan común como el dolor de cabeza (Rojas, 2008).
- ✓ ***Agotamiento*** puesto que muchas personas experimentan alteraciones en el sueño, duermen únicamente algunas horas, más no las suficientes para reponer la energía consumida, teniendo en cuenta que en el proceso de duelo se desgasta más la persona (Montoya, 2008).

- ✓ ***Cambios en el apetito***, algunas personas pueden comer más, posiblemente como una manera de atacar la ansiedad, mientras que otras personas pueden comer menos a causa del desgano y la desesperanza y tener como resultado una pérdida de peso significativa (Rojas, 2008).
  
- ✓ ***Problemas gástricos*** a causa de la mala alimentación, exceso o falta de alimentación. Igualmente aparecen por el stress continuo (Worden, 1997).
  
- ✓ ***Palpitaciones aceleradas*** como consecuencia de la ansiedad, la angustia. Puede estar acompañada de crisis de angustia o ataques de pánico (Rojas, 2008).
  
- ✓ ***Sudoración*** por todo el stress manejado, igual por todas las emociones que se movilizan y desencadenan pensamientos angustiantes, ansiedad (Montoya, 2008).

#### 2.2.1.4. ***Fases del duelo***

Teniendo en cuenta que dentro del proceso de duelo se atraviesan algunos momentos en el cual van cambiando emociones, sentimientos e incluso percepciones de lo acontecido, algunos autores conceptualizan la existencia de fases en el duelo no complicado, que es el que se ha venido desarrollando, otros por el contrario manifiestan la inexistencia de etapas o fases en dicho proceso. A continuación, se mencionan algunos autores que dividen el proceso de duelo en diversas fases:

2.2.1.4.1. **Jorge Montoya Carrasquilla.** (2008) Médico Psiquiatra, Director científico de las Clínicas del Duelo - innovación afectiva, expone cinco (5) fases del proceso de duelo, las cuales no tienen un orden determinado ni son consecutivas, es decir, la persona puede experimentar diversas fases en cualquier orden, incluso puede experimentar algunas y otras no. Esto indica que dichas fases no cumplen un orden específico ni tienen tiempo de duración determinado en el cual se den, dicho proceso responde al desarrollo subjetivo de los seres humanos. Estas fases propuestas serán el derrotero de la investigación y son:

- ✓ **Fase de Aflicción Aguda** Comienza en el momento de la muerte. Se evidencia un shock emocional, acompañado de incredulidad ante la muerte, alteración de la capacidad de comprensión, confusión, angustia aguda, repetición mental de los eventos que llevaron a la pérdida del ser querido, debilidad muscular, temblores, mareos, entre otros.
- ✓ **Conciencia de la Pérdida** Comienza cuando se acepta la nueva situación, sin embargo, se presenta una marcada desorganización emocional y ansiedad a causa de la separación del ser querido, incluso puede aparecer la culpa directa o indirecta sobre la muerte del vínculo afectivo y algunas veces irracional, tratando de explicar lo sucedido con algún argumento que valida la persona; rabia con él mismo por la posible culpa, rabia con el fallecido por haberse ido y rabia con los demás.
- ✓ **Conservación y/o Aislamiento** Hace referencia al momento de tristeza agudo en el que el deudo se aísla por momentos con alguna frecuencia, en muchas ocasiones se realiza esta actividad por sentirse agotado físicamente, se crea una impaciencia por la

recuperación, un recuento de los sucesos ante la pérdida y un continuo agotamiento físico y mental a causa del estrés producido por la pérdida.

✓ **Cicatrización** Se produce una aceptación a nivel emocional y a nivel intelectual, así como una sensación de mayor adaptación a la nueva realidad. Se presentan características como una reconstrucción de la forma de ser del deudo y retoma el control de su vida. Se le proporciona un significado coherente a la pérdida, teniendo como consecuencia de esto cerrar el ciclo reconstruyendo su propio mundo, perdonando y olvidando.

✓ **Renovación** Hace referencia a situaciones como empezar a vivir para sí mismo y sin el fallecido, sin su presencia física pero con sus recuerdos sin hacerse daño emocional o intelectual. Sin embargo, esta última fase puede presentar situaciones como reactivación de algunos síntomas ya presentados a lo largo del proceso en algunas situaciones, generalmente, en situaciones especiales como cumpleaños, aniversarios, entre otros.

2.2.1.4.2. **Colin Murray Parkes.** Psiquiatra, en 1970 postuló cuatro fases que se producen en las personas que tienen pérdidas.

✓ **Periodo de Insensibilidad** es la que se produce inmediatamente luego de la pérdida. Esta insensibilidad es la que ayuda a los deudos a desatender el hecho de la pérdida como tal, por lo menos por un breve periodo de tiempo.

- ✓ ***Fase de Anheló*** es donde se anhela que la persona fallecida vuelva y la persona en proceso de duelo suele negar la permanencia de la pérdida. Esto va acompañado generalmente de sentimiento de rabia.
  
- ✓ ***Fase de desorganización y desespero***, el doliente encuentra algo difícil funcionar en su medio. Momento en que siente que no se logra ubicar en su entorno de una manera igual a como lo hacía.
  
- ✓ ***Fase de conducta reorganizada*** donde el doliente comienza a recuperar su vida paulatinamente. Luego de interiorizar y entender la pérdida y comienza a reintegrarse a todas sus funciones habituales.

2.2.1.4.3. **William Worden** (1997) en su texto *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia* plantea el concepto de tareas del duelo, manifestando que es igualmente válido en relación a las fases o etapas que otros autores exponen y que, incluso, puede ser más útil para los clínicos. Este autor propone las siguientes tareas:

- ✓ ***Tarea I: Aceptar la realidad de la pérdida*** En primer momento hay cierta sensación de que no es verdad la pérdida. Afrontar plenamente la realidad de la muerte del ser querido es la primera tarea del duelo, partiendo de que el reencuentro con él es imposible. Algunas personas no aceptan que la muerte es real, por tanto, se quedan bloqueados en esta primera tarea. Entonces, aceptar la pérdida llevaría tiempo, pues implica una aceptación no sólo intelectual sino emocional. Sin embargo, los rituales

tradicionales como el funeral ayudan a la persona a llegar a la aceptación o a aproximarse más a ella.

- ✓ **Tarea II: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida** No todas las personas experimentan, a raíz de una pérdida, una misma intensidad de dolor, pero es imposible perder a alguien sin experimentar algo de dolor. Es por esto que es necesario que la persona elabore el dolor emocional para realizar el trabajo de duelo, la manera de elaborar este dolor es expresándolo, dejando sentirse su propio dolor sin reprimirlo. Negar esta segunda tarea implica el no sentir, en distraerse de su propio dolor.
  
- ✓ **Tarea III: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente** Cuando ocurre una pérdida, el doliente casi nunca tiene claro qué es lo que ha perdido en sí, se pierden roles que cumplía la otra persona. Por tanto, adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para personas diferentes, partiendo de cómo era la relación con el fallecido y de los distintos roles que cumplía éste. completar esta tarea implica estrategias de afrontamiento que redefinen la pérdida de un modo que beneficie al superviviente. También supone adaptarse a su propio sentido de sí mismos, así como un ajuste al propio sentido del mundo por medio de una significación para que sus vidas cambien para darle sentido a la pérdida y recuperar cierto control.
  
- ✓ **Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo** Esta tarea implica encontrarle al fallecido y a los recuerdos que se tienen de éste un lugar apropiado en la vida psicológica del doliente, implica recordar al ser querido pero sin una intensidad exagerada en el curso de la vida cotidiana, acompañado de planear su

propia vida y tomar decisiones sobre el futuro de ésta. Cuando se bloquea esta tarea la vida del doliente se detiene en el momento de la pérdida porque el apego por el fallecido continúa en vez de formar nuevos apegos.

2.2.1.4.4. **John Bowlby** (1983). El creador de la teoría del apego también planteó dentro de su teoría el tema del duelo desde la perspectiva de la separación de la figura vincular significativa. Éste propone cuatro fases por las que atraviesa la persona en duelo después de experimentar la pérdida.

- ✓ **Fase de embotamiento breve** Bowlby propone que esta fase es de corta duración, es decir, únicamente puede durar minutos, horas o quizás días, pero no mucho más. La personas que se enfrenta a la experiencia de pérdida procura que no penetre en ella la noticia dolorosa, la primera reacción sería algo como: “*No puede ser*”, “*No es cierto*”, etc. Por tanto, esta primera reacción es de embotamiento, como si fuera un breve periodo de anestesia, pero luego de esto la percepción de la pérdida da paso a un dolor.
- ✓ **Fase de anhelo y búsqueda** Una vez que se rompe la primera fase, aparece una especie de discusión, es decir, la penetración en la mente del pensamiento de que esa pérdida ha ocurrido. Por tanto, aparece un segundo periodo que se torna más largo, puede durar meses, años e incluso toda la vida. En esta fase de anhelo y búsqueda se produce una escisión de la persona, es decir, por un lado se acepta que la pérdida ha ocurrido, pero por el otro se alimentan las expectativas y las esperanzas de búsqueda y recuperación de la persona perdida.

- ✓ ***Fase de desesperanza y desorganización*** Si el proceso de duelo continúa su curso, es decir, si es posible pasar la segunda fase de anhelo y búsqueda, se presenta una fase de desesperanza y desorganización. Aquí se pierde la esperanza de reencontrarse con la persona querida y aparece la desesperanza y un estado depresivo de frustración de los anhelos de búsqueda. Se caracteriza por la desorganización y de sensación de fracaso.
  
- ✓ ***Fase de mayor o menos reorganización*** Si se atraviesa y se pasa la tercera fase, se lograría llegar a ésta, que se caracteriza por una reorganización, entendida como reorganización de los modelos de representaciones, ya sea del self o del mundo. Esto quiere decir que si se acepta que no hay vuelta atrás después de la pérdida, llega la reorganización que implica al tiempo una redefinición de los roles. Esta reorganización hace referencia en una última instancia a la aceptación de la realidad.

#### 2.2.1.5. ***Duelo bloqueado y negación***

Existe, cuando una persona se enfrenta a una experiencia de pérdida, una especie de congelación del proceso de duelo, a lo que se le denomina *duelo bloqueado* o *duelo aplazado* (Montoya, 2008). En términos psicológicos se le denomina así al proceso en el que el deudo intenta detener totalmente la elaboración del duelo. Esto hace referencia a un intento continuo por parar la asimilación emocional y racional de la pérdida.

De acuerdo a Worden (1997), esto puede deberse a que en algunos casos el dolor que se puede sentir es tan insoportable para la persona, que prefiere aplazar el sentir y lanzar su dolor a un lugar psíquico en donde se procura dejar intacto, sin enfrentarse con él, sin

pensar en él, sin hablar de él. El doliente decide, entonces, realizar infinidad de actividades o propiciar situaciones que le permitan aislarse de su situación de duelo, únicamente para no enfrentarse al dolor, es decir, la congelación del duelo detiene el trabajo psíquico relacionado con éste (Montoya, 2008).

Es pertinente manifestar que esto ocurre de una manera inconsciente, es decir, no es algo que el doliente decida desde la propia conciencia, no es un acto intencional y/o racional. Ahora, hay que tener presente que cualquier estrategia que se dirija al congelamiento del proceso de duelo, bien sea a nivel personal o social, no es adecuado ni de ayuda para las personas, ya que ésta acción conlleva dos efectos no muy saludables para la salud mental: como primero, al intentar detener la muerte, se termina también deteniendo la vida, ya que quien bloquea o aplaza un duelo se puede quedar atado precisamente en ese momento insoportable que pretende evadir y lo repite una y otra vez (Gutiérrez, 2009).

La segunda consecuencia de un duelo bloqueado se evidencia de una manera menos superficial, puesto que lo que hace es realizar estragos a nivel inconsciente, impidiendo una adecuada socialización con las demás personas, le impide recuperarse la pérdida y recuperar su conexión con la vida. Produce, pues, una vivencia catastrófica de la vida que frecuentemente termina causando depresión y otras tantas enfermedades (Gutiérrez, 2009).

Este tipo de bloqueo puede desencadenar algo que es conocido como negación, sin embargo, podría ocurrir otra situación muy diferente a la de congelar el duelo, pero que llega al mismo punto, ya que consiste en la sugerencia de desconocer el duelo, de negarlo

completamente. La negación es una forma típica de defensa ante el dolor insoportable que causa la pérdida (Gutiérrez, 2009).

Sin embargo, algunos autores, como Montoya (2008), atribuyen ésta a la primera fase del proceso de duelo, puesto que es de esperarse que ante la experiencia de una pérdida, en el momento inmediato a ésta se realice de manera inconsciente una negación de ésta. Lo que este autor menciona es que la desaparición de la negación, después de un par de meses, y la aparición del malestar y la tristeza profunda son buenos signos, puesto que permite una aceptación racional y emocional gradual, lo que indica que su proceso de duelo ha avanzado. Por lo tanto, el no avanzar hace referencia a que la persona persista en estado de negación, de tal modo que apareciera la congelación, bloqueo o aplazamiento del proceso de duelo. Lo importante para este investigador es que a medida que pasan los días después de la experiencia de pérdida se acepte más y más lo sucedido y que acepte que es un suceso doloroso (Montoya, 2008).

#### **2.2.1.6. *Duelo por separación: la pérdida del cónyuge***

Partiendo del postulado que el psicólogo y psiquiatra Randolph Nesse, la socióloga Deborah Carr y la psicóloga Camille Wortman (1994) exponen en su texto *Sufrimiento por viudez en la vejez* que podría mencionarse que aquellas personas que pierden a su pareja, bien sea por muerte o por separación y/o abandono, y se establecen en edades mayores a los 55 años tienden a sentir satisfacción en relación al desempeño propio en el transcurso de la relación matrimonial.

Sin embargo, en contraposición a esto, establecen que estadísticamente aquellos que experimentan la misma situación a edades menores mantienen un patrón constante de culpa, de sensación de fracaso por no lograr continuar con su matrimonio y no aceptan la separación como algo que viable en primer momento, quizás por el estado emocional en el que se encuentran las personas al iniciar el proceso de duelo. Ante estas dos situaciones hay algo que Nesse, Carr y Wortman (1994) apuntan de manera relevante en éste proceso y es que para muchos de estos individuos, sea cual sea su edad, uno de los consuelos más grandes que encontraban ante la pérdida del vínculo eran los recuerdos de las experiencias compartidas con éste.

Con lo anterior estos autores despojan la idea de que todas las personas que muestran una fortaleza ante la pérdida y durante el periodo de duelo no se encuentran emocionalmente distanciados o en etapa única de negación, sino que por el contrario, son personas con la capacidad de adaptarse ante la reacción a la pérdida de una manera más sana, por el contrario, aquellas personas que manifiestan una oleada de tristeza continua y mezclada con rabia evidenciarían, entonces, baja tolerancia a la frustración y pocas herramientas emocionales para afrontar el proceso de duelo, sin dejar de mencionar que de igual manera, el proceso de duelo por la pérdida de la pareja dolerá en cualquier caso, pues han de perderse diversas cuestiones que hacían parte única y exclusivamente de la vida en pareja.

Con esto no se pretende desmentir aquello de que puede existir una tristeza crónica después de la pérdida del cónyuge, es más, esta idea también se apoya, lo que se pretende es plantear que ambas posibilidades pueden ser viables, todo es cuestión de subjetividad,

así como de aquellos factores que delimitan el duelo, tipo de pérdida, tipo de apego, personalidad del doliente, entre otras.

Es evidente que la ruptura conyugal es un hecho que afecta en primera instancia a los miembros del matrimonio o pareja, sin embargo, también involucraría a sus familiares y amigos. En este orden, se hace pertinente manifestar que la separación no es sólo dejar a una persona, sino que hace parte del asumir la pérdida de un proyecto, de un sueño y de la cotidianidad. Esto es lo que debe asumir una persona separada, por lo que el duelo no es sólo por perder una persona, sino las demás pérdidas que conlleva esta experiencia. Entre otras se encuentra la pérdida de un estatus, pues es claro que en la sociedad que transitamos hay una marcada diferencia entre quienes se encuentran separados y los que no, la carga social no es exactamente la misma (Montoya, 2008).

La psicóloga Claudia Cáceres Pérez, directora docente del Instituto Chileno de Terapia Familiar (2006) hace hincapié en que el divorcio es una de las experiencias más difíciles de sobrellevar teniendo en cuenta las circunstancias, experiencia que genera un alto grado de estrés en los separados. Es por esto que ésta menciona como un acto pertinente y fundamental darse un tiempo en el que se elaboraría el duelo antes de rehacer la vida sentimental, pues asegura que el buen curso del proceso de duelo por separación y la posterior relación que podría existir entre la expareja depende, en gran medida, de la madurez e inteligencia emocional que cada uno de los involucrados en ésta posean.

Ellos sienten vacío, pues hace parte de una reacción enmarcada dentro de un proceso de duelo normal al dimensionar la ausencia del otro. El proceso de duelo

representado por una separación de la pareja, en términos de tiempo, no dura mucho menos de dos años, sin embargo, suele ocurrir que las personas se emparejen mucho antes de dicho tiempo, por lo que cabría apuntar que el tiempo mencionado no es un parámetro determinado ni obligatorio, pues hay que recordar que el duelo es un proceso único en cada persona. Una característica relevante en el proceso de duelo por separación de la pareja, es que las causas de ésta no hacen una diferencia en el proceso, ni en la forma ni en el tiempo que demore el desarrollo de la separación, lo que ocurre con estos eventos es que le agregan complejidad al proceso de duelo (Cáceres, Manhey & Vidal, 2009).

Existe una variable que influye de manera relevante en el proceso de duelo que se expresa luego de una separación, ésta es el nivel de madurez o inteligencia emocional que tenga la persona. Es decir, mientras más autonomía emocional posean los involucrados en la separación, cabe una probabilidad mayor de que el proceso de duelo sea más adecuado, por aquello que haría referencia, entonces, a las herramientas internas para afrontar dificultades. Cabría anotar que esto se produce por una adecuada relación entre la capacidad reflexiva y la emoción, lo que quiere decir que no tiene que ver, realmente, con la edad cronológica sino emocional de los involucrados (Cáceres & Manhey, 2006).

Cáceres y Manhey (2006) menciona que en algunos casos, cuando la separación relacional incluye hijos, sucede que aquel que queda a cargo de estos tiende a tener un comportamiento un poco más tranquilo, en relación a que percibe que su mundo emocional no está vacío del todo, mientras que aquel que se va solo siente más la soledad. Sin embargo, es necesario apuntar que no en todos los casos esto es una regla que aplica indiscutiblemente, puesto que en ocasiones, aquel que queda con los hijos puede tener

manifestaciones de dolor más agudas por el hecho de que los niños le remiten un recuerdo directo con su ex pareja, por lo que el serían un detonador de ansiedad, dolor, tristeza y en algunas ocasiones rabia.

Hoy en día existen muchas más parejas jóvenes que se han separado sin tener hijos, sin embargo, esto no hace mucha diferencia de las que los tienen en el sentido en que se pone de manifiesto un quiebre igual, ya que la cualidad desestructurante de la separación es tal que sólo puede ser parte de la pareja. Aunque existe algo bastante claro en una separación de una pareja que si tiene hijos, este factor es que la pérdida es mucho mayor, en algunos casos son varias pérdidas al tiempo (pareja e hijos si se van lejos) por aquello que tiene que ver con la cotidianidad (Cáceres, Manhey & Vidal, 2009).

Teniendo en cuenta lo manifestado por Montoya (2008) hay otra situación que se presenta muy comúnmente, es muy probable que exista una transición y el que deja de vivir en la casa con los hijos se va a vivir con algún familiar. Entonces, una de las variables que logran determinar que una separación tenga un curso más o menos destructivo en este caso tiene que ver con la involucración o sobreinvolucración de las familias de origen.

Aunque bien es importante el apoyo de la familia en un proceso de duelo, es aún más importante tener en presente que deben ponerse límites ante los juicios que emiten las personas (aún las más cercanas) sobre lo que nos ocurre y sobre lo que se debe y no se debe hacer en el proceso de duelo. Es por esto que en algunas ocasiones es preferible que aquel que ha experimentado la pérdida por separación y que se encuentra afrontando su proceso de duelo mediado por los juicios y el nulo apoyo de sus familiares, mantenga cierta

independencia con estos para poder tolerar el estar solo, teniendo en cuenta la importancia de herramientas como el apoyo y la técnica narrativa constante únicamente a aquellas personas que estén en real disposición de escuchar, porque duelo que no se habla es duelo que no se cura, dice Montoya (2008).

Podría manifestarse que la separación es, sin duda, una de las experiencias más dolorosas y costosas a nivel emocional para los involucrados, pues se pierde mucha energía y el cansancio emocional se hace evidente. Sin embargo, las emociones no serán las mismas para ambos, pues no es igual la situación para aquel que ha tomado la decisión de la separación como para el que tuvo que aceptarla, sin que esa fuera su primera opción (Gómez & Weisz, 2005).

La separación hace referencia a una experiencia emocionalmente traumática, dura, difícil, dolorosa para los involucrados: la pareja, los hijos, cuando los hay, y los allegados. Es evidente además que experimentar una pérdida por separación es una pérdida simbólica, es decir, que al no existir un ritual (como el entierro en una pérdida por muerte), cuestión que puede ser obstáculo para la aceptación adecuada del proceso que se atraviesa, podría entonces desencadenar en negación del duelo (Rojas, Fonnegra & Pérez, 1995).

Continuando, una vez aclarado que la separación de una pareja es una experiencia traumática, dolorosa, que genera diversas respuestas emocionales y que la superación del proceso de duelo depende de la especificación de la pérdida y de las características individuales de cada persona, es relevante tener presente que para elaborar dicho proceso de una manera adecuada es debido para la persona asumir y reconocer que la ruptura es un

hecho real e irreversible, asumiendo y viviendo las consecuencias que se producen a nivel emocional, para que posteriormente pueda darse paso a una adaptación a las nuevas circunstancias, en donde podría darse cuenta que las heridas pueden sanar y finalmente afrontar la nueva vida con dinamismo (Rojas, Fonnegra & Pérez, 1995).

#### 2.2.1.7. *Características que diferencian el duelo por pérdida de la pareja*

Experimentar la separación de la pareja tiene unas diferencias en relación a las otras pérdidas, estas diferencias son resumidas por Montoya (2008) en algunas características fundamentales para la comprensión de la pérdida relacional, quien establece que la separación es un duelo múltiple:

- ✓ **Pérdida del sentido de hogar:** Las personas salen de sus hogares para construir uno que sea propio con su pareja, para compartir su vida con la persona que se ama. Entonces, perder la pareja implica perder el sentido de hogar, puesto que queda un lugar vacío.
  
- ✓ **Pérdida de la persona que más roles asumía en la vida de la misma:** la pareja cumple diversos roles, amigo, confidente, consejero, entre otros. Por tanto, perder la pareja implica la pérdida de todos esos roles, es como perder muchas personas al mismo tiempo, puesto que se pierden los papeles que ésta cumplía. Habrán roles que cada doliente pueda reasumir, sin embargo, hay otros que deben ser enterrados o suprimidos, como el rol que cumplía el cónyuge en la intimidad. Otros roles pueden desplazarse a otras personas, si estos pueden cumplirlos.

- ✓ **Pérdida de una intimidad única:** Nadie llega tan lejos como la pareja, es decir, la pareja es la persona que conoce todo del otro, es con quien uno se comporta de la manera más natural mientras se encuentran en su hogar.
  
- ✓ **Es una pérdida no ritualizada:** Es decir, no hay ritual, como en la muerte, que permita reforzar la conciencia de la pérdida y la aceptación emocional de la misma. En algunos casos de divorcio, la firma de los papeles puede ser útil y funcionar como ritual reforzador para la conciencia de la pérdida, pero en los casos donde no haya rituales, la aceptación puede hacerse más compleja o retardada.
  
- ✓ **Pérdida de relaciones sociales:** Entablar una relación de pareja incluye, inherentemente, la socialización con los amigos del otro y la construcción de lazos sociales con aquellos que hacen parte de la vida de la nueva pareja. Sin embargo, en algunos casos la separación trae consigo la pérdida de los amigos de la pareja, porque las relaciones con ellos se basaba en el hecho de que de que eran pareja.
  
- ✓ **Pérdida de familiares políticos amados:** De igual manera que la anterior, ocurre que al entablar una relación de pareja, las relaciones con sus familiares son indispensables. En muchas ocasiones la familia de la pareja adopta al nuevo integrante, pero en el momento en que la relación finaliza se pierde esa familia casi que por obligación.

- ✓ **Pérdida de un estilo de vida:** Una relación se inscribe con diversos accionares, las salidas, los planes, pasar los fines de semana se convierte en un punto importante, los lugares que se visitan en pareja y las actividades del gusto de ambos. Todo esto se pierde inherentemente con la separación.

### 2.2.2. *Apego*

De acuerdo a la teoría del apego de John Bowlby (1983), el apego es una habilidad con la que vienen programada los individuos para desarrollarla, es decir, habría una especie de tendencia a crear vínculos afectivos con aquellas personas que están próximas a nosotros, es por esto que el individuo requiere del ambiente y de la experiencia para organizarse y desarrollarse. Así pues, la manera en que se direcciona y se organice mencionada tendencia dependerá exclusivamente de las experiencias vividas, creando apegos con el vínculo. Entonces pues, el significado de las experiencias le da un lugar al vínculo y al apego que se crea con éste, teniendo en cuenta que en el momento de la pérdida de este vínculo siempre va a haber duelo, diferentes dependiendo del tipo o patrón de apego que se cree, apego seguro, evitante, resistente o ambivalente.

Desde que ésta teoría fue desarrollada por Jhon Bowlby en el año 1969, se ha posibilitado una comprensión más clara y amplia de los procesos de personalidad y diferencias particulares e individuales de los adultos. Aún más, ésta teoría ha permitido que durante investigaciones posteriores se estableciera una correlación directa entre el patrón de apego desarrollado durante la infancia y algunas relevantes que se evidencian ya en la adultez (Bowlby, 1983).

Continuando, esta teoría del apego podría considerarse como un paradigma nuevo e integrador del individuo y de su desarrollo, otorgando con esto una visión comprensiva y organizada de todos los factores que contribuyen a la estructuración del autoconocimiento. Es por esto que, apoyado en Guidano, podría manifestarse que los seres humanos tenemos

la necesidad de no perder, en ningún caso, la proximidad física y emocional de su vínculo significativo, ante esto el mismo Guidano plantea que el apego hacia el vínculo afectivo es mucho más que una respuesta espontánea que podría derivarse en un comportamiento para mantener la proximidad física y emocional (Spinelli, 2000)

Entonces, habría que tener presente que para lograr comprender la función del apego, es necesario tener en cuenta el tema de la intersubjetividad, pues es desde esa perspectiva donde se puede ver que, dado que la percepción de las otras personas es un regulador fundamental para la autopercepción, el apego puede considerarse una especie de sistema que tiene un funcionamiento en un proceso autorreferencial. Dicho proceso autorreferencial es necesario para la construcción gradual de un sentido de la persona en sí misma, unitaria y continua en el tiempo. Entonces, para que este proceso de vital importancia pueda ser llevado a cabo, el ser humano necesita un apego personalizado, es decir, que las relaciones afectivas deben conservar ciertas características y exclusividad que permitan facilitar el logro de una identidad diferenciada y reconocida como única que, finalmente, será la base para la continuidad funcional del sistema cognitivo (Balbi, 2001)

Así mismo, para Bowlby (1983) el duelo es un proceso que se crea desde la complejidad, es un tema totalmente amplio que se desarrolla desde que se rompe con el vínculo relacional y es desde aquí que comienza un proceso de identificación del sí mismo y la asimilación de las experiencias vividas reflejadas en el fallecido o aquel con el que se tuvo la ruptura emocional. Así pues, se evidencia que lo primordial es la emoción que se deposita en ese vínculo sobre el que se crea el apego, por esto lo que se debe trabajar desde la postura de Bowlby es la resignificación de la experiencia de ruptura, para acomodar la

información y darle un nuevo significado a la emoción que queda en el momento, el vacío emocional.

Sería pertinente apuntar que el sistema comportamental del apego ha sido hipotetizado casi como fundamental para la sobrevivencia tanto del niño como del individuo en sí, pues éste busca las condiciones de seguridad con sus cuidadores o aquel que le protege, sobre todo, bajo condiciones de amenaza (Bowlby, 1983). Así mismo, Bowlby (1983) propone la afectividad como un lazo que con el tiempo se consolida, mientras que va haciéndose parte de la estructura psíquica del ser humano. Sin embargo, manifiesta que los sistemas de apego infantiles son similares, en su naturaleza, a los que más tarde se ponen en juego en las relaciones amorosas (Bowlby, 1983); mientras que Ainsworth et al. (1978) enfatiza en la función del apego en las relaciones adultas, tomando como relevante el fenómeno de base segura como un elemento crítico a ellas.

Bowlby habría identificado, entonces, ciertas tendencias que serían innatas y que regulan las maneras en que los seres humanos responden a las amenazas, al peligro, a las pérdidas. Dichas tendencias se encuentran relacionadas con la forma en la que las personas crean y desarrollan vínculos con las otras personas significativas para ellas, esto permitirá, pues, una aseguración en la adaptación y de igual manera, posibilitará la perpetuación de la especie (Bowlby, 1983). Por tanto, el ejemplo más claro que podría manifestarse se encuentra en la familia nuclear, ya que es un contexto en el que se evidencian las posibilidades de pronosticar ciertas necesidades específicas de cada uno de sus miembros.

Basándose en los conceptos de la Psicología del Desarrollo propuestos por Bowlby (1983), se fundamenta la teoría del apego con el fin específico de describir y explicar por qué los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a los primeros cuidadores que tienen, sin embargo, su interés iba más allá, pues propuso también los efectos emocionales que desencadenan como consecuencia de la separación (Bowlby, 1998). Bowlby (1983) menciona que él partió del supuesto de que la conducta de apego se organiza por medio de sistemas de control que hacen parte del sistema nervioso central, al cual se le ha atribuido la función de protección y supervivencia. Entonces, existiría una tendencia para responder de forma conductual y emocional con el fin de permanecer próximo a la persona que cuida y protege de lo que representaría peligro.

Continuando, los estilos de apego se desarrollan tempranamente y se establecen y mantienen durante la existencia de las personas (Bartholomew, 1997), lo que evidenciará como consecuencia la formación de un modelo interno que contaría con dos elementos relevantes, uno de ellos hace referencia a las creencias que el ser humano tendrá de sí mismo y de los demás, mientras que el otro hace referencia a una cadena de juicios que se involucran en la formación, desarrollo y mantenimiento de las dinámicas relacionales por el resto de la vida del individuo (Bradley & Cafferty, 2001).

De acuerdo a lo anterior, se hace pertinente mencionar que la figura del primer cuidador es tan relevante, pues el tipo de relación que se logre establecer entre éste y el niño será determinante en el estilo de apego que se desarrollará. Generalmente para el niño, esa primera figura vincular y primer cuidador la encuentra en su madre, por lo que dentro de la familia nuclear, el padre y los hermanos pasarían a ocupar un lugar secundario y

complementario a la vez, lo que finalmente posibilitará, de acuerdo a Bowlby (1998), una jerarquía en las figuras de apego.

Es necesario mencionar que aquellos niños que logran establecer una interacción positiva con su cuidador, logran internalizar la sensación de seguridad, esto les permitirá ampliar sus emociones en el momento de relacionarse con los demás. Lo que Bowlby (1983) pretende manifestar es que la conducta de apego depende de la manera como la persona tiene capacidad de reflejar la sensación de seguridad.

Dentro de la teoría del apego existen diversos factores relevantes acerca de las diferencias individuales de ésta, en donde se encuentran factores que parecen estar influyendo en las expresiones específicas del estilo del apego que desarrollan las personas, entre las que se encuentran: la experiencia individual, la construcción genética y las influencias culturales (Weaver, & de Waal, 2002). Sin embargo, es claro que se ha hecho más énfasis en aquellos factores que se relacionan con el cuidado materno, es decir, aquellos que tienen que ver con la experiencia individual y la constitución genética, es decir, el temperamento infantil (Bowlby, 1983).

Entonces, en coherencia a lo anterior, podría mencionarse que la calidad del apego en la relación madre-hijo (cuidador-niño) va a obedecer a lo que cada una de las partes involucradas en dicha relación aporte para ésta, igualmente que a la influencia directa que cada una de estas partes ejerza sobre la otra (Bowlby, 1998). Así, son diversas las investigaciones que se han procesado con el fin de hallar una relación definida entre el estilo de apego con variables como la calidad del cuidado, la receptividad al llanto por parte

del cuidador, la periodicidad de la alimentación, la accesibilidad psicológica, la cooperación y la aceptación de la madre (Ainsworth, 1991). Por tanto, sería claro que el estilo de apego influiría enormemente en la personalidad del niño, ya que es el tipo de apego quien refleja la interacción de ésta (la personalidad del niño) con la familia y el contexto social en el que éste se desarrolla.

#### 2.2.2.1. *Patrones de apego*

Ainsworth y sus colaboradores denominaron *fenómeno de base segura* a la interacción entre dos personas en donde uno de ellos se permita explorar con confianza su entorno con el soporte activo del otro, cuidador de una u otra manera, con la seguridad de que esta figura de apego está allí para socorrerle en caso de que sea necesario (Ainsworth, 1991), esto fue postulado, entonces, como factor elemental en la teoría del apego. Partiendo de esto, podría mencionarse pertinentemente que Ainsworth identificó tres patrones básicos de apego en base a cómo los individuos reaccionan en relación a la figura de apego cuando se encuentran en situación estresante: Seguro, Evitativo y Ansioso-Ambivalente (Ainsworth, 1991).

Los niños que interaccionan de una manera positiva con su cuidador, logran interiorizar una sensación clara de seguridad, esta sensación les permitirá ampliar su rango emocional, es decir, la conducta de apego depende del modo en que el individuo se encuentre en la capacidad de reflejar la sensación de seguridad. Partiendo de esto, Ainsworth (1991) postula la definición de tres estilos de apego en tanto las respuestas que tienen los individuos en relación a la figura vincular en momentos que generen angustia y

representen peligro. Como se había mencionado al inicio de este capítulo, los tres estilos de apego postulados por Ainsworth son: Seguro, Evitativo y Ansioso-Ambivalente.

Es sabido que los individuos que tienen una interacción positiva con aquel que cumple un rol de cuidador logran internalizar la sensación de seguridad, lo que les permite ampliar sus emociones, esta es una de las razones por las que se ha inferido que la conducta de apego depende de la manera como el individuo es capaz de reflejar la sensación de seguridad. Entonces, el apego seguro se evidencia cuando la persona cuidadora expone y demuestra cariño al otro, igual que protección, disponibilidad y atención a las señales que éste emite, lo que le permitirá desarrollar un concepto de sí mismo positivo y adecuado y un sentimiento de confianza (Ainsworth, 1991). Así mismo, sería pertinente mencionar que en el dominio intrapersonal, las personas con apego seguro tienen una tendencia a ser más cálidas, positivas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, también logran ser individuos integrados y con perspectivas coherentes de sí mismo (Ainsworth, 1991)

El apego ansioso-ambivalente logra evidenciarse cuando el cuidador se encuentra únicamente física y emocionalmente disponible en ciertas ocasiones, factor elemental para que el individuo se encuentre más propenso a la ansiedad de separación y con un temor exploratorio del mundo. Las personas que se enmarcan en este tipo de apego resistente o ambivalente, por lo general, tienden a no tener expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus vínculos más próximos o cuidadores, esto como consecuencia de la inconsistencia en las habilidades emocionales que desarrollan junto a su patrón de apego. En conclusión, se hace evidente en las personas con este patrón de apego un fuerte deseo de

intimidad, sin embargo, al mismo tiempo se hace presente una sensación de inseguridad en relación a los demás (Ainsworth, 1991)

Como último se encuentra el apego evitativo, éste se hace notable cuando el cuidador deja de atender constantemente las señales de necesidad de protección del individuo, factor que no le permite a éste el desarrollo del sentimiento de confianza que requiere. Este tipo de personas con dicho patrón de apego se sienten inseguros en relación a los demás y esperan siempre con expectativa el momento de ser desplazados por el otro, partiendo de la base experiencial pasada de abandono (Ainsworth, 1991).

#### 2.2.2.2. *Apego y duelo: Concepción de Bowlby del duelo*

Sería pertinente plantear la concepción bowlbiana del duelo, trabajo de duelo que éste propone como un intento de recuperar la persona perdida. Además, Bowlby establece que el duelo comprende todos los deseos de búsqueda, de recuperación de la persona o de la figura perdida (Bowlby, 1983).

En medio de este proceso de duelo, la realidad aparece en última instancia, pero únicamente después de que todos los intentos y las esperanzas no existen o se han agotado. Pero además de todo, existe una cuestión importante planteada por Bowlby que hace referencia a que es el apego el que da la orden inmediata de recuperar la persona perdida y la realidad tendría en ese momento muy poca relevancia, pues ésta es a la que se llega después de agotar intentos desesperados por recuperar lo perdido (Bowlby, 1983). La

persona llega a la realidad y ésta se impone porque fracasa ese intento de búsqueda y recuperación, pero no precisamente porque emane de la misma realidad (Bowlby, 1998).

Continuando, es pertinente mencionar que la concepción del duelo para Bowlby plantea que el duelo es mucho más largo de lo que se supone, claro está que depende de las características y circunstancias de la pérdida. Por tanto, el proceso de duelo normal tendría cabida si se han atravesado las cuatro fases propuestas por Bowlby (expuestas anteriormente en el capítulo **Fases del Duelo**) y se ha llegado a la aceptación de la realidad y a una mayor o menor reorganización (Bowlby, 1983).

Por su parte, el duelo patológico correspondería a la extensión de la primera fase, la fase de embotamiento, permitiendo que la extensión del bloqueo emocional se haga presente durante meses, años o toda la vida. Esto podría evidenciarse en los duelos que han tenido características excesivamente traumáticas, situación que les hace actuar bloqueados emocionalmente, tal como si nada hubiera ocurrido, permitiendo además que sus vidas continúen relativamente normal y sus actividades sean bien realizadas, pero están sujetas a un brusco quiebre emocional (Bowlby, 1983).

El duelo crónico sería, de acuerdo a Bowlby, una variación del duelo patológico. Se caracteriza por la extensión de las fases dos y tres conjuntamente, esto profiere que las conductas de anhelo y búsqueda y la de desesperanza y desorganización también pueden ampliarse en el tiempo. Estas fases se convierten en una evolución anormal cuando se presentan acciones como la momificación con la idea de un reencuentro en el más allá, anexado con la ubicación inapropiada del muerto (Bowlby, 1983).

### 2.2.2.3. *Apego: reacciones ante la pérdida*

El nivel de apego hace referencia directa a la intensidad y calidad de la relación que se tenía con la persona fallecida. Una cuestión que puede explicar claramente algo tan común como que no se sienta lo mismo por la muerte de un vínculo afectivo con el que se convive cotidianamente que por aquel con el que la relación es menos frecuente. Claro está que el nivel o grado de parentesco no es un punto para plantear la respuesta ante la pérdida de un ser querido, la respuesta y su intensidad ante la pérdida depende del nivel de apego (Montoya, 2008).

Se ha logrado evidenciar que la interpretación de eventos con componentes emocionales se encuentran mediados directa e indirectamente por el estilo de apego (Ainsworth, 1991), incluyendo la pérdida. Para lo anterior, Ainsworth (1991) partió del supuesto de que existen diversos niveles de organización en el sistema de apego y que pueden exponerse secuencialmente a lo largo del desarrollo y va desde una organización en términos de estrategias del comportamiento al final del primero año, hasta una organización representacional posteriormente.

Tomando lo anterior como base, resulta relevante plantear que las estrategias utilizadas para expresar y regular emociones, actúan de acuerdo al estilo de apego de las personas, entonces, es muy probable que ante la pérdida de un ser querido, aquellos con patrones de apego seguro tiendan a presentar niveles más moderados de dolor que aquellos que tienen un estilo de apego evitante o ansioso, puesto que tienen una tendencia a

demostrar una baja tolerancia al dolor y a tener una respuesta donde el miedo y la ansiedad se ven en mayor grado.

A su vez, se ha logrado partir del hecho de que las personas con apegos inseguros tienden a sentirse más apenadas emocionalmente ante la pérdida (Ainsworth, 1991). Finalmente, podría mencionarse que los estilos de apego no están fijados rígidamente, por tanto, puede deducirse que con experiencias positivas de vida, una intervención terapéutica apropiada y una alta motivación hacía el cambio, puede hacerse posible que una persona adulta pueda modificar su estilo relacional de tal manera que pueda experimentar intimidad y proximidad sin alteraciones por su cambio.

### 2.2.3. *EMDR*

La terapia denominada *Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimiento Ocular (Eye MOVement Desensitization and Reprocesing, EMDR)* aparece en el año 1987 de la mano de la psicóloga norteamericana Francine Shapiro.

Shapiro (2004) plantea que EMDR es un método psicoterapéutico que se ha demostrado en demasía eficiente para el tratamiento de diversos trastornos que son resultado de experiencias traumáticas en la vida de las personas como por ejemplo: guerras, asaltos, desastres naturales, pérdidas, inclusive invidentes traumáticos ocurridos en la infancia. Así pues, lo que se busca con el EMDR es acelerar el tratamiento de un vasto rango de problemáticas como, por ejemplo, las patologías fóbicas y traumáticas que se dan en el estrés postraumático, entre otras.

En el proceso, utiliza la estimulación bilateral de los ojos en un protocolo especial al tiempo que las personas hablan de sus experiencias traumáticas. Como resultado, se de una desensibilización, el consecuente reproceso o resignificación de las mismas y la desaparición de la sintomatología (Shapiro, 2004).

La psicóloga Spinelli (2007) manifiesta que los movimientos oculares son únicamente uno de los componentes que constituyen un enfoque integral y complejo de la intervención que se busca con esta técnica. Lo importante es tener presente que esta terapia se basa en una concepción holística en la cual se abarca al ser humano en sus distintos

aspectos experienciales y que logra actuar tanto a nivel neurofisiológico como cognitivo permitiendo que se ahonde en las situaciones traumáticas preverbales.

Estas situaciones traumáticas preverbales hacen referencia a aquellos acontecimientos que no pueden ser explicados con la palabra hablada, pero que pueden sentirse con el cuerpo (de forma fisiológica) y recordarse simbólicamente. Cuando se dice que no pueden ser explicadas de forma verbal, es debido a lo excesivamente impactante que puede llegar a ser la situación o experiencia. Esto se da a tal punto que logra producir en la persona una desconexión con lo verbal. Es por esta razón que las terapias convencionales basadas en la narrativa únicamente no podrían acceder fácilmente a la elaboración de situaciones traumáticas y/o estresantes (Spinelli, 2007). De esta manera, Shapiro (2004) logró desarrollar una teoría para explicar y predecir los efectos observados de EMDR, demostrando así que ésta posee una base epistemológica.

#### 2.2.3.1. *EMDR: historia*

EMDR está basado en una observación causal realizada por Shapiro en mayo de 1987. Mientras Shapiro caminaba por un parque, notó que algunos pensamientos perturbadores que estaba teniendo, súbitamente desaparecían. Al mismo tiempo notó que cuando traía de vuelta estos pensamientos a su mente, ya no eran tan perturbadores o legítimos como antes. Es conocido que los pensamientos perturbadores tienen una especie de repetición circular, es decir, que existe una tendencia a que se reproduzca repetidas veces hasta que en cierto momento de manera consciente se hace algo para pararlos o

cambiarlos. Sin embargo, para Shapiro lo importante y fascinante es que aquel día, los pensamientos perturbadores desaparecían sin algún esfuerzo consciente (Shapiro, 2002).

Con intención, Shapiro se propuso a atender de manera más consciente lo que ocurría en el momento en que los pensamientos perturbadores aparecían. Cuando ello ocurría, comenzó a darse cuenta que sus ojos se movían espontánea y muy rápidamente hacia adelante y hacia atrás en una diagonal ascendente, así es como los pensamientos perturbadores desaparecían, entonces, cuando los pensamientos era traídos nuevamente a la mente del investigador, la carga negativa había disminuido notablemente (Shapiro, 2002).

Posteriormente, Shapiro comienza a realizar movimientos deliberados de sus ojos mientras a la vez se concentraba en una variedad de pensamientos y recuerdos perturbadores, comprobando una vez más que dichos pensamientos también desaparecían y perdían su carga emocional negativa. Luego de diversas aplicaciones a sus colegas y amigos, el autor de esta técnica establece que, debido a que su foco primario radicaba en la reducción de la ansiedad (ya que esa habría sido la primera experiencia con los movimientos oculares) y teniendo en cuenta la modalidad terapéutica que el aplicaba en el momento, llamaría a este procedimiento Movimientos Oculares de Desensibilización (EMD) (Shapiro, 2002).

Dos años más tarde (en 1989), Shapiro comienza a enseñar su método a profesionales de la salud mental. Sin embargo, durante el primer año de enseñanza, los aprendizajes y descubrimientos continuaron apareciendo. Teniendo en cuenta el feedback de los participantes, era evidente que la aplicación del método era aún más compleja de lo

que se habría pensado en un inicio y que cuando se enseñaba, se deberían abordar los factores de vulnerabilidad del paciente. Por otro lado, este innovador encontró que los terapeutas necesitaban variaciones adicionales del método y sus respectivos protocolos en tanto las poblaciones clínicas se expandían y aparecían pacientes aún más difíciles, además también descubrió que para que este tuviera una efectividad terapéutica completa y para atender una prevención de las recaídas, era necesario refinar ciertos puntos y componentes existentes y además, agregar otros nuevos que prestarían una mayor atención a la tensión corporal remanente (Shapiro, 2002).

Otro de los cambios que tuvo la aplicación de la que en ese momento era llamada EMD (Movimientos Oculares de Desensibilización), fue que en el entrenamiento debía incluirse la práctica supervisada, puesto que se hacía necesaria la demostración de los muchos aspectos del método. Por último, fue evidente que los pacientes corrían el riesgo de ser retraumatizados por el material perturbador si el método era usado por profesionales no entrenados (Shapiro, 2002).

Así es, pues, que como resultado de los entrenamientos y de la evaluación de cientos de casos informados y teniendo en cuenta que un procedimiento óptimo debería incluir la desensibilización simultánea y la reestructuración cognitiva de los recuerdos y las atribuciones personales, las que aparentaban ser subproductos del procesamiento adaptativo de los recursos perturbadores, Shapiro decide renombrar su método como Movimientos Oculares de Desensibilización y Reprocesamiento (EMDR) (Shapiro, 2002).

Entonces, el cambio de nombre de EMD a EMDR ocurre en 1990, año en el que al tiempo se incluye un cambio en la orientación desde una formulación conductual inicial de una simple desensibilización de la ansiedad hacia un paradigma más integrado de información – procesamiento (Shapiro, 2002).

Es por esto a medida que EMDR ha ido evolucionando y asumiendo una consolidación más estructurada a nivel teórico, han sido descritos tratamientos exitosos de la terapia en diversas poblaciones clínicas, entre las que se destacan veteranos de combate, personas con fobia, con trastornos de pánico, víctimas de crímenes, personas que encontraron alivio de duelos complicados a causa de la pérdida de un ser querido, niños curados de los síntomas causados por el trauma de un asalto o por desastres naturales, víctimas de abuso sexual, personas que han sufrido graves quemaduras, víctimas de disfunciones sexuales, pacientes en todas las etapas de dependencia química y personas con trastornos disociativos (Shapiro, 2002).

#### 2.2.3.2. *Base teórica*

Existe un principio crucial y sumamente relevante en la aplicación y práctica de la terapia EMDR y es aquel que establece la existencia de un sistema esencial a todas las personas que está fisiológicamente equipado para el procesamiento de la información hacia un estado de salud mental. Dicha resolución adaptativa significa que las emociones negativas son atenuadas y que da lugar a un aprendizaje, el cual es apropiadamente integrado y está disponible para usos futuros (Shapiro, 2002).

Los subproductos del reprocesamiento adaptativo que tiene lugar a un nivel neurofisiológico se derivan del hecho de que una vez sea activado y mantenido el sistema en un estado dinámico a través de EDMR y se trasmuta la información a un estado de resolución terapéuticamente apropiada, luego de que el sistema puede desbalancearse debido a un trauma o por estrés producido durante el mismo periodo de desarrollo (Shapiro, 2002).

El modelo de Procesamiento Acelerado de la Información está constituido y se desarrolla con el objetivo de explicar la velocidad en la que se demuestran los resultados clínicos con la terapia EMDR. Dicho modelo considera que la mayoría de las patologías son derivadas de algunas experiencias tempranas que son vitales y que movilizan un patrón continuo de afectos, conductas, creencias y estructuras de identidad consecuentes. Entonces, dicha estructura patológica correspondería a una información que se encuentra almacenada en el mismo momento de la experiencia perturbadora y que se mantiene en un estado estático e insuficientemente procesado. Es considerado que la patología se establece y se configura de acuerdo al impacto que se tiene de las experiencias que anteceden y son retenidas en el sistema nervioso de una manera dependiente del estado (Shapiro, 2002).

Continuando, la influencia continuada que producen estas experiencias tempranas es debida, en gran medida, al hecho concreto de que los estímulos actuales arrojan el efecto negativo y las creencias corporizadas en dichos recuerdos y estos mismos logran hacer que el paciente accione y tenga un comportamiento de modo consistente con los sucesos tempranos (Shapiro, 2002)

Aun teniendo en cuenta que el recuerdo del paciente pueda ser el de una experiencia que ha sucedido realmente y que la conducta de respuesta fueron en el momento apropiadas para dicha situación perturbadora, hay que tener en cuenta que tiempo después sería una falta adecuada de asimilación. Esto significaría que el paciente está aún reaccionando de manera consistente, tanto emocional como conductualmente con este suceso perturbador antecesor (Shapiro, 2002).

Así, los recuerdos de la experiencia traumática y/o perturbadora, a través del procesamiento con EMDR se lograrán que haya una generalización a un afecto y una creencia más positivos. Esto será propiciado, a su vez, por la red neurofisiológica, que a través de los recuerdos asociados llevaría espontáneamente al paciente a conductas más apropiadas en el momento de la aplicación de EMDR (Shapiro, 2002).

Por tanto, las patologías clínicas son propuestas y consideradas factibles de cambio, sólo si el terapeuta identifica los recuerdos se han logrado almacenar de manera disfuncional en el sistema nervioso. En gran medida, parte del procesamiento y relevación de la historia debe ser basada en la identificación de los recuerdos que han aportado a la formación y constitución de un auto-concepto negativo en el paciente y de los comportamientos de éste. Es más, aún los desórdenes de personalidad son considerados como susceptibles de cambio por medio del reprocesamiento de los recuerdos que lograron volcar y dar marcha algunas características disfuncionales (Shapiro, 2002).

A continuación se explicará en qué consiste la teoría de Shapiro (2004) con algunas ideas complementarias de Spinelli (2007). Estas autoras plantean que, desde el modelo del

procesamiento de la información, existe un sistema que funciona y al que se le denomina *Sistema de Procesamiento de la Información a un Estado Adaptativo (SPIA)*. Se caracteriza por ser innato y basarse en un proceso fisiológico natural por el que se la información que procede de alguna experiencia se elabora de modo que se pueda integrar de manera adaptativa al sistema y ser utilizada en el futuro. Así pues, se plantea que si existe un sistema de procesamiento, deben existir también redes de memoria. Una red de memoria representa un sistema de información asociada que se liga entre sí y se manifiesta como una especie de serie de canales en donde las memorias con sus imágenes, pensamientos, emociones y sensaciones se encuentran almacenadas y enlazadas unas con otras. Tan importantes son éstas que se constituyen como la base de la percepción, la actitud y el comportamiento de un ser humano manifestándose en su salud y su patología.

Spinelli (2007) dice que aunque el *SPIA* tienda hacia un estado de salud, también puede ocurrir que la información quede como bloqueada en su propia red de memoria en el cerebro permaneciendo allí acompañada de las imágenes, creencias, percepciones, emociones y sensaciones físicas que se experimentaron originalmente. Como consecuencia de esto, al producirse el bloqueo en el sistema de procesamiento la información de una experiencia traumática queda almacenada de una manera no funcional, que conlleva a la aparición de la patología (Shapiro, 2001).

Se entiende un evento traumático como cualquier experiencia negativa que logra abrumar el *SPIA* de un individuo. Entre estos se encuentran experiencias fuertes tales como los robos, asaltos, violaciones o pérdidas de seres queridos. Sin embargo, también existen experiencias menos fuertes pero no por esto menos impactantes como los rechazos,

humillaciones, entre otros. Estas situaciones, ocurridas en algún momento de la praxis del vivir puede quedarse sin asimilarse mucho tiempo, meses o años, generando una inhibición o bloqueo en alguna área que el individuo relacione con el evento. De esta manera, la persona responde emocional y conductualmente de acuerdo a los hechos pasados, ya que cuando los hechos y la experiencia han sido traumáticos, el sistema se posiciona en un estado de alerta permanente, de modo que cualquier situación que le recuerde el hecho original, dispararía una cadena de asociaciones que lo haría reaccionar de la misma manera que lo hizo anteriormente.

El objetivo de la implementación de la terapia EMDR, por tanto, es reactivar el sistema innato para una elaboración adecuada de las experiencias traumáticas, posibilitando así el acceso a esta información y el avance a un ritmo acelerado a través de las redes de la memoria reprocesando el material disfuncional almacenado. El *SPIA* al haber intentado procesar la información y no haber podido realizarlo adecuadamente requiere de un agente de cambio que, en este caso, es el EMDR por medio del reprocesamiento de la información. Este agente encontrará una neurored de memoria que contiene la información almacenada disfuncionalmente con todos sus elementos activos para lograr ayudar al *SPIA* del consultante a que la almacene en lugar correcto (Shapiro, 2001).

Este artículo investigativo propone que la desensibilización y reprocesamiento de la información con movimientos oculares (EMDR) estaría reforzada por ser conceptualizado como una terapia de dos personas, es decir, que es una terapia que utiliza el diálogo entre el clínico y el cliente haciendo énfasis en la relación armoniosa que se da entre éstos, lo cual es definido por medio de los conceptos: resonancia y sintonía. La teoría relacional surge a

partir de los estudios que exponen que la calidad de la relación terapéutica funciona como predictor fuerte de éxito en la psicoterapia (Norcross, 2002). Así mismo, manifiesta este artículo que dicha teoría relacional toma como base que el paciente y el terapeuta están en una constante interacción dentro de una matriz de relaciones invisibles y que el proceso de explicación, la comprensión y el fortalecimiento de esta matriz es una fuente relevante de cambio psicoterapéutico (Safran y Muran, 2002).

Así mismo, esta investigación se apoya en la teoría de sistema de neuronas espejo (teoría que establece que existen neuronas espejo que se activan cuando se imita el comportamiento de alguien más, en tanto los humanos se manifiesta que las neuronas espejo han evolucionado a tal punto que serían capaz de simular los estados mentales del otro (Téllez, 2006)) que representa un apoyo neurológico hipotético a esta propuesta de relación entre paciente y terapeuta. Se establece que el descubrimiento de las neuronas espejo proporcionan una comprensión posible de la formación de enlaces entre dos personas, puesto que las propiedades de creación de reflejo del cerebro de una personas percibe las intenciones del cerebro de otra persona y luego crea una actuación idéntica por la vinculación con las neuronas motoras (Dworking, 2010). Las propiedades de la otra persona actúan como una respuesta refleja análoga. Se plantea que estos enlaces pueden crear resonancia, sintonía, seguridad emocional y empatía cuando existen de por medio intenciones positivas. Sin embargo, cuando existen intenciones hostiles o de rechazo, dichos enlaces pueden generar desarmonía, distonía e incluso una ruptura de la relación.

Dworking (2010) establece que EMDR se propone como un enfoque integrador de la psicoterapia guiada por Shapiro (2001) y del modelo de procesamiento de la información

(AIP) sugiriendo que en cada persona existe un sistema de procesamiento de la información inherente que tiene como propósito la transformación, integración y transmutación de las experiencias de vida inquietantes a un ambiente sano, teniendo como fin una resolución adaptativa. Así mismo, manifiesta que dicho sistema funciona normalmente de forma automática y fuera de la conciencia. Sin embargo, un suceso perturbador generalmente desequilibra a un individuo, bloquea y/o abrumba el sistema de éste, de modo que la memoria del evento se almacena en el sistema nervioso en forma dependiente del estado, por tanto, dentro del marco de esta psicoterapia se consideran a los recuerdos almacenados como la base de la psicopatología. Así, los estímulos actuales que el individuo asocia con la situación traumática conectan a éste con las mismas emociones del suceso traumático real (sensaciones físicas idénticas y comportamientos que estuvieron presentes en ese momento). De esta manera se sugiere que el EMDR activa ese sistema de procesamiento de la información inherente y procura mantenerlo activo el tiempo suficiente para realizar su trabajo de reorganización informacional.

#### 2.2.3.3. *Convergencias teóricas*

El uso y aplicación de EMDR podría ser considerado totalmente compatible con la mayoría de las modalidades psicológicas. Dentro del modelo psicodinámico cabe aquello que se relaciona con la relevancia de las memorias tempranas (Freud, 1900/1953; Jung, 1916. Citado en Shapiro, 2002). Al mismo tiempo, podría asociarse la atención focalizada sobre las reacciones y comportamientos disfuncionales actuales con los paradigmas de condicionamiento y generalización del modelo conductual clásico de la psicología (Salter, 1961; Wolpe, 1991. Citado en Shapiro, 2002). Además de todo, logra concatenar aquello

que se basa en un abordaje terapéutico centrado en el cliente (Rogers, 1951. Citado en Shapiro, 2002). Sería propio de la teoría cognitiva de la psicología y que se conjuga en la terapia de EMDR la evaluación del concepto de creencias positivas y negativas (Beck, 1967; Ellis, 1962; Meichenbaum, 1977; Young, 1990. Citado en Shapiro, 2002). Además, EMDR realiza un énfasis importante en las respuestas físicas que se relacionan con ciertas disfunciones del paciente, que comprueban al tiempo que es un elemento fundamental en la utilización terapéutica (Lang, 1979. Citado en Shapiro, 2002).

Tomando como referencia aquello que tiene que ver con la terapia EMDR y los elementos del trastorno por estrés postraumático (TEPT) y estrés agudo, podría manifestarse que la terapia inició, con determinación, como una terapia para pacientes que padecían dicho trastorno. Por tanto, en la rama de los terapeutas que trabajan con EMDR existe una especie de consenso para el trabajo con sobrevivientes de trauma, para lograr que la mejoría del TEPT pueda lograrse en el preciso momento en que se enfrenta con la experiencia traumática (Shapiro, 2002).

Uno de los abordajes terapéuticos que utilizan para el tratamiento de TEPT tiene que ver con los elementos bioquímicos. Ante esto, las investigaciones proponen que el TEPT aparece como consecuencia de cambios inducidos por estrés sobre la bioquímica del Sistema Nervioso Central (SNC). Se ha establecido, partiendo de las intervenciones, que el trauma existente conlleva cambios en los niveles de norepinefrina del SNC, lo cual produciría una gran disminución de la motivación y, de igual modo, un apocamiento del afecto (Shapiro, 2002). Además, este paradigma propone y da cuenta de que los síntomas

de la hiperactividad y el aumento de labilidad emocional producidos por una hipersensibilidad noradrenérgica consecutiva (Shapiro, 2002).

Podría corroborarse que estos y otros modelos bioquímicos resultan consistentes y consecuentes con el modelo de Procesamiento Acelerado de la Información, el cual postula que el procesamiento fisiológicamente bloqueado se convierte en el responsable de la patología y que los efectos positivos y rápidos otorgados por EMDR con consecuencia de cambios electro-bioquímicos que rebalancen el sistema fisiológico responsable de la asimilación saludable del evento traumático (Shapiro, 2002).

Por otro lado, el EMDR se encuentra también involucrado con el sistema psicodinámico de procesamiento de la información (Horowitz, 1979. Citado en Shapiro, 2002). Éste es compatible con EMDR porque propone que las personas poseemos inherentemente una tendencia natural al completamiento, que aún trabaja con la información traumática en la memoria activa hasta el momento en que pueda ser reconciliada con los propios modelos internos del mundo. Entonces, mientras el trauma pueda ser incorporado dentro de los esquemas existentes, es probable que la información permanezca en la memoria activa e irrumpirá bajo la forma de recuerdos intrusivos. Lo que Shapiro (2002) menciona es que dicho proceso logra alternarse con evitación y embotamiento hasta el momento en que exista alguna integración.

Además, existe en EMDR un abordaje conductual, que ha sido utilizado a través de técnicas de exposición directa, que son conocidas paralelamente como inundación e implosión. Este abordaje conductual en EMDR se encuentra direccionado a producir el

máximo nivel de ansiedad en el paciente durante un determinado periodo sostenido de tiempo, fundamentándose en la concepción de que la sobre exposición forzosa al estímulo traumático logrará el que la ansiedad se disminuya hasta llegar a su extinción (Shapiro, 2002).

Por parte de lo que se habría mencionado sobre un abordaje cognitivo-conductual, podría manifestarse que, aunque se evidencia una efectividad en la desensibilización de los disparadores traumáticos y de ansiedad, la comunidad terapéutica pareciese que se encuentra preocupada con el uso de terapias de exposición directa en víctimas con TEPT, en casos específico como violación, todo esto debido al fracaso en el momento del abordaje específicamente de las creencias irracionales o en tratar de proveer estrategias de afrontamiento alternativas (Shapiro, 2002). Por tanto, a lo que apunta la comunidad terapéutica es una combinación de terapia de exposición y de reestructuración cognitiva, para la efectividad del método EMDR.

Continuando, hay que tener en cuenta que todo esto llevaría a un abordaje integral relacionado directamente con la terapia EMDR. El EMDR fue establecido y desarrollado como un método que logra integrar de manera específica una reestructuración cognitiva con algunos nuevos autoconceptos más ambicionados a la vez, que permitieran una rápida y efectiva desensibilización de los disparadores traumáticos y de ansiedad (Shapiro, 2002). Lo que propone esta reestructuración implicaría un redefinición de dicho hecho traumático, lograr encontrarle un sentido y aliviar el auto reproche inapropiado que de éste se desprende (Shapiro, 2002).

#### 2.2.3.4. *Protocolo EMDR*

Shapiro (1995, 2002) divide el EMDR en un modelo de ocho fases:

##### 2.2.3.4.1. *Fase Uno: La Historia Del Paciente y el Plan del Tratamiento*

La primera consta de la historia clínica. Es un plan de tratamiento que se basa en los síntomas del paciente, los problemas de la actualidad, inquietantes acontecimientos pasados y futuros y los resultados deseados. Este protocolo de EMDR abarca el pasado, el presente y el futuro (Shapiro, 1995). Esta fase implicaría, entonces, una evaluación de los factores de seguridad del paciente, evaluación que permitirá y determinará si con ese paciente podrá usarse el método (Shapiro, 2002).

Es importante para esta primera fase ser poseedor de una habilidad para lidiar con los altos niveles de perturbación que podrían precipitarse como causa del procedimiento del material disfuncional. Por tanto, es necesario que el terapeuta realice una evaluación de la estabilidad personal del paciente y de las obligaciones de éste en la vida cotidiana (Shapiro, 2002).

Claro está, que con todo lo que conlleva la aplicación de EMDR, el paciente debería encontrarse en un estado físico en el cual se proporcione a sí mismo condiciones de resistir la intensidad de las emociones que se enmarcarán en él en el proceso (Shapiro, 1995). Por lo que el terapeuta, dentro de su protocolo ético debe evaluar los problemas potenciales del

paciente que puedan derivarse de factores como la edad o ciertas condiciones preexistentes cardíacas o respiratorias (Shapiro, 2002).

Continuando con la fase inicial, debe obtenerse la información necesaria para permitirse diseñar el plan adecuado de tratamiento, teniendo muy presente que ésta implica una evaluación de todo el cuadro clínico del paciente, en donde debe incluir conductas disfuncionales de éste, síntomas y características. Todo esto con el fin de lograr identificar los *targets* específicos que deberán ser reprocesados, los cuales incluyen eventos que inicialmente establecen la patología en curso, los desencadenantes que estimulan el material disfuncional y las clases de conductas positivas y actitudes necesarias para el futuro (Shapiro, 2002).

Los recuerdos perturbadores son designados como objetivos para el reprocesamiento de EMDR al mismo tiempo que se evalúan los recursos internos y externos del paciente para poder determinar el ritmo de la segunda fase, denominada *Preparación* (Shapiro, 1995).

#### **2.2.3.4.2. Fase Dos: Preparación**

En la segunda fase se crea una alianza terapéutica en la que se le enseña al cliente sobre el método EMDR y sus procedimientos de seguridad necesarios para la gestión de estados emocionales intensos que pueden producirse en la recuperación de la memoria traumática (Shapiro, 1995), es decir, el terapeuta debe tener en cuenta las preocupaciones del paciente e iniciar los procedimientos de relajación y seguridad (Shapiro, 2002).

El terapeuta debe tener presente en informar al paciente que podría experimentar, durante el proceso, posibilidad de perturbaciones emocionales durante y después de las sesiones en las que se aplique la terapia EMDR, lo que permitirá a los pacientes la oportunidad de tomar decisiones apropiadas, además de poder prepararse con sus horarios laborales y sociales para acomodar cualquier trastorno emocional que se presente durante el proceso (Shapiro, 2002).

Es pertinente también que el clínico use con el paciente las técnicas de visualización guiada o de imaginación guiada, para lo que se apoyará con cassettes de audio que incluyan ejercicios de relajación guiada. Entonces, para realizar esto, el terapeuta debe tener en cuenta que si el paciente no logra eliminar de una manera completa los niveles moderados que quedan en él con estas técnicas, el clínico no debe continuar con la aplicación de EMDR en el momento (Shapiro, 2002). Esto es claro si se tiene en cuenta que dichas técnicas de relajación se hacen necesarias para ayudar al clínico a cerrar una sesión incompleta y a asistir al paciente en su trato con recuerdos o emociones desagradables que pueden emerger entre las sesiones.

Evidente es, entonces, que al paciente debe preparársele en relación a la teoría de EMDR, los procedimientos que ésta implica, proporcionando motivación con la aplicación exitosa del proceso, al tiempo que brinda desde lo real las expectativas que puede esperar en relación directa a los efectos del tratamiento. En conjunción a esto, es pertinente que el terapeuta plantee al paciente las posibles ganancias secundarias que podría obtener con el procedimiento, es decir, aquello a lo que el paciente deba renunciar o confrontar si la

patología es remediada, teniendo en cuenta la asesoría inmediata en para el manejo adecuado de diversas situaciones específicas que pueden surgir durante el tratamiento. Entonces, si dichas ganancias secundarias se evidencian acompañados de elementos como ansiedad, baja autoestima o ciertos miedos irracionales, esto debe asumirse por parte del terapeuta como el primer *target* a trabajar con el procesamiento (Shapiro, 2002).

Además, en esta fase es pertinente tener en cuenta la creación de un lugar seguro para el resto de las sesiones del proceso terapéutico por el que atravesará el paciente. Este lugar seguro otorga al paciente un oasis emocional que puede ser utilizado como un descanso temporario durante el procesamiento, como una ayuda para finalizar una sesión perturbadora e inconclusa y/o como una manera de manejarse con el material perturbador que pueda emerger entre las sesiones. Aclarando que el terapeuta debe permitir al paciente una libertad total de acción para elegir el lugar seguro (Shapiro, 2002).

#### **2.2.3.4.3. Fase Tres: Evaluación**

En la tercera fase, denominada *Evaluación*, se identifican los componentes de la memoria de destino, es decir, la memoria del evento traumático a la cual el terapeuta debe acceder y determina la intensidad de la perturbación que se mide en dos escalas subjetivas. Los componentes de la memoria incluyen una imagen representativa y una cognición negativa sobre la autoimagen que será reemplazada por un conocimiento, emociones y sensaciones físicas positivas durante el reprocesamiento (Shapiro, 1995).

Así, lo importante en esta fase es lograr una identificación clara de los componentes de los *target* y establecer una respuesta básica antes de comenzar el procesamiento. En el punto en el que el recuerdo haya logrado ser identificado, se debe pedir al paciente que seleccione la imagen que mejor represente a dicho recuerdo, con el fin de permitir elegir una cognición negativa que establezca una autoafirmación disfuncional o maladaptativa, una relación a su participación en el evento (Shapiro, 2002).

Continuando con esta tercera fase, debe propiciarse que el paciente especifique una cognición positiva que será útil durante la fase de *instalación* (fase cinco). Entonces, el paciente realizará y evaluará la cognición positiva utilizando los siete puntos de la Escala del VOC (validez de la creencia), lo que permitirá combinar la imagen y la cognición negativa para lograr identificar la emoción que se ha generado y el nivel de perturbación a raíz del hecho, éste se mide por los diez puntos de la escala SUD (Escala en donde 0 es ninguna perturbación o neutral y 10 es la máxima perturbación que pueda concebirse) (Shapiro, 2002).

Finalmente, el paciente logrará identificar la ubicación de las sensaciones corporales que son estimuladas en el momento en que él se concentra en el hecho traumático. Por tanto, la etapa de *evaluación* permite entregar a terapeuta y paciente una respuesta fundamental en relación directa al recuerdo *target* y a sus componentes determinantes que son necesarios para completar el procesamiento (Shapiro, 2002).

#### **2.2.3.4.4. Fase Cuatro: Desensibilización**

En la cuarta fase denominada *desensibilización*, el cliente se centra en la memoria de destino mientras asiste a la vez a la estimulación bilateral, que consiste en los movimientos del ojo que se alternan por unos 25 segundos. Luego, el terapeuta preguntaría por cómo se siente en el momento, pregunta que, aunque ambigua está destinada a propiciar un informe del cliente en tanto estados visuales y sensoriales se refiere, así como los cambios cognitivos ocurridos. Esto será repetido varias veces mientras el paciente da informes de los cambios espontáneos, es decir, las diferencias en las imágenes, pensamientos y sensaciones físicas, independientemente de sí son negativos o positivos (Shapiro, 1995).

El terapeuta debe focalizar el proceso terapéutico en los aspectos afectivos negativos del paciente, que pueden evidenciarse en la escala SUD. Entonces, el terapeuta deberá repetir los sets alternando los focos de atención del paciente que sean apropiados, si es necesario hasta poder reducir el nivel de SUD del paciente a 0 o 1, esto implicaría que la disfunción primaria involucrada en el evento traumático, que se ha propuesto como *target* ha sido despejada (Shapiro, 2002).

Sin embargo, habría que tener presente el hecho concreto de que el reprocesamiento se encuentra incompleto, por tanto, la información utilizada y manipulada en esta fase deberá retomarse necesariamente en las fases cruciales del proceso EMDR (Shapiro, 2002).

Lo anterior hace referencia a que los sets de movimientos han logrado evidenciar que los movimientos oculares o formas alternativas de estimulación no se convierten en suficientes para completar el procesamiento. Ante esto, el terapeuta deberá asumir

estrategias de intervención adicional en EMDR, al demostrar que se detiene el procesamiento, para reestimularlo con éstas (Shapiro, 2002). La fase cuatro culminaría cuando el cliente se siente emocionalmente neutral en lugar de perturbado cuando piensa en el evento traumático.

#### 2.2.3.4.5. *Fase Cinco: Instalación*

La fase cinco, denominada *Instalación*, estaría centrada en el fortalecimiento de la memoria de destino en relación al componente perturbador identificado en la tercera fase y será completada cuando la fuerza de la creencia en el pensamiento resignificado sea protagonista de la experiencia (Shapiro, 1995).

Entonces, esta fase da inicio en el momento en que el nivel emocional de perturbación del paciente sobre el hecho traumático o evento *target* se ha reducido a 0 o a 1 en la escala de SUD. El clínico ha de pedir al paciente que sostenga la cognición positiva que sea más apropiada en su mente con conjunto con el recuerdo *target*, propiciando una continuidad en el set de movimiento de los ojos, hasta el momento en que el puntaje del paciente sobre la cognición positiva logre alcanzar el nivel 6 o 7 del VOC. Sumamente importante es que el terapeuta tenga en cuenta que el paciente debe direccionar la cognición basado sobre cómo la siente y percibe interiormente (Shapiro, 2002).

Continuando, la cognición positiva más apropiada podría ser, una que se ha identificado en el proceso de evaluación de EMDR o una que emerge en medio de los procesos de los sets sucesivos. Es pertinente que el terapeuta deba continuar los sets de

procesamiento promoviendo una focalización sobre la cognición positiva y el evento *target* conjunta y simultáneamente, esto con el objetivo de asegurar el fortalecimiento de la cognición (Shapiro, 2002). Lo anterior debe demostrar que mientras las imágenes negativas, pensamientos y emociones perturbadores obtienen en el paciente un valor más difuso y menos válido con cada set sucesivo, las imágenes positivas, pensamientos y emociones resultarían, entonces, más vívidas y más válidas.

Ahora, hay que tener en cuenta otra cuestión relevante dentro del avance de esta fase de EMDR y hace referencia a que el puntaje de VOC es sumamente valioso para lograr determinar cuál es el trabajo adicional que debe realizarse para completar la sesión de tratamiento, con el objetivo claro de direccionar la terapia hacia la instalación de una cognición positiva fuerte y completamente válida que permita el incremento en el paciente la sensación de autoeficacia y autoestima (Shapiro, 2002).

Esta fase culmina en el momento en que se logra ligar la cognición positiva con el recuerdo *target*, que fortalecerá el vínculo asociativo de modo tal que si el recuerdo del evento traumático original es desencadenado, éste retornará a la conciencia ahora acompañado por la nueva cognición positiva fortalecida y resignificada (Shapiro, 2002). Claro está que la instalación y el fortalecimiento de la cognición positiva es un componente crucial de la sesión del tratamiento de EMDR.

#### **2.2.3.4.6. Fase Seis: Exploración Del Cuerpo**

La fase seis, *exploración del cuerpo*, consiste en que el paciente pueda escanear su cuerpo de pies a cabeza e informa de cualquier sensación, habiendo alguna, se aplica estimulación bilateral hasta que la perturbación se extinga (Shapiro, 1995).

Continuando, luego de que la cognición positiva ha sido instalada completamente, el terapeuta debe pedir al paciente que mantenga en su mente el hecho traumático o evento *target* simultáneamente a la cognición positiva y que explore su cuerpo mentalmente desde la cabeza a los pies, para que pueda identificar cualquier tensión residual en la forma de sensación corporal. Dichas sensaciones en el cuerpo se convertirán, entonces, en *target* para sucesivos sets (Shapiro, 2002), puesto que en algunos casos la tensión se resolverá simplemente, sin embargo, en otros casos se revelará información disfuncional adicional.

#### 2.2.3.4.7. *Fase Siete: Cierre*

En la fase siete, la fase de clausura, el cliente vuelve al equilibrio con el fin de hacer la transición a las actividades de la vida cotidiana y se le pide que mantenga un registro de eventos relacionados con el trabajo terapéutico (Shapiro, 1995).

Así, el paciente debe ser retornado a un estado de equilibrio emocional al final de cada sesión, siendo indiferente al hecho de si se ha completado el procesamiento o no se ha realizado. El terapeuta deberá informar y recordar al paciente que las imágenes perturbadoras, los pensamientos o emociones que puedan aparecer entre las sesiones resultarán siendo la evidencia de procesamiento adicional, lo cual es un signo positivo (Shapiro, 2002).

Determinantemente, el clínico dirá al paciente que tome una instantánea de cualquier perturbación para que puedan ser utilizadas como *targets* en la siguiente sesión y para que de igual manera puedan ser registradas en el diario personal. Esto y las técnicas de visualización y relajación se convierten en relevantes para lograr el mantenimiento de la estabilidad del paciente entre las sesiones (Shapiro, 2002).

#### 2.2.3.4.8. *Fase Ocho: Reevaluación*

Finalmente, la fase ocho, denominada *reevaluación*, es realizada en el comienzo de la próxima sesión, en el momento en que el terapeuta pide al cliente que retome la memoria de destino con el fin de determinar si los efectos del tratamiento se han mantenido. El terapeuta y el paciente en conjunto deciden la orientación futura del plan de tratamiento (Shapiro, 1995).

Como se ha mencionado, esta fase debe estar presente en el inicio de cada nueva sesión y estará constituida en el momento en que el clínico logra hacer que el paciente vuelva a tomar contacto con los *targets* propuesto como blanco terapéutico y previamente reprocesados, así mismo deberá tenerse en cuenta la revisión de las respuestas del paciente para poder determinar si los efectos del tratamiento han sido mantenidos. Por lo anterior, el terapeuta debe preguntar al paciente cómo se siente al traer a su memoria el material que se habría propuesto y utilizado como *target*, así como debe examinarse los informes del diario para ver si hay cualquier reverberancia de la información ya procesada que necesita ser enfocada o manejada de otra manera (Shapiro, 2002).

Será el terapeuta quien decida si es pertinente la utilización como *target* del nuevo material, pero debe decidirlo únicamente después de que los traumas que se han tratado con antelación hayan sido integrados completamente (Shapiro, 2002).

Así, EMDR demuestra que por medio del movimiento de los ojos y todos sus componentes, la terapia permite que los pensamientos perturbadores que generarían algún tipo de estrés desaparecieran o perdieran su potencial negativo. Por lo que el repetir deliberadamente este proceso, guiado por el terapeuta, es decir, haciendo que el paciente se concentre en los pensamientos perturbadores y permitiendo simultáneamente la estimulación bilateral de los ojos, se comprobaría que los movimientos oculares tienen un efecto beneficioso sobre los pensamientos y emociones. Este efecto, en el que las imágenes y pensamiento negativos desaparecen o ya no se sienten con la misma carga emocional, se conoce como “Desensibilización” (Spinelli, 2007). Así, se evidencia que no sólo en la terapia existiría una desensibilización, sino que a medida que el procedimiento se aplica hay una profunda reestructuración de los recuerdos y la autopercepción, como subproducto del procesamiento funcional que tienen lugar.

#### 2.2.3.5. ***Protocolo estándar de EMDR***

Según Shapiro (2002), hay que tener claro que, mientras el procedimiento estándar de EMDR es la guía de la terapia sesión por sesión, el protocolo estándar de EMDR es aquel que logra direccionar la totalidad del tratamiento terapéutico del paciente. Entonces, sería conveniente para cada terapeuta tener claro que cada sesión debe estar dirigida a un

target determinado y particular, no podría realizarse una sesión con más targets porque los resultados podrían ser obsoletos, por lo que las divisiones genéricas de los targets están definidas en el protocolo estándar de la siguiente manera de acuerdo a lo planteado por la autora:

- ✓ Las experiencias pasadas que hayan establecido terreno para la patología.
- ✓ Las situaciones presentes o desencadenantes que habitualmente estimulan la perturbación.
- ✓ El patrón necesario para la acción futura apropiada.

Para lograr la adecuada elección del target, debe concebirse inicialmente qué tan traumático ha sido el evento, puesto que dicha elección se convierte en más sencilla mientras la proporción del evento traumático sea más simple (Shapiro, 2002). Sin embargo, cuando de una víctima de trauma múltiple se refiere, el terapeuta debe tener presente la acción de agrupar los incidentes traumáticos dentro de subgrupos de eventos similares, para entonces, poder seleccionar como target un incidente representativo que logre cohesionarlos (Benenti et al., 2008).

En relación a lo anterior, al lograr reprocesar el incidente representativo o evento perturbador, probablemente lo que se obtenga es una generalización y permitirá que los efectos positivos del tratamiento terapéutico se difundan a los demás incidentes o eventos asociados al target. Entonces, lo conveniente para el terapeuta es pedir al paciente que designen sus diez recuerdos más perturbadores, situación que permitirá clasificar y consolidar sus experiencias pasadas dentro de targets adaptables para el

proceso terapéutico. Así, al lograr evaluar el nivel de SUD de cada evento traumático y programarlos en orden, partiendo del grado de perturbación, el terapeuta y el paciente en conjunto pueden decidir conjuntamente cuál recuerdo debe ser el target inicial para el tratamiento de EMDR (Shapiro, 2002).

Sin embargo, no se encuentra establecido en el protocolo estándar de la elección del target cuál será el recuerdo que dé inicio al tratamiento terapéutico, puesto que es decisión del terapeuta y el paciente si se comenzará por el extremo más alto o por el más bajo de los recuerdos que fundamentan la perturbación. Es decir, la decisión dependerá de la preferencia del terapeuta y de la evaluación pertinente del paciente, pues algunos terapeutas apuntan a que comenzar con un evento que posee un bajo puntaje en la escala de SUD, permite al paciente afrontar la experimentación del cambio y la resolución del material con menor nivel de estrés agudo y permitirá que el paciente tenga confianza y se prepare para trabajar sobre el material aún más perturbador (Shapiro, 2002).

Algunos expertos en EMDR establecen que dar inicio al proceso terapéutico a través del target con menor nivel perturbador, podría cambiar a asociaciones más dolorosas, probablemente proporcionando al paciente un desánimo y logrando que se sienta mal preparado para la continuación del tratamiento (Shapiro, 2002).

Shapiro (2002), manifiesta que en su accionar profesional ha utilizado como target primero el evento más perturbador, teniendo en cuenta el argumento de que al comenzar por éste, se prepara al paciente para la peor circunstancia y para los más altos niveles de

angustia, situación que además permitirá que más adelante en el tratamiento no existan sorpresas. Además de todo, es claro que de esta manera los pacientes lograrían sentir al final de la sesión una sensación inmensa de logro, ya que no sólo pueden de nuevo revivir aquello que es significado como perturbador, sino que podrían descubrir que lo peor no es tan malo como lo habrían podido anticipar.

Pero aún más importante que todo lo anterior, los pacientes habrán podido resolver su recuerdo perturbador más traumático, lo que podría traducirse en el hecho concreto de que las sesiones siguientes serán más fáciles a medida que se avanza en el proceso. Por tanto, también tendrá como consecuencia que exista una reducción significativa del miedo, la ansiedad y/o las demás sensaciones perturbadores en la próxima sesión (Shapiro, 2002).

Hay que tener en cuenta que los targets más adecuados para trabajar en una sesión de EMDR deben contener e incluir cualquier manifestación de información disfuncional, porque el fin exacto es poder resolver un trauma y es por ello que el terapeuta debe focalizar puntos determinados como el recuerdo del evento real; cualquier flashback, puesto que éste puede ser diferente del incidente traumático real; imágenes de pesadillas y cualquier otro desencadenante que evoquen sentimiento, emociones y sensaciones perturbadores en el paciente (Shapiro, 2002).

Por todo lo anterior, es pertinente manifestar que los terapeutas de EMDR deben estar atentos a diversas posibilidades que puedan alterar los procedimientos en cualquier momento para acomodarse a las necesidades del paciente. No es conveniente

que los terapeutas conciban esta terapia como una carrera para lograr efectos en el tratamiento (Shapiro, 2002).

Finalmente, en tanto pacientes en duelo se refiere, Shapiro (2002) se ha trabajado con el dolor excesivo por la experiencia de la pérdida, teniendo en cuenta que ésta es traumática para el deudo y lo que ha propuesto es que no se elimina el dolor, pero si ayuda en el acompañamiento del paciente para afrontar su proceso en un estado de paz interior. Entonces propone que cuando el dolor es excesivamente fuerte, se hace necesario que los pacientes procesen los hechos actuales, teniendo en cuenta el sufrimiento por la pérdida del ser querido, las imágenes intrusivas, las pesadillas, los disparadores presentes y los asuntos en tanto la responsabilidad personal, la propia muerte y situaciones de pérdida no resueltas.

## 2.3. *Marco conceptual*

### 2.3.1. *Pérdida relacional*

Para esta investigación, será entendida como la pérdida de la pareja, es decir, hace referencia a la especificidad de la pérdida. Sin embargo, se tendrá en cuenta la concepción directa del director científico de Clínicas del Duelo – Innovación Afectiva, Dr. Jorge Montoya Carrasquilla, quien manifiesta que una pérdida es el evento vital estresante más agudo de la existencia humana, entendiendo que la separación relacional tiene algunas características (ya explicadas en el capítulo *Características que diferencian el duelo por pérdida de la pareja*) que permiten entrever el hecho concretamente y el impacto que ésta tiene en ejes importantes de la persona, a saber, la personalidad, el sentido de vida y la realidad (Montoya, 2008).

Estas tres dimensiones son trastocadas a raíz de la pérdida relacional o separación, lo que hace que la persona sienta su mundo destruido a gran escala. La pérdida de la pareja hace que los involucrados tengan que atravesar por las diferentes fases del duelo, aflicción aguda, conciencia de la pérdida, aislamiento-conservación, cicatrización y reconstrucción (Montoya, 2008).

### 2.3.2. *EMDR*

EMDR es un método psicoterapéutico que se ha demostrado en demasía eficiente para el tratamiento de diversos trastornos que son resultado de experiencias traumáticas en la vida de las personas como por ejemplo: guerras, asaltos, desastres naturales, pérdidas, inclusive invidentes traumáticos ocurridos en la infancia. Así pues, lo que se busca con el EMDR es acelerar el tratamiento de un vasto rango de problemáticas como, por ejemplo, las patologías fóbicas y traumáticas que se dan en el estrés postraumático, entre otras (Shapiro, 2004).

En el proceso, utiliza la estimulación bilateral de los ojos en un protocolo especial al tiempo que las personas hablan de sus experiencias traumáticas. Como resultado, se da una desensibilización, el consecuente reproceso o resignificación de las mismas y la desaparición de la sintomatología (Shapiro, 2004).

### 2.3.3. Estrés agudo

El estrés agudo es producido cuando una persona vivencia una situación peligrosa inminente, a saber en esta investigación será específico por la pérdida relacional y las emociones y sensaciones que esta experiencia produce. Este tipo de estrés se manifiesta de una manera rápida y suele no permanecer en el tiempo, sin embargo, en el duelo puede sobrellevarse por varios meses después de la experiencia traumática (Montoya, 2008).

Éste hace que se desencadenen una serie de reacciones corporales como aceleración del ritmo cardiaco, sudoración en el cuerpo, sobre todo en las manos, entre otros síntomas corporales como dolor de cabeza. Por tanto, la persona se siente ante un peligro que experimenta con miedo y angustia (Shapiro, 2002). Sin embargo, no sólo son reacciones físicas lo que la persona en duelo siente después de la ruptura, también existen emociones propias del estrés agudo como tristeza, que puede estar acompañado de pensamientos intrusivos que generan dolor, rabia, angustia, ansiedad, etc. (Montoya, 2008).

### 3. PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

#### 3.1. *Datos generales*

**Nombre:** Sin especificar por razones inherentes a la investigación

**Edad:** 28 años

**Sexo:** Femenino

**Ocupación:** Trabajadora Social

**Escolaridad:** Estudios Universitarios

**Domicilio:** Sin especificar por razones inherentes a la investigación

**Remitido (a) por:** Acude a Clínicas del Duelo, Innovación afectiva por iniciativa propia.

**Diagnóstico presuntivo:** Reacción de estrés agudo (Pérdida relacional por separación).

### 3.2. *Motivo de consulta*

#### 3.2.1. *Presente virtual (Frecuencia, duración, intensidad):*

##### 3.2.1.1. *¿Qué fue lo último que ocurrió para que decidiera venir al psicólogo?*

Ha experimentado en repetidas ocasiones oleadas de angustia extrema y experimenta un estrés agudo a raíz de la experiencia de ruptura con su expareja hace, aproximadamente, un año. Este sentimiento de angustia y ansiedad se ha convertido en insoportable para la paciente. Recuerda a su expareja y llora constantemente, luego de los meses continúa con sentimientos de mucha tristeza y dolor. Además, el estrés agudo al que se ha visto expuesta ha permitido que su salud se debilite, además de que sus emociones se encuentran, de acuerdo a ella, inestables e inseguras, pues la experiencia de duelo ha creado desorganización emocional. Siente un gran vacío en el abdomen y le duelen sus manos, además de agitación.

### 3.3. *Cuadro clínico*

#### 3.3.1. *¿Desde cuándo empezó el problema? (presente virtual)*

El problema comienza en el momento en que experimenta la ruptura con su ex pareja, con quien sostuvo una relación durante nueve años. De eso ya ha transcurrido un año y la paciente manifiesta aún tener el mismo sentimiento de tristeza y dolor por la pérdida relacional a la que se ha visto expuesta. Sin embargo, la tristeza venía absorbiéndola hace varios meses con antelación a la separación, pues se sentía insatisfecha y abandonada por quien en el momento era su pareja, pero continuaba en silencio esperando a que todo fuera mejorando.

#### 3.3.2. *¿Cómo fue la última ocasión en que ocurrió el problema?*

La paciente manifiesta que continúa con mucha tristeza y mucho miedo de continuar su vida sola, que además le duele mucho el hecho de haber estado nueve años con una persona que no le brindó una estabilidad emocional en la mayor parte del tiempo. Por tanto, no puede referirse a cómo ha sido la última vez en que ocurrió el problema, porque ante esto puede relatarse que el dolor ha sido constante y continuo, manifestado no sólo en oleadas de angustia y crisis recurrentes, sino también en el estrés agudo que ha aparecido como consecuencia del impacto emocional experimentado por la pérdida y el duelo.

*3.3.3. ¿Qué ocurría en su vida antes de que surgiera la situación? (factores desencadenantes)*

Ella manifiesta que existen algunos factores que pueden ser desencadenantes para que su proceso de duelo aún no haya tenido un avance significativo. Uno de ellos es la actitud que su ex pareja tuvo hacia ella mientras aún sostenían una relación. Ella manifiesta sentirse sola y desprotegida, no encuentra un apoyo emocional que la haga sentir segura.

### 3.4. Factores desencadenantes

#### 3.4.1. ¿Qué otros aspectos se vinculan con el problema? (núcleo)

<b>FACTOR ASOCIADO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>FAMILIA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Madre ausente durante la mayor parte de su vida (aunque vive con ella aún).</li><li>- Hijo de 12 años (concebido cuando tenía 15 años de edad).</li><li>- Padre fuera del país desde que ella tenía 13 años (esto le ha generado estrés por no tener un apoyo emocional, pues él era el único que la hacía sentir segura)</li></ul>
<b>PAREJA</b>	Sostuvo una relación durante 9 años con su ex pareja (ruptura por la que asiste a consulta). El recuerdo de esa relación le hace sentir angustia, tristeza y mucho dolor.
<b>TRABAJO</b>	Se desempeña como trabajadora social en una empresa del estado hace 3 años. Sus relaciones laborales son reducidas a lo necesario. Dice no crear lazos laborales por el estado en el que se encuentra de dolor y angustia.
<b>SALUD FISICA</b>	Después de los respectivos exámenes realizados por el médico general de Clínicas del Duelo, Innovación Afectiva, se establece que la paciente tiene un estrés agudo debido a la experiencia de pérdida a la que se ha

	<p>visto expuesta. Esto le ha proporcionado diversos dolores musculares por la tensión, además de opresión en el pecho, agitación y sensación de vacío en el estómago.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3.5. *Descripción caso clínico*

La paciente es una mujer de 28 años de edad, la cual habría llegado a Clínicas del Duelo, Innovación Afectiva con el fin de ser atendida por el duelo que, siente, no había logrado resolver. Este duelo ha sido generado gracias a la separación que ha tenido de su pareja con la que sostuvo una relación durante nueve años.

Es una mujer aparentemente tranquila, sin embargo, podría decirse que es una persona a la que el aspecto personal no le preocupa mucho, aún siendo una mujer profesional que se desempeña en el área del Trabajo Social, pues su aspecto es poco cuidado y bastante desaliñado.

Ella llega por referencia de compañeros de trabajo, que manifiestan que en Clínicas del Duelo, Innovación Afectiva puede recibir atención especializada para lo que le estaba ocurriendo. En Clínicas es atendida inicialmente por uno de los psicólogos de planta, el cual le realiza parte de la entrevista inicial y el Breve Inventario del Duelo (BID), herramienta que es utilizada desde el inicio de la intervención de los pacientes para registrar un seguimiento y mejoría de los pacientes que son atendidos en Clínicas.

Como se ha manifestado, esta mujer es atendida en primera instancia por un psicólogo experto en atención en duelo que le realizó una valoración y clasificación del tipo de pérdida y quien llevó el caso al Staff Multidisciplinario. Continuando, se logró clasificar el tipo de pérdida como pérdida relacional y debe ser atendida por el profesional experto en la atención en este tipo de duelos.

La valoración de la paciente arroja datos valiosos que serían la piedra angular para la elección de la muestra en la presente investigación. La mujer habría terminado su relación hace, aproximadamente, un año y aún sentía que no habría logrado mejorar con sus propios recursos internos. Sentía que su vida se había desorganizado de una manera drástica y no sabía qué más hacer para tratar de estar bien y no tener resultados esperanzadores.

Tomando como beneficio el hecho de que dicho terapeuta es experto en EMDR y habría trabajado con algunos pacientes en proceso de duelo con antelación, se pide el consentimiento a la paciente sobre el procedimiento y sobre la investigación que estaría por comenzar.

La información siguiente se ha recopilado a través de la entrevista que el terapeuta asignado en el Staff Multidisciplinario tiene con la paciente y está registrada en los diarios de campo de esta investigación. Sin embargo, ella ya habría proporcionado varios datos que fueron la base para abrir su historia clínica.

Entre estos datos se encuentran sus datos personales y la información más relevante, como las personas con las que vive e información importante sobre por qué ha decidido ser atendida en Clínicas del Duelo, Innovación Afectiva. Ella manifestó que decidió acudir a “Clínicas” por el hecho de que siente que no había superado el duelo a causa de la ruptura con su ex pareja, ruptura que se habría tenido protagonismo un año atrás.

Entonces, la seleccionada para esta investigación manifestó que la tristeza y la angustia por saber qué es lo que ocurrirá en adelante con ella si continua así la invaden constantemente. Esto podría traducirse en estrés agudo a causa de la pérdida relacional que habría experimentado, estrés y tensión que permitió que fuera la muestra perfecta para la atención a través de la aplicación de la terapia EMDR.

Los elementos que permitieron concluir que ésta sería la muestra adecuada y pertinente para esta investigación, fueron el estrés agudo ya mencionado que ha dejado la ruptura con su ex pareja, las oleadas de angustia y tristeza que le ocurren en ante los recuerdos y la idea de continuar su vida sin él, el sentimiento de que su vida se ha desmoronado por completo (muy normal y común en una persona que ha experimentado una pérdida) y no tener la fórmula para organizarla únicamente con sus recursos internos.

Además de todo, el BID concluye con información que corrobora todo lo dicho por esta paciente en el momento de la entrevista, la paciente podría ubicarse en la en las 3 primeras fases del duelo: *aflicción aguda*, *conciencia de la pérdida* y *aislamiento-conservación*, teniendo claro que tiene algunos elementos característicos de cada una de éstas.

Se evidencia como una mujer angustiada y en estado de incertidumbre constante por sí misma y su futuro sin compañía de su ex pareja, factores que han logrado vislumbrarse como desencadenante de una alteración de la capacidad de comprensión, confusión y claro está, angustia aguda. Todo esto se acompaña de los recuerdos intrusivos, que si bien han reducido con el tiempo siguen siendo protagonistas en su proceso de duelo.

Otras características que se logran evidenciar en ella son debilidad muscular, temblores, mareos y falta de concentración. Sin embargo, habría que aclarar que, en general, la paciente acepta la pérdida, lo que existe en ese momento inicial es una determinante desorganización emocional y una sensación de ansiedad constante. Para dar explicación a lo que ha sucedido, la mujer plantea que su relación se ha terminado como consecuencia de todo lo que hizo su ex pareja, se refiere a maltratos emocionales y psicológicos hacia ella, aún con esta explicación no se explica aún por qué su relación terminó si ella ponía de su parte todo lo posible para que todo funcionara adecuadamente en todo momento entre ellos.

Esos pensamientos la llenan de rabia, otro de los síntomas que son claves en la entrevista a trabajar futuramente en la intervención. Manifiesta tener rabia con su ex pareja por haberla dejado sola y con algunos integrantes de su casa, como su madre cuando se tocan temas centrales de convivencia y su historia familiar.

Podría establecerse que en el momento de las entrevistas iniciales la paciente atraviesa por un momento de tristeza agudo en el que se encuentra aislada casi que permanentemente, ella manifiesta que se aísla de los demás porque la acompaña de modo constante un sentimiento de agotamiento físico y emocional, seguramente por el estrés agudo causado debido a la pérdida, además de plantear que realizaba un recuento de los sucesos ante la pérdida por la separación.

Por tanto, se propone que el tratamiento a seguir con dicha paciente es la aplicación de la terapia EMDR, con el firme propósito de reducir notablemente sus pensamientos intrusivos y reconstruir su vida emocional, psicológica y estructuralmente después de su experiencia de pérdida relacional por la separación con su ex pareja.

Entre otros aspectos, habría que rescatar que aquella que es presta para la investigación habría llegado a las primeras sesiones vestida de una manera suelta, es decir, sus ropas eran anchas, zapatos bajos y sin maquillaje. En conclusión, podría manifestarse que la paciente constantemente vestía de una manera poco cuidada, lo que podría evidenciarse es que se encontraba en plena fase de aislamiento del duelo, por lo que poco podría poner atención a su aspecto personal y su autocuidado. Sin embargo, en algún momento del proceso su aspecto cambia.

Por otra parte, podría manifestarse que la paciente ha desarrollado un tipo de apego ambivalente, esto se evidencia claramente en el proceso terapéutico, sobre todo, en la primera sesión. La paciente ha establecido sus relaciones personales a través del miedo a ser abandonada y por lo que constantemente habría procurado complacer con sus actitudes a aquellos que han sido importantes para ella, todo esto con el fin de no ser abandonada.

Entonces, lo que la mujer ha creado para sus relaciones es una lectura de ambivalencia en las personas significativas para ella, sobre todo su padre, madre y ex pareja, es decir, ha interpretado a lo largo de su vida que la presencia de estas personas, tanto física como emocionalmente, se encontraba disponible sólo en algunas ocasiones. Esto es lo que ha detonado en ella una constante ansiedad a ser abandonado y los eventos traumáticos por los

que debe atravesar en su vida le acentúan el pensamiento irracional de no ser importante y no valer nada, lo que le hace procurar complacer a las personas significativas para no sufrir la angustia de la separación y atacar sus pensamientos irracionales.

Se aclara que, aunque se ha trabajado EMDR con pacientes en duelo, la presente investigación abarca el proceso de duelo como un evento vital estresante y tomándolo como una experiencia traumática y de estrés agudo, puesto que generalmente se ha trabajado el duelo con EMDR únicamente cuando el dolor es excesivo. Lo relevante es que toda pérdida en Clínicas del Duelo – Innovación Afectiva es concebida como un dolor incomparable y una destrucción del mundo personal como ninguna otra situación podría realizarlo.

### 3.6. *Diarios de campo*

#### 3.6.1. *Sesión 1: Entrevista inicial y encuadre*

La paciente se presenta a la primera consulta aparentemente tranquila, es una mujer de 28 años de edad que previamente ha mencionado que se encuentra en proceso de duelo por la separación de quien fue su pareja durante nueve años. Hace un año aproximadamente han terminado y ella aún no se repone de la aflicción que le ha generado dicha pérdida, además que siente que su vida no ha logrado un orden y que sus recuerdos la perturban en demasía. La paciente tiene un hijo de 12 años, aclara que no es hijo de su ex pareja por la que ha venido para la terapia EMDR, sino de un novio de su adolescencia.

Ella manifiesta que su ruptura ha sido bastante dolorosa y traumática, porque ha generado en ella sentimientos de angustia, rabia, dolor, tristeza y ansiedad. Evidentemente cuando habla de su ex pareja y la experiencia de la separación, su cuerpo manifiesta tensión y ansiedad, mueve sus piernas rápidamente y aprieta sus manos, acto que funciona como evacuador de angustia, también su mirada denota tristeza, ésta es dirigida hacia abajo y poco logra sostenerla para mirar a quien habla o a quien se dirige a ella.

En la entrevista la mujer hace referencia a la sensación de soledad que siente con la ausencia de su ex pareja y el miedo que le produce la idea de continuar su vida sin él, puesto que no ha tenido nunca otro resguardo en donde pueda sentirse segura diferente a él o a su padre, pero éste último hace algunos años vive fuera del país. Por eso ella misma mencionaba en la entrevista inicial que uno de sus mayores miedos era despertarse y verse

sola, sin él, es decir, sin su expareja. Entonces, el blanco terapéutico original para la aplicación de EMDR sería éste: *miedo a despertarse y verse sola*. El terapeuta califica el nivel de perturbación con 9 de 10 puntos que puede dársele en el SUD (Escala en donde 0 es ninguna perturbación o neutral y 10 es la máxima perturbación que pueda concebirse).

Años más tarde la paciente vuelve a quedar en embarazo del hombre con quien sostuvo una relación por 9 años, sin embargo, tiene que abortar porque ya éste le habría advertido que eso sería lo que tendría que ocurrir si quedara encinta. Ante esto, la paciente habla con gran dolor cuando comenta la actitud que su ex pareja asume en ese momento, porque dice que al parecer no le importaba nada, simplemente le dio el dinero para abortar y ya, dice que es como si nada hubiera pasado. Nunca se preocupó por ella, tal como no se lo hizo sentir durante toda su relación.

Esta actitud fue una constante durante su relación, pues manifiesta que su pareja parecía más preocupado por su trabajo y por mostrar que tenía una relación perfecta que por construirla realmente. Entonces, a ella le genera mucha tristeza procurar entender por qué estuvo inmersa en esa relación por tantos años, con un hombre que no le ofrecía nada a nivel emocional.

Ante el intento del terapeuta por ahondar en el miedo que le produce a la paciente el sentirse sola, se encuentra con un relato en el que ella manifiesta que de niña sentía mucho miedo al despertarse y verse en tal estado. Conjuntamente ella manifiesta que aún siendo niña, cuando tenía 8 años aproximadamente, su padre siempre salía los viernes en la noche, mientras ella se sentaba en un sofá a esperarlo hasta la hora que fuera su llegada, sin

embargo, en el momento en que ella escuchaba que su padre estuviera abriendo la puerta, corría inmediatamente a su cuarto y se acostaba en su cama. Este recuerdo la perturba constantemente y la llena de tristeza, pues su papá ha significado para ella desde niña su protección y su todo en la vida, por lo que le llena de tristeza recordarse de niña esperando a su padre, preocupada por lo que pudiera pasarle, manifiesta que esa niña del recuerdo la llena de compasión y lástima.

Cuando ella tenía 13 años, su padre decidió irse del país para convivir con otra mujer y establecer otra familia, experiencia que, recuerda, ha sido perturbadora y significativa por el resto de su vida, Pues no logra entender cómo su padre, aquel que para ella representaba absolutamente todo, la abandona en un momento en el que estaba creciendo y siente un sentimiento de soledad que será el imperante el resto de su vida en diferentes ocasiones.

Continuando, ella aclara que no convivían juntos, pero que la mayoría del tiempo ella estaba en el apartamento de él, pero con la aclaración contante de éste de que no convivía con él y no podía quedarse sino cuando él lo deseara.

Entre otras situaciones que menciona, que pueden ser relevantes porque repite, se encuentra el hecho de que su papá, siendo el hombre más importante para ella, se fue del país cuando era niña y comenzó una nueva familia y aunque aún tienen comunicación, ella no logra olvidar ese momento y no deja de significarlo como un abandono. Esta situación ha logrado generar en ella sentimientos de tristeza, rabia, angustia, dolor y miedo. Mientras tanto que el terapeuta le pregunta si probablemente este evento tiene una relación directa

con el miedo a que la abandonen, sobre todo su ex pareja, ella reacciona bajando la mirada y contestando que si es probable, pero que eso es lo que ella quiere conocer en el proceso terapéutico.

En tanto a la experiencia del embarazo, ella dice que cuando ocurrió se sintió muy sola, porque el único apoyo fue su papá, pero él se encontraba fuera del país. Su madre asumió una actitud despreocupada por su hija y el dolor de la paciente era inmenso junto a la rabia por no entender cómo una madre podría comportarse así con su propia hija.

Lo que la mujer manifiesta de una manera muy recurrente es el sentimiento de soledad que le producen las situaciones, sobre todo con su padre y con su ex pareja. Sobre esto la paciente decía que siempre ha tenido una sensación de soledad y abandono, y que ha logrado identificar que se aumenta en los momentos en que alguno de los dos se ausentaba. Esto, de acuerdo a lo que ella dice, le ha ocasionado sentimientos de desprotección e inseguridad, tanto que decía que uno de sus mayores miedos es despertarse y verse sola, y que no sólo ha sido un miedo de ahora sino de toda su vida.

El terapeuta le pregunta si recuerda el primer momento en que ese miedo apareció en su vida y ella, después de un largo silencio, manifiesta que a los 5 años sentía terror de despertarse y verse sola, no soportaba la idea de que su padre se alejara de ella por mucho tiempo, porque eso le generaba sensación de inseguridad y ansiedad. Claro había dejado que su padre ha representado para ella estabilidad emocional y seguridad, pues ha sido la persona que le genera sensación de protección; Así, el blanco original de la aplicación de la

técnica del EMDR, es decir, el incidente elegido para reprocesamiento, ha sido determinado como *miedo a despertarse y verse sola*.

Entonces, el terapeuta menciona que podría recopilarse la información otorgada por la paciente en la entrevista inicial y se plantea un acuerdo con ella en que serán los siguientes blancos terapéuticos en el EMDR los seleccionados para el tratamiento:

- ✓ (3-4 años) Despertarse viéndose sola (Blanco Original).
- ✓ (8 años) Viernes en la noche sentada al lado de la ventana que da a la calle esperando que llegue el papá.
- ✓ El papá iba y venía con otra señora incluida la hija de la señora.
- ✓ (13 años) El papá llega de Bogotá con visa.
- ✓ El día que se dio cuenta de que estaba en embarazo.
- ✓ Encontrarse sola a tan sólo 5 días de haber tenido un bebé.
- ✓ Aborto provocado.
- ✓ Su ex pareja se portó mal con ella durante la relación
- ✓ Maltrato de su ex pareja (Blanco tardío, es decir, blanco que es provocado por todos los anteriores)
- ✓ Ruptura con su ex pareja.

Es explicado que los targets han sido seleccionados en modo ascendente en tanto puede evidenciarse en la historia de la paciente que los eventos son significativamente históricos, es decir, partiendo de su historia se han ubicado los targets para la aplicación de EMDR, a lo que la paciente manifiesta estar acorde con lo planteado por el terapeuta.

Continuando, el terapeuta propone a la paciente, que de acuerdo al protocolo de EMDR es pertinente crear e instalar un lugar seguro y le explica que este ejercicio se realiza con el fin de proporcionar en ella un espacio a través de la imaginación que le permita sentirse equilibrada y estable durante los momentos perturbadores en las sesiones en las que será aplicada la terapia. Este lugar es utilizado, de acuerdo a lo que explica el responsable de la aplicación de EMDR, para generar un reposo emocional que podrá ser utilizado como descanso y equilibrador y también como una ayuda estratégica para la finalización de las sesiones que sean muy perturbadoras.

Entonces, él propone a la paciente que cierre los ojos y que se concentre en su cuerpo, en la tensión y en su respiración, mientras le explica que a través de la imaginación guiada se realizará la creación del lugar seguro. Así, el siguiente paso es la identificación por parte de ella de una imagen de un lugar seguro que pueda evocar fácilmente y que le provea un sentimiento de calma y seguridad personal.

El lugar seguro que crea la paciente es elegido como un resguardo de serenidad, manifiesta ella, es una piedra grande al lado de un río, rodeado de mucha naturaleza, en donde el viento se escuchaba y le refrescaba su cara, mientras escuchaba los pájaros cantando; el agua es muy cristalina, un río que, decía ella, no era ni grande ni pequeño, ni fuerte ni con agua estancada, el agua corría y fluía. Entonces, ella se encontraba sentada en la piedra recibiendo la brisa y el viento.

El responsable de la terapia le pide que fortalezca la imagen evocándola una vez más y que por favor procure sentir e identificar las sensaciones que éste le provee, además de pedirle que identifique el lugar de las sensaciones físicas agradables. Ante esta petición, la mujer manifiesta primero que todo que la sensación física que más siente es tranquilidad en su rostro, que por primera vez en mucho tiempo lo siente relajado, así como logra sentir serenidad y estabilidad, decía que pareciera que nadie pudiera tocarla allí y nadie pudiera hacerla sentir mal ni desequilibrarla, sentía protección en este lugar.

Aunque el tono de la voz del encargado en el momento era tranquilizante, es éste quien le manifiesta a la paciente en ese preciso instante que le informe en el momento en que sienta que esa misma voz es la que le estuviera brindando la sensación de protección y no fuera el lugar seguro en sí, puesto que esto desviaría la instalación de este último.

Continuando, él le pide que traiga la imagen del lugar que ella siente como seguro y tranquilo, que se concentre en la parte del cuerpo en las que lograba sentir sensaciones agradables y que se permita a sí misma disfrutarlas y, continuamente, que comience a seguir con los ojos sus dedos.

Continuamente, el terapeuta le pide a la paciente que le ponga un nombre a ese lugar seguro que ha creado y que haga conscientes una vez más las sensaciones que le procura éste en su cuerpo de tranquilidad, estabilidad y protección, al tiempo él continúa realizando la estimulación bilateral ocular. Este procedimiento fue realizado por 4 veces.

La paciente pregunta que si este procedimiento puede realizarlo en cualquier momento en que sienta alguna sensación perturbadora y sin la estimulación ocular, a lo que él responde que sí, que es útil en los momentos en que sienta tensión en alguna situación, además tendrá un valor agregado y es que se estará preparando para que en las sesiones de EMDR sea aún más fácil la evocación del lugar seguro.

Lo que realiza el terapeuta es que le pide a la mujer que recuerde una situación perturbadora, si es posible que le procure una sensación de enojo, pero no muy intenso y que tome conciencia de los sentimientos negativos que le despierta dicho recuerdo. Ante esto, ella comienza a recordar un momento en su trabajo de tensión y una discusión con una de sus compañeras que, dice ella, aunque fue intensa en el momento, no le propició sentimientos generalizados ni extensos más allá del momento y es el punto en que el responsable de la terapia la guía, una vez más, a través del ejercicio hasta que los bajos niveles de sentimientos negativos puestos en el recuerdo desaparecieran.

Finalmente, se le pide de nuevo a la paciente que traiga algún recuerdo perturbador, sin necesidad de expresarlo y que realice de nuevo el procedimiento, pero esta vez sin la guía o dirección del terapeuta, inclusive hasta llegar al punto de estabilidad y relajación después del recuerdo. Y después de esto él le recuerda a ella que su lugar seguro estará siempre accesible en las sesiones de aplicación de EMDR, simplemente debe dejar saberlo si necesita retornar a él en cualquier momento y él propiciará una guía para que esto ocurra.

Así, la sesión finaliza mientras la paciente determina que se siente tranquila y más relajada, que se encuentra a la expectativa por el tratamiento y que no ve la hora de que éste

comience, porque tiene mucha esperanza puesta en éste para la ayuda de su duelo y su gran tristeza. El terapeuta cierra la sesión al manifestarle que se encontrarán en la próxima sesión y que procure recordar cuál es el próximo target a trabajar y le entrega una nota en la que se encuentra el orden de los target a trabajar para que los tenga presentes durante todo el proceso a modo de información.

El profesional finalmente le aclaró a la paciente que la aplicación de EMDR estaría centrado en diversos recuerdos perturbadores, procurando que la carga emocional negativa de estos desapareciera. Sin embargo, le manifestó al tiempo que el proceso de duelo mantenía un patrón de sensaciones y emociones propias de él que debían seguir un curso natural para propiciar la recuperación, entonces, EMDR lo que haría estaría relacionado con la carga de mecanismos internos perturbadores y negativos que podrían estar sirviendo como un factor de riesgo para que su proceso fuera normal.

### *3.6.2. Sesión 2: Inicio aplicación EMDR*

**Blanco terapéutico – target:** (8 años) viernes en la noche sentada al lado de la ventana que da a la calle esperando que llegue el papá

**SUD inicial:** 7 puntos de 10

**SUD final:** 0 puntos de 10

La paciente se presenta a la primera sesión oficial de aplicación de EMDR. Llega aparentemente tranquila, pero ansiosa por el tratamiento, pues ella manifiesta tener un objetivo claramente trazado con la aplicación de la terapia, éste era cortar de raíz con una relación que le había proporcionado mucho dolor además de procurar descubrir por qué había estado en una relación tanto tiempo que le generaba tanto dolor, de acuerdo a las palabras de ésta.

Ella se sienta de manera derecha por petición del terapeuta, ya que EMDR requiere de la estimulación, por esto se le pide que no cruce ni pies, ni piernas, ya que hay que tener muy en cuenta que estas posiciones denotan defensa y bloqueo hacia el otro y evidentemente no es pertinente en el momento de la aplicación de la terapia, mirando a una pared en blanco para proporcionar concentración. Continuando, el responsable de la terapia se sienta al lado izquierdo de la paciente mirándola de frente y le dice algunas palabras mencionadas en la sesión anterior respecto a la estimulación como tratar de recordar el evento traumático a trabajar en la sesión de hoy.

Con anterioridad se habría propuesto el blanco terapéutico o *target* para esta sesión, éste era (8 años) *viernes en la noche sentada al lado de la ventana que da a la calle esperando que llegue el papá*, teniendo claro que hace referencia a la relación con su padre, esto con el fin de entender la manera en que ella se relaciona actualmente con los hombres y sobre todo, cómo se relacionó con su expareja, manifiesta el terapeuta. Al preguntarle por el hecho, el profesional indaga sobre éste, la paciente manifiesta que ese recuerdo le duele mucho y la llena de tristeza, de lástima por verse a sí misma esperando a su papá deseando únicamente estar con él. En ese momento el terapeuta califica el nivel de perturbación de la paciente con un 7 de 10 puntos.

Entonces, éste comienza por pedirle a la paciente que evoque su lugar seguro, tal como se había realizado la sesión anterior en la que éste se instaló, que como se mencionó, será de utilidad durante el resto del proceso terapéutico. Para esto, le pide que mire hacia el frente procurando concentración e imaginando su lugar seguro, permitiendo sentir las sensaciones de protección y equilibrio que éste le brinda.

Tal como la sesión anterior, se comienza a realizar la estimulación bilateral mientras ella rememora el lugar seguro y se encuentra en él, permitiendo que las sensaciones positivas sean protagonistas en un primer momento de la sesión. Sin embargo, luego de realizar el proceso de evocación del lugar seguro, el terapeuta propone realizar la sesión partiendo de los recuerdos que validan el *target* de ésta.

Luego de instalar el lugar seguro, éste comienza realizando preguntas claves que apuntan al blanco terapéutico propuesto para la sesión. Preguntas como *¿Por qué te sientes*

*tan sola?, ¿por qué te da miedo continuar la vida sin tu ex pareja?, ¿cómo fue tu relación con tu papá?, ¿cómo ves esa relación ahora y cómo recuerdas a la niña que construyó esa relación?*

Ante estas preguntas, la paciente relata que cuando ella tenía 8 años aproximadamente, todos los viernes su padre se quedaba por fuera de la casa con los amigos y ella no se acostaba a dormir hasta que no sintiera que el papá llegaba. Pero tampoco se quedaba en la cama, sino que se sentaba en el sofá a mirar por la ventana a esperar a que su padre llegara, entonces, cuando él llegaba y ella sentía que ponía la llave en la chapa de la puerta, corría directo a su cama.

Aquí finaliza el primer set de EMDR y el profesional califica la reducción de la perturbación con un 5 de 10 puntos al preguntarle a ella por las sensaciones y ella responder que aún la llena de tristeza, pero que entendía que su padre vivía abrumado en su casa con su esposa, es decir, con la madre de la paciente.

La paciente decía que recordar eso le generaba mucha tristeza y es un recuerdo que la perseguía mucho y la perturbaba, porque ella lo único que quería era estar con su papá, pues éste era *su todo*, tal como ella lo manifestaba. Así que el terapeuta le propone reconstruir la escena una vez más, teniendo en cuenta el recordar las sensaciones que este recuerdo le generaba, tanto emocional como corporalmente con el fin de dar inicio al segundo set de EMDR.

La mujer hablaba mientras su rostro reflejaba tristeza y sus ojos soltaban una que otra lágrima, mientras que al tiempo decía que sentía lástima de sí misma, le daba pesar de esa niña que era ella misma. En el momento en que eso ocurría se percibía a sí misma abandonada y vulnerable, además de desprotegida, ella manifestaba que le producía mucho miedo que a su papá le pudiera ocurrir algo y no pudiera llegar a la casa, además le daba mucha rabia con su madre por no quedarse esperando al papá, porque ésta no se preocupara por él. Mientras esto ocurría la estimulación continuaba a cargo del profesional.

Decía que sentía sus manos tensas y una presión en el pecho que parecía que la punzara, además de sentir una especie de vacío inexplicable. Sentía soledad y sentía lástima por ella misma, como sintiendo lástima de esa niña del recuerdo que era ella misma.

El segundo set finaliza y al preguntarle a la paciente cómo se sentía ella respondió que mucho mejor, que comprendía que su padre saliera un día a la semana y lograba comprender que tenía derecho a dispersarse después de una semana de trabajo, pero aún así el recuerdo la llenaba de tristeza. El experto en EMDR califica el SUD de la paciente con un 3 de 10 puntos.

Apuntando a la postura que tuvo en el momento de este relato, podría decirse que su cuerpo estuvo en una adecuada posición, mucho mejor que la postura anterior, abarcaba toda la silla, tenía las piernas flexionadas. Sin embargo, su cuerpo evidenciaba un estado de tensión, sobre todo en sus manos y piernas, además su rostro reflejaba la tristeza de sus palabras, pues su frente se arrugaba mientras sus ojos se cerraban un poco, evidenciando la tristeza y la lástima de la que tanto hablaba la paciente que le producía su propio recuerdo.

Dando inicio al tercer set de EMDR, el terapeuta le pide a la paciente que traiga una vez más el recuerdo perturbador. Entonces, la mujer continúa hablando sobre la relación que había entablado con su padre desde aquello que puede recordar, manifestando que durante mucho tiempo ha albergado en ella un sentimiento enorme de soledad, que aunque su padre ha estado ahí hasta la actualidad, él ha estado lejos del país y lejos de ella, que es lo más importante y significativo que concibe. Ella de nuevo habría manifestado que su padre lo era todo para ella, que su padre significaba todo lo que la hacía sentir segura y protegida, incluso en esos momentos.

Es por esto que, según decía ella, el hecho de quedarse esperando a su padre le generaba tanta angustia, puesto que su padre significaba todo su mundo emocional, todo lo que siempre le había generado una sensación de estabilidad y tranquilidad. Recordar para ella a esa niña tan frágil que lo único que deseaba era compartir con su padre le producía una sensación de tristeza inmensa por no haber podido compartir más momentos con éste.

El terapeuta continúa, en este punto, realizando la estimulación y pide a la paciente que rememore el lugar seguro, con el fin de que sus sensaciones se estabilicen y pueda continuarse con la sesión de la manera más adecuada. Entonces, de nuevo en el lugar seguro, la paciente comienza a relajar su cuerpo, se nota a simple vista que sus piernas y sus manos no se encontraban tan tensas como antes, la paciente reitera la tranquilidad y la protección que siente en el lugar seguro, mientras que el encargado continúa realizando la estimulación. Aquí finaliza el tercer set, que es calificado con 1 de 10 puntos.

Luego de varios minutos éste propone a la paciente que comience a recordar de nuevo el evento traumático que le genera tanto dolor y tristeza y rememore las sensaciones físicas y emocionales que éste le genera, mientras la estimulación da inicio al 4 set. Ella comienza de nuevo a relatar el evento, mientras que el responsable de aplicar EMDR comienza a realizar algunas preguntas como:

**Terapeuta:** ¿Por qué te quedabas allí esperando a tu padre?

**Paciente:** Porque no podía soportar la ansiedad de que algo le ocurriera y yo quería pasar tiempo con él, me preocupaba mucho

**Terapeuta:** ¿Identificas claramente las sensaciones que te produce ese recuerdo?

**Paciente:** Sí, me produce tristeza y ansiedad recordarme como esa niña tan frágil y tan triste, tan sola, me siento muy sola aún y en ese momento también

Las sensaciones físicas, de acuerdo a ella, son tensión y vacío, por lo que el terapeuta le pide que las tenga presente mientras regresa al lugar seguro y continúa siguiendo la mano de éste con sus ojos. Así, la estimulación comienza a terminar mientras él le pide que regrese al lugar seguro y allí haga presente la tranquilidad y protección y lo contrarreste con las emociones negativas que el target le producía.

El cuerpo de la paciente comienza a cambiar de tonalidad notablemente, sus manos y sus piernas comienzan de nuevo a quedar más relajadas y su rostro deja de fruncirse y de apretar su mandíbula. Sin embargo, continúa llorando, pero al tiempo manifiesta que se siente más segura y protegida.

La sesión finaliza con la evaluación de ésta, el terapeuta le pide que haga verbal sus pensamientos y las sensaciones que tiene presentes en este momento con la siguiente pregunta:

**Terapeuta:** ¿Cómo te sientes ahora?

**Paciente:** Me siento más tranquila, como protegida, me siento como más relajada aunque ese recuerdo me genera mucha tensión, esperemos a ver qué pasa la otra sesión, pero por este momento me siento tan bien, como si me hubiera quitado un peso de encima cuando hablé de eso y lo hice tan consciente.

**Terapeuta:** ¿Qué es lo que tienes más presente ahora?

**Paciente:** Siento tranquilidad y serenidad, es como si todavía estuviera en el lugar seguro, eso me hace sentir muy bien, le agradezco mucho. Ya no siento la tensión de ahora y tengo claro que las salidas de mi papá no pueden generarme angustia ni dolor ahora, es más, siento que ya no me generan eso.

Concluyendo, la sesión da final cuando el profesional califica finalmente el SUD con un puntaje de 0 de 10 puntos en el nivel de perturbación, además procurando recordarle a la paciente cuál es el target que se trabajará en la próxima sesión, además de recordarle que el lugar seguro estará ahí con ella para cuando lo necesite. El terapeuta le menciona que se ve un progreso y ella asienta como afirmando lo que éste dice, se despiden y ella sale con una sonrisa en su rostro, pero con un rostro de agotamiento, claro está, por toda la carga emocional que tuvo la sesión.

### 3.6.3. *Sesión 3*

**Blanco terapéutico o target:** El papá iba y venía con otra señora incluida la hija de ésta.

**SUD inicial:** 6 puntos de 10.

**SUD final:** 0 puntos de 10.

La paciente ingresa al consultorio con una postura diferente, se evidencia más tranquila, como si su cuerpo manifestara menos tensión, incluso su rostro estaba diferente, pues anteriormente apretaba mucho la mandíbula, mientras que en el momento en que ésta entra al consultorio no se encuentra realizando esta acción.

La mujer se sienta y mira al terapeuta como si esperara a que le dijera qué iba a ocurrir, sin embargo, le manifiesta que tenía muchos deseos de que ésta sesión llegara por fin, se encontraba muy ansiosa por el tratamiento. Además de verbalizar que tenía aún muchos deseos por continuar entendiendo cuál era la raíz de haberse anclado a una relación tan dolorosa por tanto tiempo.

En esta ocasión se da inicio a la sesión con una pregunta clave por parte del terapeuta:

**Terapeuta:** ¿Cómo te has sentido esta semana?

**Paciente:** Doctor, me he sentido mucho mejor a como me sentía antes de la sesión de la semana pasada, es como si hubiera cambiado mi perspectiva de las cosas, ese recuerdo me ha hecho sentir una angustia terrible por mucho tiempo, pero ahora lo recuerdo más

tranquila, sin tensión, sin dolor, tengo claro ahora que mi papá aún me quiere mucho, que no me abandonaba cuando se iba en muchas ocasiones y yo me quedaba esperándolo. La verdad es que con una esposa como lo era mi mamá, pues yo también me hubiera perdido todos los días, pero que eso no quiere decir que me haya abandonado o que no quisiera protegerme.

La paciente continúa manifestando que se ha sentido supremamente tranquila durante la semana, que sin duda habría tenido un gran efecto la terapia con ese recuerdo y las sensaciones que éste le producía.

Continuando, el terapeuta le menciona a la mujer que si ha tenido algún efecto en la semana que ha transcurrido después de la última sesión en relación al recuerdo que se trabajará en ésta. Ante esto, la paciente plantea que realmente ha percibido que el recuerdo que se tratará en esta sesión se encuentra supremamente relacionado con el de la anterior, puesto que se hablará con de su padre y por otro lado, tiene claro que la sensación de soledad que le procuraba el target anterior a éste, porque se sentía abandonada por él y al tiempo desprotegida.

Los sentimientos de soledad y desprotección de los que habla la paciente son producidos porque ella ha significado las salidas de éste como un abandono, como si la estuvieran cambiando por otras personas y ella aún seguía esperando a su padre. En este punto la mujer comienza a llorar y a manifestar que ese dolor siempre la ha acompañado, siempre ha generado en ella tristeza y desolación. El profesional califica el nivel de perturbación con 6 de 10 puntos.

**Terapeuta:** ¿por qué no hablas específicamente del target de hoy?

**Paciente:** no sé... mmm... no me había dado cuenta que no lo había mencionado.

**Terapeuta:** No, no lo has hecho, ¿Por qué no me cuentas del evento?

**Paciente:** Ese evento trata sobre mi papá y la otra mujer que él tenía. Sin embargo, ahora no me da tanta rabia que mi papá la tuviera, porque realmente mi mamá es insoportable. Lo que me dolía mucho era que mi papá se estaba haciendo cargo de la hija de esa mujer y me estaba sintiendo sola de nuevo, era en momento como esos en los que me sentía abandonada y desprotegida.

**Terapeuta:** ¿Te sentías o te sientes aún?

**Paciente:** Aún me siento así. Mi papá vive en Estados Unidos con su esposa y los hijos de su esposa y realmente me da rabia que mi papá comparta todo con ellos y yo no. ¿por qué no puedo estar con él si es mi papá?. Me da mucha rabia de que ellos están con mi papá y yo no, me siento muy sola, no entiendo por qué mi papá me abandonó de esa manera si yo lo amo tanto.

La posición de la paciente en este punto es como si tratara de resguardarse sola, asume posición fetal, sus piernas las ha subido a la silla y sus manos las rodean para sostenerlas y se mece. Esta posición lo que refiere es que la paciente busca tranquilidad, es una reacción primaria que deja entrever una necesidad de resguardo y cuidado, de protección, dejando claro aquello que tanto ha mencionado la paciente sobre su sentimiento de soledad y necesidad de protección constante.

Su rostro refleja una angustia extrema, pues su seño es fruncido como creando una línea recta con sus cejas, mientras que su mirada era levemente puesto hacia abajo. Mientras que sus brazos se encontraban rodeando sus piernas para sostenerlas sobre la silla, sus manos se encontraban unidas tensamente por sus dedos.

Mientras esto ocurre, el terapeuta se pone de pie y comienza a decirle a la terapeuta que ha llegado el momento de evocar el lugar seguro, para tratar de calmar las sensaciones que le han generado sus recuerdos en relación al target de esta sesión. Empieza el proceso de rememoración del lugar seguro y éste le recuerda a la paciente que allá no nadie podrá hacerle daño, que allá puede estar tranquila y estabilizar sus emociones.

La paciente, luego del proceso ya conocido, manifiesta que se encuentra más tranquila, que se siente mucho mejor a como se estaba sintiendo mientras hablaba. Ahora su posición es más tranquila, sus piernas ya se encuentran reposadas sobre el suelo del consultorio y sus manos en posición relajada sobre sus muslos, se encuentra mirando al frente y su rostro ya no refleja la angustia que reflejaba minutos atrás.

El terapeuta comienza a realizar la estimulación bilateral del primer set, recordándole a esta mujer que debe seguir con sus ojos la mano de éste. Pasados unos minutos en los que se continúa pidiéndole que sostenga en su pensamiento el lugar seguro, para permitir que sus emociones estén preparadas para soportar la carga que seguirá en un momento.

La paciente comienza a describir, por petición del experto en EMDR, cuáles son sus sensaciones positivas en el cuerpo en ese momento, a lo que ella responde que se encuentra más relajada, que siente que sus manos no están tensas, que sus piernas las puede sentir más tranquilas, pero que aun siente un poco de presión en su pecho. Sobre su rostro no menciona nada, pero éste puede observarse relajado, sus labios están abiertos mostrando sus dientes algo separados y su frente está despejada de seños, su mirada es más clara y más serena, mira al frente sin problemas y continúa siguiendo las manos del terapeuta.

De nuevo, éste le pide a la paciente que rememore su evento traumático, en el que pueda permitirse sentir las sensaciones corporales que manifieste su cuerpo. Ante esto, la paciente comienza por decir que cuando recuerda a su padre cuidando a otra niña como a su propia hija, siente un vacío una presión en el pecho como si le estuviera desgarrando el alma, manifiesta.

La mujer no puede creer que su padre se haya ido y la haya dejado sola, ella ha significado esto como un abandono, como la pérdida de su padre y la ha experimentado de una manera tal que ha logrado sentir de nuevo tanta soledad y desprotección como le puede ser posible. El dolor que esta experiencia le provee es inmenso, junto con la ansiedad y la angustia sobre qué es lo que podría pasar con ella en los momentos en los que se sentía tan sola.

**Terapeuta:** ¿Qué sientes en este momento?

**Paciente:** Me siento muy sola, siento que recordar eso me hizo volver a sentir la soledad que sentía en ese momento. Siento mucho miedo, no me gusta sentirme sola porque no sé para dónde coger.

**Terapeuta:** ¿Por qué sientes miedo de estar sola?

**Paciente:** Porque no me gusta sentir que nadie me protege y eso es lo que le he estado buscando toda mi vida, protección de mi papá y de mi pareja, me da miedo quedarme sin ninguno de ellos ahora, porque no sé qué hacer.

Finaliza el primer set y el terapeuta califica el nivel de perturbación en 4, habría bajado 2 puntos en el nivel de perturbación del recuerdo.

Teniendo en cuenta lo anterior, el responsable de aplicar EMDR propone a la mujer que recuerde de nuevo su lugar seguro y se guíe hacia éste. Una vez allí ella comienza a calmarse de nuevo, aclarando que los sets de estimulación bilateral han continuado, es decir, habría parado un momento, pero una vez el lugar seguro es traído una vez más, la estimulación se retoma con el fin terapéutico sanador.

Es el mismo terapeuta quien comienza a realizarle preguntas relacionadas con el evento traumático directo con las sensaciones y emociones a las que ella se refería momento atrás. Estas preguntas son, por ejemplo, ¿Cómo has significado ese evento? ¿Cómo podrías verlo de una manera más objetiva? ¿Es posible que tu padre se hubiera ido y hubiera seguido amándote como antes?.

Nos encontramos con respuestas como la reiteración que al haber visto como su padre iba y venía con otra mujer y con la hija de ésta, había sentido como si él la hubiera abandonado, como si la hubiera cambiado y no le importara nada más. Pero al tiempo puede notarse, de un modo más reflexivo, ella manifiesta que nunca ha logrado sentir que su padre deje de amarla, a pesar de la distancia y las adversidades él ha estado presente día tras día en la vida de ella, por lo que manifiesta que no encuentra relación entre las dos cosas, porque realmente su padre se fue del país con otra mujer, pero siempre ha estado atento a cada una de las necesidades económicas y emocionales de ella.

**Paciente:** Pensándolo de esa manera, me encuentro con algo que no había pensado, o que no quería ver, no sé. Pero me encuentro con que mi papá siempre ha estado ahí en cada momento importante para mí, incluso ha viajado para estar en mis momentos más importantes. Mi papá es un buen hombre, siempre lo ha demostrado, él ha querido siempre que nosotras tengamos una buena vida y trabaja mucho para nosotras y para ellas. (Hace referencia a ella y a su hermana cuando dice *nosotras* y a la esposa actual de su padre y a la hija de ésta cuando dice *ellas*).

Aquí finaliza el segundo set de EMDR y el profesional encargado califica el nivel perturbador en 2 puntos de 10, habría reducido en dos puntos más.

Aquí nos encontramos una postura tranquila y relajada, la paciente abarca toda la silla y sus piernas están rectas y relajadas, sus manos están sueltas y sus ojos constantemente se abren un poco mientras continúan mirando al frente y siguiendo las manos del terapeuta y su rostro se encuentra haciendo uno que otro señó, pero en general se

encontraba tranquilo y despejado. Su torso se encuentra recostado en el espaldar de la silla como si se encontrara tan cómoda y tranquila.

El set número tres da inicio, mientras el profesional le pedía a la paciente que de nuevo trajera al aquí y al ahora el recuerdo perturbador. La estimulación continuaba mientras se tocaba el tema de su padre y mientras al tiempo ella se encontraba inmersa en su lugar seguro con el fin de contrarrestar las sensaciones negativas con las positivas. Minutos después, el terapeuta menciona que van a parar, puesto que la sesión a punto de finalizar y es el momento en que ella toma una posición más relajada, su torso se encorva un poco como si procurara descansar, como si tuviera un peso encima que se habría acabado de quitar.

**Terapeuta:** ¿Cómo te sientes ahora?

**Paciente:** Me siento tan bien, no se imagina doctor. Es como si me hubiera quitado un peso tan grande. Me siento súper liviana, esa es la palabra, liviana. Me siento tan bien, me sorprende ver como andaba tan ciega y centrada en lo malo sabiendo que no todo es así.

**Terapeuta:** ¿De qué te estás dando cuenta?

**Paciente:** De que estaba juzgando a mi padre sin realmente mirar bien las situaciones que ocurrían, que realmente él si me ama y que no debo estar sintiéndome desprotegida ni sola porque él siempre ha estado conmigo en todos los momentos, por teléfono o cuando viene, pero siempre ha estado conmigo.

**Terapeuta:** ¿Te das cuenta de algo más?

**Paciente:** De que mis argumentos estaban centrados en mi egoísmo, pero que no estaba mirando objetivamente lo que ocurría, quiero tengo muchas ganas de llamar a mi papá en este momento.

El profesional califica el nivel perturbador en 0 de 10 puntos y finalmente, la paciente logra comprender que no ha estado sola como dice sentirse, que su padre ha estado en cada momento de su vida apoyándola y protegiéndola para que nada le ocurra. Así, se da final a la sesión mientras ella manifiesta aquello de lo que se estaba dando cuenta en ésta misma.

De igual manera a la sesión anterior, se le recuerda a la paciente el siguiente target a trabajar en la próxima sesión. Éste sería *(13 años) El papá llega de Bogotá con visa*. Se le pide a ella que durante la semana comience a recordar y a identificar qué siente y qué sensaciones le hace experimentar ese momento.

#### 3.6.4. *Sesión 4*

**Blanco terapéutico – target:** (13 años) El papá llega de Bogotá con visa.

**SUD inicial:** 7 puntos de 10

**SUD final:** 0 puntos de 10

La sesión comienza, tal como se estaba volviendo costumbre, con un saludo y la pregunta sobre cómo había estado la paciente esa semana de intervalo después de la última sesión, a lo que ésta responde de manera contundente que ha estado tranquila, sin embargo, continúa en muchas ocasiones sintiéndose sola. Pero al tiempo manifiesta que ha pensado mucho en ese sentimiento de soledad que le provee el miedo a quedarse sola y ha llegado a un punto en el que entiende que lo que tiene en muchas ocasiones es un pensamiento irracional y que lo ha corroborado con la sesión anterior, por ejemplo.

El terapeuta le pregunta a ella cuál o cuáles han sido los pensamientos que la han llevado a esa conclusión, a lo que ella responde de nuevo que entender lo ocurrido en la sesión pasada no fue fácil, pero que eso mismo le ha proporcionado información a la que se estaba negando ella misma. Sin embargo, ha estado sintiendo de nuevo ese miedo y aunque manifiesta estar mucho mejor y sentirse más tranquila, esa sensación no la abandona.

Lo que la paciente manifiesta, entonces, es que aunque había logrado sentirse mejor desde que el proceso terapéutico comenzó, no lograba deshacerse completamente del sentimiento de soledad, pero que se había reducido y valoraba que había logrado identificar

durante éste que sus pensamientos irracionales son los que la llevaban a sentirse y pensarse abandonada y desprotegida.

Continuando, el terapeuta le realizó otra pregunta, ésta direccionada a cómo se ha ido familiarizando con el target que se trabajaría en esta sesión y qué sensaciones había logrado experimentar. La mujer hablaba sobre la sensación que le había procurado ese recuerdo, manifestaba de nuevo que el miedo a sentirse sola fue muy grande, pues no podía imaginar su vida sin su padre, pero que al tiempo logró entender que su padre había estado presente aún lejos de ella.

Ella recuerda que la sensación que más sentía era miedo y rabia, miedo por no saber qué podía pasar con ella sin su padre y rabia al pensar que iba a irse y a dejarla sola, como si no estuviera pensando en lo que le iba a hacer a esa niña que tanto lo necesitaba.

El profesional calificó inicialmente el nivel perturbador del evento traumático con 7 de 10 puntos posibles.

Cuando la paciente manifestaba estas sensaciones su cuerpo se encontraba rígido, sin embargo, no se veía tan tenso como se evidenciaba en las sesiones pasadas. Las expresiones habían cambiado notablemente en comparación a las otras ocasiones; su seño se fruncía algunas veces, pero no eran tan angustiantes sus gestos y aunque sus cejas aún seguían creando una línea recta cuando hablaba de su padre y del miedo que sentía al pensar en quedarse sola, como una constante muestra de angustia, su expresión no reflejaba tanto nivel de perturbación como lo hacía anteriormente.

Primero, la paciente fue llevada al lugar seguro con el fin de que retornara la tranquilidad y se sintiera en armonía, con el objetivo de que equilibrara sus emociones y se apreciara resguardada, pero inmediatamente el terapeuta le pidió que rememorara ese evento y lo narrara y conjuntamente identificara y verbalizara las sensaciones que éste le producía. Ella comienza a relatar el momento en que su padre llegó de Bogotá con la visa norteamericana y les dio la noticia de que se iba para Estados Unidos, en ese momento del relato ella dobló sus brazos como abrazándose a sí misma mientras decía que ese momento la llenaba de tristeza y comienza a llorar.

En este punto de la sesión el primer set de la estimulación dio inicio con las indicaciones pertinentes del terapeuta, claro está, que mirara al frente y utilizara sus ojos únicamente para seguir la mano de éste, además de que su cuerpo debía estar recto y lo más relajado posible, por eso le pidió que hiciera conscientes los estados en los que su cuerpo se había sentido tenso durante la sesión y procurara relajarse lo más posible.

Su llanto era intenso, lloraba como si no encontrara consuelo, pero extrañamente su expresión facial y corporal estaba en contradicción a sus lágrimas, pues se evidenciaba muy tranquila y en conexión con lo que le reflejaba su lugar seguro. Su cuerpo estaba tranquilo, no mostraba tensión, igual que su rostro, aunque las lágrimas eran evidentes y abundantes. En ese momento el terapeuta le recuerda que no abandone su lugar seguro, que allí es donde pueda sentirse en armonía y estable con sus propias emociones, pero que continúe rememorando las sensaciones que la experiencia de partida de su padre le había despertado.

Mientras continuaba la estimulación bilateral, la mujer comenzaba a hablar de las sensaciones agradables que sentía en el cuerpo, decía que el vacío que la albergaba hacia pocos minutos había desaparecido y se sentía más confiada, su lugar seguro le permitía sentirse protegida y segura.

La estimulación del primer set finalizó y al parecer la paciente no se encontraba tan perturbada como se podía notarla en las sesiones anteriores. El profesional calificó la reducción del nivel perturbador con un 4 de 10 puntos.

**Terapeuta:** ¿Qué sientes en este momento?

**Paciente:** Me siento tranquila, aunque me duele que mi papá me haya dejado sola.

**Terapeuta:** ¿Tu padre te dejó sola o decidió irse a otro país?

**Paciente:** Mi papá se fue para otro país, pero a veces me cuesta interiorizar que sigue ahí pendiente de mí, porque llevo mucho tiempo pensando que me abandonó.

**Terapeuta:** ¿Cuándo estarás dispuesta a enfrentar tus pensamientos irracionales?

**Paciente:** Quiero hacerlo, pero me da miedo. Siento que me quedo sin una base y me da miedo construir una base nueva.

**Terapeuta:** ¿Sientes que debes perdonarte o perdonar a tu padre?

**Paciente:** Siento que debo perdonarme a mí primero por hacerme daño con esos pensamientos y con esos miedos negativos que me han dañado tanto y perdonar a mi papá por juzgarlo y por creer que él hacía las cosas con intención de abandonarme.

En este punto la paciente pudo notarse afligida, como si le doliera tanto lo que decía, como si sintiera mucho dolor por saber que su pensamiento irracional es el que había

hecho daño a ella. Su llanto no cesaba y sus manos se volvían inquietas, evidenciando mucha ansiedad, mientras se iniciaba el segundo set de estimulación.

La estimulación continúa, mientras la paciente continúa hablando de su experiencia traumática por la separación con su padre, ésta manifestaba que le dolió mucho ese momento, porque no podía concebir cómo iba a continuar su vida sin él, quien representaba todo. Pero que estaba comprendiendo en el momento que él se iba por dos razones, primero porque se estaba divorciando de su madre y segundo porque quería darle una mejor vida.

El segundo set de estimulación finalizó y el profesional calificó el nivel perturbador con un 1 de los 10 puntos. Después de unos minutos se dio inicio al tercer set de EMDR, al tiempo que el terapeuta le pedía a la paciente que rememorara el lugar seguro procurando que las emociones que éste le hacía sentir logaran contrarrestar las sensaciones negativas que le procuraba el recuerdo perturbador.

Finalmente la estimulación para, no sin antes regresar por completo a la paciente al lugar seguro y estabilizarla una vez más. Ella manifestaba que se encontraba mucho mejor y que aunque le dolía aún lo ocurrido, tiene claro que es un pensamiento irracional la que hace sentirla tan sola, pero que comprende que su padre ha estado ahí y se siente mejor en ese aspecto.

**Terapeuta:** ¿Cómo te sientes ahora?

**Paciente:** Me siento muy tranquila, me siento tan diferente! Es como si definitivamente cada vez más el peso que me hacía sentir tan mal se fuera cayendo. Ahora empiezo a comprender mucho mejor lo que ocurría con mi expareja.

**Terapeuta:** ¿De qué te das cuenta?

**Paciente:** Me doy cuenta que la frustración por la separación con mi papá la había puesto en esa relación y le había entregado a él todo lo que había construido con mi papá. Me siento muy tranquila, creo que estas terapias han sido un punto clave para mi recuperación.

Finaliza la sesión, como era costumbre, con la calificación final del nivel perturbador, que esa vez fue de 0 y recordando el target que se trabajaría en la próxima sesión, que era *el día que se dio cuenta de que estaba en embarazo*. Como anteriormente, el terapeuta le propuso a la paciente que rememorara tal evento y que procurara identificar las sensaciones corporales y emocionales que éste la provocaba.

### 3.6.5. *Sesión 5*

**Blanco terapéutico – target:** el día que se dio cuenta que estaba en embarazo.

**SUD inicial:** 9 puntos de 10

**SUD final:** 0 puntos de 10

Esta sesión dio inicio cuando el terapeuta le preguntó a la paciente cómo se ha sentido durante la semana después de la última sesión. La paciente manifestaba que se había sentido bastante extraña cuando pensaba en las cosas, pero que curiosamente su percepción había cambiado sobre la relación que creía había construido con su padre. Eso la hacía sentir mucho mejor.

La paciente continuaba diciendo que se encontraba supremamente sorprendida y optimista con lo que le estaba ocurriendo en ese momento. A este punto del tratamiento, manifestaba sentirse optimista con lo que ocurriría más adelante, sin embargo, tenía claro que aún sentía mucha tristeza y mucho dolor por perder a su ex pareja.

El terapeuta le realizó otra pregunta a la paciente que se relacionaba con el target que se trabajaría en esta sesión, sobre cómo se había sentido esa semana cuando recordaba ese evento y qué sensaciones había logrado identificar.

**Paciente:** Me he sentido tranquila relativamente, esta semana he estado mucho más tranquila. Pero al mismo tiempo he revivido mucho el recuerdo de cuando quedé en

embarazo y eso me pone muy mal por momentos, lloro y no quiero parar de llorar. Eso me genera un dolor inmenso y un vacío en el estómago tan grande, como miedo.

Ante las palabras mencionadas por la mujer, el profesional propuso preguntas más específicas, pidiéndole que contara el evento tratando de narrar las sensaciones y emociones que éste le generaba. La paciente comenzó su relato manifestando que cuando ella se dio cuenta de que estaba en embarazo era una niña de 14 años, que había acabado de afrontar la separación de su padre, pues éste se había ido del país, situación que la había vuelto vulnerable y muy sensible.

Para ella, de acuerdo a lo expresado, fue un evento supremamente estresante por varios factores, primero que todo porque sentía que estaba decepcionando a sus padres, porque siempre procuró ser una hija ejemplar. Entonces, el sentimiento de haber defraudado a sus padres le generaba mucho temor porque pensaba que la iban a dejar de querer.

El profesional califica el SUD con 9 de 10 puntos, el puntaje más alto que habría tenido en los targets a trabajar en las sesiones ya realizadas y se dio inicio a la estimulación con el primer set, mientras él le realizaba algunas preguntas a la paciente para centrarse en el recuerdo perturbador.

**Terapeuta:** ¿Qué es lo que tienes más presente de ese momento?

**Paciente:** Sentí mucha angustia porque había defraudado a mis papás, sólo pensaba en eso, en que los había defraudado, porque con mi personalidad dependiente que yo tengo, no me

gusta sentir que la gente se puede ir de mi vida, la gente que es importante para mí, es decir, no quiero que la gente que quiero se vayan. Entonces, defraudarlos era pensar que me podían dejar de querer.

**Terapeuta:** ¿Qué más podrías decir sobre ese evento?

**Paciente:** Recuerdo que no pensaba en nada más diferente a eso, tenía mucho miedo de quedarme sola y sentirme abandonada una vez más. No pensaba ni en mí ni en mi bebé.

Mientras ella se encontraba relatando lo ocurrido sobre cuando se enteró que estaba en embarazo explotó en llanto y sus piernas se movían incesantemente, como un escape de angustia y liberando ansiedad. Sus manos se apretaban la una a la otra y su rostro se veía muy afligido, sus ojos miraban al piso y su mandíbula se apretaba notablemente fuerte.

Ella manifestaba que sentía un dolor muy grande porque no sabía qué hacer, ella lo describió como una de las experiencias más perturbadoras que ha vivido. Su llanto no se reducía y sentía que se ahogaba cuando hablaba del tema, la mujer no lograba contener el llanto mientras procuraba continuar verbalizando. Decía sentir vacío, tristeza y mucho dolor, angustia, ansiedad y a nivel corporal sentía presión en el pecho y dolor en las piernas y manos.

Es ella misma la que pidió al terapeuta que la guiara hasta el lugar seguro, porque las sensaciones que sentía eran insoportables. El profesional la direccionó al lugar seguro y procuró calmarla recordándole que en ese lugar sólo existían emociones positivas que la harían sentir tranquila y armónica y evidentemente la paciente se notó más relajada, su tensión corporal se minimizó y sus gestos ahora estaban más tranquilos.

La estimulación bilateral continuó mientras la paciente aún manifestaba que se sentía algo perturbada, pero que definitivamente su lugar seguro la hacía sentir muy bien y relajada. Sin embargo, la estimulación se detiene a los pocos minutos y la paciente se queda en el lugar seguro mientras comienza el nuevo set de EMDR, mientras éste da inicio el profesional le pregunta a la mujer cómo se siente y ella responde de manera tranquila, decía que se sentía mucho mejor, que estaba tranquila y que no siente la presión que estaba sintiendo en el pecho anteriormente. El profesional calificó el nivel de perturbación en un 5 de los 10 puntos posibles de calificación después del primer set.

Para la paciente había significado mucho esa sensación de miedo a la soledad que le generaban ciertas situaciones y experiencias en su vida, de acuerdo a lo que ella decía, por eso siempre procuraba hacer las cosas bien para sentir que se ganaba a sus padres y a las personas que han sido muy importantes para ella, para que estas personas no la dejaran.

Ese miedo le generaba a ella tristeza y ansiedad, es por eso que constantemente tenía actitudes complacientes con aquellos que han sido importantes para ella, todo para no sentir que la podían abandonar. Entonces, a este punto la paciente comenzó a relajarse más, pues su cuerpo se notaba cada más menos tenso y es el momento en que el profesional retomó la aplicación de EMDR y le pidió a la paciente que recordara de nuevo el evento estresante y traumático, con el fin de realizar el otro set de EMDR de la sesión en curso.

La estimulación avanzaba mientras la paciente reiteraba las sensaciones y emociones que experimentó en el momento del evento traumático y que experimentaba

cuando hablaba de éste durante la sesión. Mientras el experto en EMDR continuaba pidiéndole a la mujer que siguiera su mano con los ojos para poder terminar de manera adecuada. Este segundo set finalizó rápidamente y el profesional calificó el nivel de perturbación con un 2 después de éste.

El tercer set da inicio después de unos minutos, mientras la paciente de nuevo comenzaba a relatar lo ocurrido cuando se enteró que estaba en embarazo y las reacciones que tuvieron ella y sus padres. En ese momento comenzó a llorar, sin embargo, su llanto no era el mismo de los sets anteriores, era más tranquilo y podía hablar mientras sus lágrimas corrían. La paciente fue llevada al lugar seguro una última vez mientras la estimulación aún se realizaba y la sesión entraba en su etapa final.

En el momento en que finalizó el tercer set de estimulación bilateral, el terapeuta, como ya era costumbre, le preguntó a la paciente sobre el estado actual cuando pensaba en el recuerdo.

**Terapeuta:** ¿Cómo te sientes ahora?

**Paciente:** Me siento muy tranquila, mucho mejor, más relajada. Estoy pensando en este momento en el recuerdo de cuando quedé en embarazo y no me está generando lo que me hacía sentir ahora cuando estábamos en plena terapia.

**Terapeuta:** ¿Qué crees que ocurrió?

**Paciente:** Ahora logro entender que mi padre nunca me ha dejado de querer y que lo que ocurrió cuando quedé en embarazo fue el miedo, claro, porque estaba muy niña, pero que no por eso ellos me iban a dejar de querer.

**Terapeuta:** ¿Cómo te sientes antes eso? ¿Qué te genera ese recuerdo?

**Paciente:** Lo que me parece más importante ahora es que no siento la presión en el pecho que sentía que me desgarraba toda el alma. Mire doctor, mis manos que ya no me tiemblan y me siento más tranquila. No sé, concibo que las cosas ahora se están completando, mi padre siempre me ha querido y siempre ha estado y eso es lo que realmente me importa.

La sesión, como siempre, finalizaba en el momento en que el profesional calificaba por última vez el nivel de perturbación de la paciente, que en esta sesión fue de 0 puntos sobre 10 al final y recordándole a ésta cuál sería el target a trabajar para la próxima sesión y sobre las sensaciones y emociones perturbadoras que éste le hiciera experimentar. El target para la próxima sesión sería *Encontrarse sola a tan sólo 5 días de haber tenido un bebé.*

### 3.6.6. Sesión 6

**Blanco terapéutico – target:** Encontrarse sola a tan sólo 5 días de haber tenido un bebé

**SUD inicial:** 6 puntos de 10

**SUD final:** 0 puntos de 10

Tal como se habría propuesto en cada sesión, ésta dio inicio con una pregunta clave para lograr vislumbrar el estado y el avance de la paciente que se había logrado con la aplicación de EMDR, ésta hizo referencia a cómo se encontraba, a lo que ella respondió que se había sentido más tranquila y que el recuerdo que iba a trabajarse en esta sesión no le había generado tanto estrés como pensó que le iba a ocurrir.

**Terapeuta:** ¿Cómo te has sentido esta semana?

**Paciente:** Me he sentido muy tranquila, creo que la última consulta fue determinante para mi proceso terapéutico, no sé, me siento más tranquila con todos estos recuerdos sobre mi padre y mi infancia. Eso no me genera tanto dolor, ni tanto miedo pensar que me puedo quedar sin el cariño de él, después de la última sesión lo llamé y le recordé lo mucho que lo quería y él me dijo lo mismo, me dijo que siempre estaba en su pensamiento y que el amor que me tenía era inmenso, eso me llenó de tranquilidad.

**Terapeuta:** ¿Qué has sentido estos días con el recuerdo que se trabajará hoy?

**Paciente:** Me siento mejor, durante esta semana he estado haciendo el ejercicio de identificar lo que siento y me he dado cuenta de que el dolor que me producían ciertos recuerdos ya no me duelen tanto, lo que siento que me duele mucho sobre el recuerdo de hoy es la actitud de mi mamá y la distancia de mi papá, porque me sentía muy sola.

El terapeuta, entonces, comenzó a guiar a la paciente al lugar seguro y le permitió a ésta que desde allí realizara el relato sobre aquello que recordaba de cuando nació su bebé. Ella manifestaba que le dolía mucho sentirse tan sola y verse así, pues su padre se encontraba lejos, en otro país y su madre había asumido una actitud rechazante hacia ella.

En ese momento, el profesional calificó por primera vez el nivel de perturbación de la paciente y le otorgó 6 puntos de los 10 posibles.

A este punto se dio inicio a la estimulación, tal como ya se realizaba en las otras sesiones. Mientras que se le pedía a la mujer que continuara con su relato, en donde ella decía que lo que más le dolía era sentir que no era importante para nadie y que no valía, por eso además se sentía muy sola y de nuevo sentía que había defraudado a sus padres y que ya no la querían por eso.

Además de todo, ella manifestaba que en ese momento empezó a sentir mucha angustia por el futuro de su bebé y el de ella misma, porque se veía sola y no encontraba quien la acompañara en ese momento tan importante, pues su madre era la única personas cercana que, tal vez, podría haber hecho aquello, pero su actitud fue totalmente rechazante.

La paciente reiteraba algunas palabras con mucha constancia y las acentuaba mucho, la expresión más notable de esto podía observarse cuando decía: *Me daba mucha rabia*; esta frase era en referencia a la actitud de su madre de despreocupación por ella

cuando tuvo a su bebé. Sus palabras eran fuertes, sus dientes se apretaban igual que sus manos.

**Paciente:** Sentí el abandono que tanto temí por parte de mi mamá. No entendía como una mamá podía dejar de lado a su hija en un momento como ese. Yo, ahora que era mamá, no lograba entender como mi mamá me estaba dejando de lado, como ella en su posición de madre era capaz de abandonarme emocionalmente como lo estaba haciendo. Por eso sentí mucha rabia con ella, porque no sólo pensaba como hija sino también como mamá. Lo que logró mi mamá en ese momento con su actitud fue que yo, de alguna manera, hiciera efectiva mi tan temida profecía de abandono sobre la que he estado trabajando en esta terapia.

La mujer, tal como se había mencionado, acentuaba algunas palabras con mucha fuerza, sobre todo aquellas que proferían una emoción profunda de rabia hacia su madre por lo ocurrido después de haber nacido su bebé. El terapeuta le preguntó sobre las sensaciones que estaba sintiendo en ese preciso momento de la terapia y ella manifestó que sentía las manos tensas y temblorosas, éstas las tenía puestas sobre su abdomen mientras estaba recostada sobre el espaldar de la silla reclinable, sus pies se encontraban fuertemente anclados al piso, en sus muslos se evidenciaba una fuerza impresionante, como si procurara que sus pies nunca se despegaran de éste.

Su rostro denotaba rabia, tal como lo manifestaba verbalmente, mientras que su frente fruncía el seño, su mandíbula se veía apretada cuando hablaba sobre su madre y la actitud de ésta cuando nació el bebé de ésta. En ese momento, la paciente es llevada de

nuevo al lugar seguro, pues se podía notar bastante perturbada con el recuerdo sobre el que se estaba trabajando y el primer set de EMDR finaliza.

Ya en el lugar seguro, la mujer comenzó a tranquilizarse, su rostro se despejó y ella iba manifestando que se sentía tan bien allí en aquel lugar que nunca le gustaría salir de él. La paciente se relajó y eso pudo verse en la postura de su cuerpo, sus muslos se veían sueltos y sus manos ya no se apretaban una a la otra y el temblor había desaparecido.

El terapeuta le pidió que dijera qué sentía en el momento y cuáles eran las sensaciones que estaba experimentando en ese momento. Ésta comenzó diciendo que se sentía más tranquila, pero que tenía aún una sensación de ansiedad porque realmente el recuerdo para ella había producido mucho dolor durante mucho tiempo. Aquí el profesional califica la reducción de la perturbación del recuerdo con un 4 de los 10 puntos.

El terapeuta le pidió a ella que renovara el recuerdo de la experiencia de haberse visto sola a tan sólo 5 días de haber tenido a su bebé. La paciente comenzó a relatar de nuevo aquel recuerdo, recordando que lo que más le generaba éste era rabia, porque aún no lograba comprender a su madre. Entonces, es de nuevo cuando se retoma la estimulación, dando inicio al segundo set de aplicación, en el que puede evidenciarse la tensión del cuerpo de la mujer una vez más y la acentuación de frases en las que lograba exteriorizar la rabia que le había producido y le producía aún en ese momento.

Mientras continuaba la estimulación, la paciente narraba al tiempo y lograba mostrarse enojada, estresada y tensa. Cuando el segundo set finalizó, el profesional calificó

la reducción de la perturbación con un 1 de 10 puntos, explicándole a la mujer que terminarían con un tercer set para finalizar la sesión en curso.

El proceso continuaba repetidamente, es decir, el tercer set dio inicio y la paciente fue llevada al lugar seguro y una vez más se repite, el profesional le explicó que procurara pensar en las sensaciones positivas que le hacía experimentar este lugar mientras tenía en la mente el recuerdo perturbador.

Entre los sets pudo evidenciarse que la mujer comenzó a significar de una manera diferente dicho recuerdo, pues manifestó en cierto punto de la aplicación de EMDR que aunque no comprendía la actitud de su madre, comprendía que su reacción era la que tenía que cambiar para que el recuerdo no le hiciera más daño.

**Terapeuta:** ¿Qué sientes en este momento?

**Paciente:** Me siento más tranquila que ahora. No me duele la boca tanto y ya no tengo tanta rabia como ahora.

**Terapeuta:** ¿Por qué no sientes tanta rabia en este momento?

**Paciente:** No sé, creo que es porque la terapia está haciendo su efecto, pero además estoy entendiendo que no puedo cambiar a mi mamá ni a sus actitudes, igual, ella siempre ha sido así y en ese momento no iba a cambiar. Aunque todavía me duele haberme sentido tan sola en ese momento, eso me genera mucha tristeza.

La paciente es llevada al lugar seguro, como preparación para las sensaciones que podría experimentar en los últimos momentos de la sesión, además para resignificar las

sensaciones del recuerdo perturbador por unas positivas. Entonces, una vez se encontraba en el lugar seguro, el profesional le pidió que hiciera conscientes las sensaciones que experimentaba con el recuerdo, pero que contrarrestara esto con las sensaciones que le proveía el lugar seguro, para permitir que finalmente la sesión tenga un adecuado proceso.

La paciente hablaba de la rabia que, sobre todo, es la sensación que más le generaba su recuerdo, rabia con su madre y estrés por todo lo que sucedió en ese momento. Mientras tanto, ella se recostaba de manera más tranquila que al inicio de la sesión, sus manos se soltaban y se mostraban más relajadas, aunque ocasionalmente se apretaban como una señal de ira. Sus piernas se estiraban y se relajaban, mientras que su rostro continuaba apretándose, sobre todo en la mandíbula.

El último set de EMDR aún continúa en proceso en ese momento, cuando la paciente dijo sentirse tan perturbada como para no continuar con el relato, entonces el terapeuta le manifestó a ésta que se dirigiera al lugar seguro con el fin de que sus emociones comenzaran a estabilizarse y para comenzar a finalizar la sesión. La mujer expresaba sentirse mucho más tranquila, incluso antes de ir una vez más al lugar seguro, pues la experiencia ya no le estaba generando tantas sensaciones perturbadoras como se las estaba generando momentos antes en la sesión.

Entonces, una vez en lugar seguro, ella se notaba más segura, en su rostro había desaparecido toda expresión de dolor y angustia que se podía entrever anteriormente. Era el momento de dar final a la sesión, por eso el profesional la dirige y la instala adecuadamente en el lugar seguro, lo que le permite a ella sentirse estable para finalizar. El terapeuta le

reitera que su lugar seguro es sólo de ella y que nadie podrá atacarla allí, pues siempre se encontrará estable emocionalmente en aquel lugar.

Luego de esto, el experto en EMDR procura realizar una pregunta que se ha convertido en constante:

**Terapeuta:** ¿Cómo te sientes ahora?

**Paciente:** Me siento más tranquila, pero no sé cómo explicarlo. Es muy extraño, porque hoy a diferencia de las otras terapias, no estoy tratando de comprender nada, simplemente las sensaciones han mermado de una manera impresionante. No sé, ahora que pienso en mi madre y en ese momento la sensación de sentirme tan mal ha desaparecido notablemente, me siento mucho mejor, doctor.

**Terapeuta:** ¿Qué más sientes?

**Paciente:** Me siento tranquila, no siento esa sensación en el pecho ni en el estómago tan maluca que sentía la mayoría de veces cuando recordaba eso.

La calificación del profesional en relación a la perturbación del recuerdo fue de 0 sobre 10 puntos.

La sesión finalizó una vez el profesional reiteró a la paciente el próximo target que se tendría en lista para trabajar, recordándole que procurara identificar las sensaciones y emociones que éste recuerdo le generaría durante la semana de intervalo a la próxima sesión. Este target era *aborto provocado*.

### 3.6.7. *Sesión 7*

**Blanco terapéutico – target:** Aborto provocado

**SUD inicial:** 9 puntos de 10

**SUD final:** 0 puntos de 10

Esta sesión, tal vez, fue una de las sesiones más difíciles a nivel emocional para el reprocesamiento y de las más perturbadoras que pudo atravesar la paciente durante el proceso terapéutico que ésta decidió asumir. En esta sesión el punto crítico se centra en el recuerdo perturbador basado en una experiencia de aborto que enfrentó mientras aún sostenía una relación sentimental con su pareja anterior.

Se aclara que el target propuesto no es el aborto en sí, sino el recuerdo de la actitud que su pareja asumió ante dicho suceso con ella. Esta mujer manifestó al comenzar la sesión terapéutica que se había sentido muy sensible durante esa semana que había transcurrido, esto era una consecuencia del constante pensamiento que tuvo sobre el evento ya anunciado como blanco terapéutico a trabajar para esta sesión con antelación.

La entrada al consultorio la realizó con una postura supremamente decaída, sus hombros estaban caídos y su rostro reflejaba una perturbación impresionante, sobre todo en sus ojos. Su corporalidad era decaída y su expresión triste, lo denotaba su rostro. Vestía una camisa oscura y un pantalón ancho, algo desaliñada.

Hablaba con una voz baja, como si denotara angustia o timidez y toma asiento, mientras el terapeuta le preguntaba cómo se ha sentido esa semana y ella le responde que se ha sentido igual, triste y con muchas ganas de llorar, ella manifestaba que había experimentado un estado de angustia en un nivel muy alto, con intensas oleadas de tristeza y llanto, que además había sentido dolor de cabeza y dolor en las manos.

El terapeuta le pidió que tomara una posición relajada, pero recta, que procurara relajar cada parte de su cuerpo, a lo que ella respondió que le era bastante complicado en ese momento porque aún se sentía muy perturbada por el recuerdo de la experiencia que se iba a trabajar en la sesión en curso. Entonces, el terapeuta instaló una vez más, como ya se había vuelto costumbre, el lugar seguro, que se realizaba a través de la imaginación guiada, permitiendo que la paciente tomara conciencia de su cuerpo y lo tensa que se encontraba en ese momento y logrando que relajara cada parte de éste. Inmediatamente el profesional calificó el nivel de perturbación del recuerdo con 9 de los 10 puntos posibles, dando inicio al primer set de EMDR.

El responsable de aplicar EMDR pidió a la mujer que hiciera activo el recuerdo perturbador que había sido seleccionado como target para la sesión y le pidió que comenzara a narrarlo. Ante la petición, ella manifestaba que una de las cosas que más recuerda era el momento en que le entregó la prueba de embarazo positiva, pues ella ya tenía claro que si en algún momento de la relación llegaba a quedar en dicho estado debía abortar, era lo que había establecido su expareja en ese momento.

Lo que propuso como recuerdo perturbador es la actitud que tuvo su actual expareja en ese momento, la actitud con la que asumió la autoridad del momento para decirle que se tenía que tomar unas pastillas para abortar, recuerda que él le decía que no quería atarse la vida a ella y mucho menos con un bebé, que si ella había quedado embarazada, debía ser ella sola quien abortara. La paciente manifestó impotencia en ese momento y mientras rememoraba la experiencia sus manos se tornaban pesadas y apretadas, igual que sus dientes, como si hablara con rabia.

Mientras ella narraba hacía mucho énfasis a las siguientes palabras: “*Tengo mucha rabia*” mientras acentuaba fuertemente con sus manos y su expresión facial que dejaba ver claramente el enojo que la atravesaba en el momento, tanto en que ocurrió la experiencia como en el momento en que recordaba y era aplicado EMDR. Mientras todo esto ocurría, el terapeuta realizaba la estimulación bilateral de manera constante con el fin de que fuera fructífera la aplicación de ésta durante esta sesión.

Cuando finalizó el primer set de EMDR, el profesional calificó el nivel de perturbación con una reducción en 6 puntos, sin embargo, minutos después procuró continuar con el segundo set, pidiéndole a la mujer que retomara una vez el recuerdo.

Entonces, la mujer manifestaba que se sentía pequeña, impotente, con rabia, pero sobre todo se sentía supremamente sola, tal como en la gran parte de la relación. Hablaba sobre el dolor que le produjo tener que tomar una decisión como esas, tan grande, sin el apoyo de quien en ese momento era la persona con la que compartía su vida y que además amaba tanto.

Cuando relataba esto, ella comenzó a llorar, lloraba tanto y tan angustiada que la sesión debió parar un momento. Sin embargo, la pausa no duró más de un minuto porque el terapeuta la envió al lugar seguro a través de la imaginación guiada con lo que logró estabilizarla y tranquilizarla, sin embargo, el llanto no paraba y sus manos y sus piernas se evidenciaban excesivamente tensas y ansiosas. En este punto la paciente es llevada al lugar seguro y logra estabilizarse, sin embargo, el profesional le pidió que continuara con su relato y con todas las sensaciones que había sentido en ese momento.

Continúa hablando y dice que la mujer que se encontraba en su recuerdo en ese momento tomando la decisión de abortar le producía la misma sensación y el mismo sentimiento de soledad que la niña que se sentía sola esperando a su papá mirando por la ventana sentada en el sofá de su casa. A este punto, el terapeuta dio inicio, una vez más, a la estimulación bilateral a través del movimiento de los ojos, alternando ésta con la estimulación auditiva para permitir que sus ojos no se cansaran tanto, pero dejándole claro que debía seguir mirando al frente hacia la pared blanca para que la concentración no se interrumpiera.

Mientras el terapeuta le realizaba la estimulación pertinente partiendo del protocolo de EMDR, le hacía algunas cuantas preguntas, que bien hacían alusión a preguntas terapéuticas que permitirían al tiempo comprender y darse cuenta de todo lo que estaba ocurriendo en ese momento, en el aquí y el ahora de la terapia. Él pregunta:

**Terapeuta:** ¿Cómo sientes tu cuerpo?

**Paciente:** Lo siento rígido, me duelen las manos y la boca, de apretar los dientes.

**Terapeuta:** ¿De qué te das cuenta?

**Paciente:** Que mi cuerpo muestra todo lo que estoy sintiendo en este momento, que he cargado con el dolor tanto tiempo y eso me llena de rabia.

**Terapeuta:** ¿Qué otra emoción estás sintiendo?

**Paciente:** Me siento muy triste y me doy cuenta que siempre había estado sintiéndome sola y desprotegida y que cuando alguien me brindaba esa protección, me aferraba a esa persona (su ex pareja) así me doliera.

El terapeuta le pidió que continuara siguiendo la señal de su mano con los ojos y procurara no desconcentrarse, que mirara constantemente su mano y no la perdiera de vista. Mientras que la paciente se notaba en una posición más tranquila, su cuerpo no estaba tan recto, pero aún así representaba abatimiento, como cansancio, como un peso, una incomodidad, como decaída, tal como si ella no fuera capaz con ella misma en ese momento.

El segundo set finaliza con la calificación de 1 sobre 10 puntos en relación a la carga perturbadora del recuerdo. Se propuso dar inicio al tercer set para finalizar la sesión en curso. Entonces, la estimulación se retoma unos minutos después.

En ese preciso momento, el profesional experto preguntaba cosas que llevarían a la mujer a comparar el estado del que hablaba ella con el de la niña. A esto, la paciente manifestaba que lo que más le dolía era seguir sintiéndose tan sola, aún estando en compañía de su ex pareja en ese momento. Mientras tanto, la estimulación continúa su

proceso, al tiempo en que el terapeuta retoma el lugar seguro y le pide que prosiga recordando aquella experiencia del aborto que le generaba tanta perturbación. Minutos después, el tercer set de estimulación de EMDR finaliza.

Continuando, es el mismo terapeuta quien le pidió a la paciente que hiciera un balance sobre el recuerdo perturbador después de la estimulación realizada por medio de la narración y atenta a las reacciones emocionales y corporales que presentaría su cuerpo en ese momento. Ella comenzó con su narración y de nuevo repitió en voz alta el recuerdo que la tuvo tan perturbada emocionalmente durante tanto tiempo y con más énfasis la última semana, mientras que su cuerpo denotaba una postura más diferente, tal como las otras ocasiones en que se aplicó EMDR en ella su cuerpo estaba más relajado, sus manos no ejercían fuerza y sus piernas estaban en posición agradable y serena. Su boca, que al iniciar la sesión se evidenciaba tensa y denotaba rabia, al terminar la sesión se encontraba más tranquila, sus dientes no hacían fuerza cuando hablaba y rememoraba su recuerdo.

En este punto de la evaluación del target, la paciente denotaba una posición más tranquila y estable, lograba manifestar que su reacción no es la misma y que, aunque sentía dolor y tristeza aún, tenía claro que la posición de su expareja siempre había sido esa, no era de sorprender que en el momento en que ella quedó en embarazo le exigiera que abortara, pues comprendía que era un hombre que, a pesar de su edad adulta, no estaba dispuesto a comprometerse y tener una estabilidad de pareja, pues quien tenía un comportamiento similar al de un adolescente era él y lo demostraba al no querer hacerse responsable de un proceso personal y de pareja comprometido.

Finalmente, luego de la evaluación se realiza el anuncio del target para la próxima sesión terapéutica, éste sería *Su ex pareja se portó mal con ella durante la relación.*

La paciente se pone de pie y claramente su apariencia era diferente, su postura era diferente, desde lo que se evidenciaba en su espalda, como lo que se lograba vislumbrar en sus manos y piernas, pues éstas se notaban más relajadas. Al tiempo, podría apuntarse que su rostro se encontraba diferente, pues su seño ya no se encontraba fruncido, ni sus dientes se estaban apretando como fue la constante en la sesión. Ella se despide y agradece al terapeuta por lo valioso de la sesión y aclara que siente que no podría faltar a la siguiente sesión pues tiene todo apostado por salir de su estado de duelo y tristeza. La calificación por parte del profesional en relación al recuerdo perturbador fue de 0 sobre 10 puntos posibles de calificación.

### 3.6.8. *Sesión 8*

**Blanco terapéutico – target:** Su ex pareja se portó mal con ella durante la relación

**SUD inicial:** 8 puntos de 10

**SUD final:** 0 puntos de 10

La sesión dio inicio en el momento en que la paciente se sentó y esperó un momento a que el terapeuta entrara al consultorio, mientras esto ocurría, la paciente se pudo notar ansiosa, sus manos se apretaban una a la otra y sus piernas brincaban constantemente como si fueran un escape de angustia. Su cuerpo estaba ocupando la mitad de la silla y tampoco estaba recostada en el espaldar de ésta, tal como si estuviera esperando un momento para escapar del lugar.

Su rostro expresaba la misma angustia que su cuerpo, podría decirse que la perturbación la abarcaba completamente y no podía esconderlo de ninguna manera. Mientras la paciente esperaba al profesional en el consultorio pudo notarse todo lo anterior, pero una vez éste ingresó la apariencia de la mujer fue como de alivio, como si el terapeuta le brindara una confianza inmensa que la hace cambiar su expresión corporal y gestual.

El profesional le preguntó a la mujer por cómo se sentía, a lo que ésta le respondió que se había sentido triste y angustiada, es como si la hubiera atacado de nuevo una oleada inmensa de dolor y ansiedad, en la que había extrañado demasiado a su expareja. El terapeuta, al tratar de ahondar en el tema, se encontró con un relato en el que pudo entreverse un estado de aislamiento total, característico de la tercera fase del duelo, que

puede parecerse en muchos aspectos a una depresión, sin embargo, le propuso a la paciente que continuara con la sesión corriente de EMDR y al finalizar ésta se realizaría por segunda vez el BID (Breve Inventario del Duelo) para conocer los avances que se habían logrado en relación al proceso de duelo.

La mujer continuó hablando del estado en que se había sentido varios días de la semana después de la última aplicación de la terapia y logró evidenciarse una emoción constante de tristeza que se había detonado en el momento en que el recuerdo del comportamiento de su expareja era traído al presente. Para ella, esta actitud durante mucho tiempo le habría generado mucho dolor y mucha angustia, pues como ya había logrado manifestar en otras sesiones, ella había depositado en este hombre todo lo que había guardado cuando su padre se fue.

Entonces, en su expareja habría depositado esperanza, sueños y su necesidad constante de protección, pero lo que le generaba ansiedad y tristeza era pensar que con la actitud de éste en algún momento, mientras aun sostenían una relación, pudiera quedarse sola y volverse a sentir abandonada, algo a lo que siempre le había huido y por eso siempre procuraba complacer a los demás, en este caso, a su expareja.

Cuando la mujer hablaba sobre el tema, comenzó a llorar y manifestó que sentía mucha rabia por haber estado tanto tiempo dedicada a una persona que no le correspondía ni si quiera con un buen trato. Es decir, la actitud de su expareja era déspota y desatenta con ella. Tal como se había manifestado en otras sesiones, la paciente sostenía una actitud insegura, en este caso era debido a su sentimiento de abandono que sentía en su relación y

esto al tiempo le había generado un pensamiento irracional que se traduce en “no soy importante, no valgo nada” y por eso hacía todo lo posible para que las personas que eran importantes para ella no se alejaran.

La sesión fue interrumpida por el llanto constante de la paciente y por el movimiento rápido de sus piernas, sus brazos y manos se mostraban tensos, su rostro se encontraba con una expresión de dolor intenso, sus ojos miraban hacia abajo y su boca se encontraba algo apretada, al igual que sus dientes. Como se había mencionado y se habría convertido en algo común, sus piernas funcionaban como un escape de la angustia que existía en su cuerpo.

El profesional califica por primera vez el nivel de perturbación que el recuerdo le hacía experimentar a la paciente, dándole 8 puntos sobre 10 de calificación posibles.

En ese momento la paciente fue dirigida al lugar seguro para permitir que se calmara un poco, entonces, una vez allí el profesional logró que la mujer se relajara, desde sus emociones hasta su cuerpo y rostro. Una vez calmada, el terapeuta comenzó a realizar el primer set de la estimulación de EMDR, mientras le pedía a la paciente que rememorara una vez más su recuerdo perturbador y haga conexión con las sensaciones que éste le haría experimentar.

La paciente expresaba que se sentía abusada y abandonada, lo que le generaba al tiempo rabia y ansiedad por pensar si en algún día se iría a quedar sola de nuevo en algún momento. Mientras el primer set de EMDR continuaba, éste se alternaba con el relato de la

paciente y la descripción de las sensaciones que éste le hacía sentir, pero la mujer ya no se evidencia tan angustiada como al inicio de la sesión.

El terapeuta continúa realizando la estimulación bilateral y la paciente sigue concentrada en la mano de éste con sus ojos hasta que se detiene y el terapeuta le pide que exprese el estado en el que se encuentra.

**Paciente:** Me siento bien, pero me siento triste aún. Aún me da muy duro pensar en la actitud que él tenía conmigo, porque me hacía sentir muy mal, pero yo seguí ahí como una boba.

El primer set finaliza después de varios minutos de estimulación y después de estas palabras de la paciente, el profesional le da una calificación de 6 al nivel de perturbación, habiendo evidenciado desde su experticia que el nivel había reducido en 2 puntos en el primer set.

El terapeuta procuró continuar con el siguiente set de EMDR, en el que se propuso seguir el procesamiento de la información del recuerdo perturbador. Claro está, la paciente continuó el procedimiento de acuerdo a las indicaciones del experto. A diferencia de las ocasiones pasadas entre set y set, la mujer no es llevada al lugar seguro, partiendo de lo que el profesional dijo puede apuntarse que aunque hace un momento se encontraba muy perturbada, en el momento de continuar con los sets no era necesario, pues se estabilizó fácilmente.

El responsable de EDMR continuó con la estimulación mientras la paciente retomó, una vez más, el relato sobre la actitud negativa que tuvo su expareja con ella mientras aún sostenían una relación y las sensaciones y emociones que dicho recuerdo le hacían revivir cuando lo traía a su mente y verbalizaba. Después de los primeros tres sets de EMDR en los que no se vio la necesidad de llevar a la paciente al lugar seguro, antes de realizar el cuarto set si se realiza esto, el terapeuta guía a la paciente a este lugar con el fin de que su emocionalidad pudiera prepararse para afrontar el final de la sesión.

La calificación del segundo set fue de 3 sobre 10 puntos. Por su parte, la calificación por parte del profesional al finalizar el tercer set fue de 2 puntos sobre 10 puntos de calificación.

Mientras la mujer se encontraba en el lugar seguro, podría decirse que su expresión corporal era tranquila, sin embargo, su rostro comenzaba a notarse diferente a su cuerpo, como si ambos no tuvieran una conexión, pues mientras su cuerpo se evidenciaba tranquilo y relajado, su rostro mostraba una sensación de rabia y tristeza conjuntas, sus cejas formaban una especie de línea recta y sus labios se inclinaban levemente hacia abajo y su mandíbula se apretaba fuertemente.

La paciente manifestaba que se encontraba tranquila, que las sensaciones desagradables comenzaban a desaparecer, pero que al tiempo se sentía aún triste por todo lo que había significado su relación y todo lo ocurrido en ella. La paciente manifestaba una vez más que comprendía lo que antes no lograba ver y es el hecho de que con su

personalidad dependiente lograba realizar de todo para que las personas que ella quería no se fueran de su lado.

El miedo a sentirse una vez más abandonada le hacía poner todo de sí para que su expareja no se fuera, pero lo más importante que lograba entender en el sesión era que no podía atarse más, según ella, a una persona que le había causado tanto dolor y angustia durante tantos años, porque sentía la necesidad de comenzar a responsabilizarse de su proceso de duelo.

El cuarto set de EMDR se encontraba en proceso, mientras ella continuaba manifestando la actitud negativa que su expareja tuvo y procuraba responder algunas preguntas que el profesional le realizaba.

**Terapeuta:** ¿Por qué estabas con él?

**Paciente:** Porque él me brindaba la seguridad que necesitaba en ese momento, no podía estar sin él porque me daba protección y yo no quería quedarme sin la protección de nadie.

**Terapeuta:** ¿Qué piensas ahora?

**Paciente:** Que mi vida no puede seguir dependiendo de una persona como él, porque es un hombre que no me brindaba nada y que no hacía sino tratarme mal, me siento mal de pensar que permití por tantos años eso sólo por no quedarme sola y no sentirme abandonada, pero es que realmente ese sentimiento lo tenía por mi papá y no entiendo en qué momento permití que también ocurriera con ese tipo.

El terapeuta procuraba que la paciente hiciera catarsis sobre el recuerdo que los ocupaba en el momento y que lograra ver que ya la relación se había terminado y que debía afrontar el miedo a estar sola de una vez por todas, que aunque ya había terminado la relación podía notar que no se encontraba sola realmente, porque tenía a las demás personas que eran importantes para ella, su hijo y su padre sobre todo.

La paciente manifestaba que todo eso era real y que no había visto la situación desde ese punto de vista, pues aunque su relación ya se había terminado continuaba con el miedo a quedarse sola, como si aún estuviera esperanzada en que todo fuera a retomarse en algún momento. Eso la hizo analizar la situación y ver que no iba a quedarse sola y que podía comprobarlo en el momento de la aplicación de la terapia.

El último set se termina después de unos minutos y la mujer pidió al terapeuta que la llevara al lugar seguro, a lo que el profesional le dijo que se guiara ella sola, que ella podía hacerlo y eso comenzará a permitir una independencia terapéutica en ella. Y luego de esto, éste le preguntó a ella por cómo se sentía.

**Terapeuta:** ¿Cómo te sientes ahora?

**Paciente:** Me siento como si me hubiera quitado un peso de encima, no sé, es una sensación tan extraña, pero me siento mucho mejor, tranquila y relajada.

La paciente se mostraba corporalmente tranquila, sus hombros estaban relajados tal como si realmente se hubiera quitado de ellos un gran peso, su rostro se encontraba más calmado, su mandíbula no estaba apretada como era costumbre cuando estaba perturbada

emocionalmente. Sin embargo, sus piernas se podían notar tensas una vez más, pareciese que quisiera plantarse al piso de una manera simbólica mientras decía que no quería volver a experimentar el sentimiento de angustia que sentía constantemente estando en la relación con su expareja y estando sin él también después de la separación. La calificación final del recuerdo perturbador es de 0 sobre 10 puntos por parte del profesional.

Como se habría propuesto, el terapeuta aplicó el BID a la paciente por segunda vez y permitió que se tomara el tiempo y que procurara realizarlo de la manera más consciente posible, pues esto permitiría que el proceso terapéutico continuara con un adecuado direccionamiento. Así mismo le dijo que en la próxima sesión se tocará el tema partiendo de los resultados que éste arroje.

Finalmente, fue recordado el target para la próxima sesión, éste sería *Maltrato de su expareja*, que teniendo en cuenta la valoración inicial, fue propuesto como un blanco tardío, es decir, blanco que es provocado por todos los targets anteriormente trabajados. Como siempre, se propuso que se conectara con las sensaciones y emociones que dicho recuerdo perturbador le hiciera experimentar.

### 3.6.9. *Sesión 9*

**Blanco terapéutico – target:** Maltrato de su ex pareja (Blanco tardío, es decir, blanco que es provocado por todos los anteriores)

**SUD inicial:** 5 puntos de 10

**SUD final:** 0 puntos de 10

La paciente entró a consulta con un semblante más tranquilo que aquel que tenía en la sesión anterior. Su rostro se veía más relajado, pues su seño no se encontraba fruncido ni su mandíbula se percibía apretada, además se veía más radiante, por primera vez en las sesiones terapéuticas la mujer llegaba maquillada y arreglada.

Ante el cambio de aspecto, el terapeuta le preguntó a la paciente a qué era debido y ella le respondió que había sentido la necesidad de arreglarse y maquillarse para sentirse más bonita, quería dedicar tiempo a su aspecto personal para sentirse mejor y más llamativa. Entonces, la paciente había logrado llegar a un punto en su proceso de duelo en el que podía notarse más recuperada.

El profesional manifestaba que eso es debido al reprocesamiento de la información, además de tener en cuenta que se encontraba en un punto en el que podía comenzar a retomar su sentido de vida y eso lo había arrojado al tiempo el BID aplicado la sesión anterior. Lo que quiso decir es que, aunque anteriormente podía ubicarse en la fase de aislamiento, en esta sesión podía evidenciarse una clara ubicación en la fase de cicatrización, sin asegurar que no pudiera aún tener características de las fases anteriores.

El proceso de la sesión dio inicio, mientras que la paciente manifestaba que se sentía más tranquila y había sido así durante la semana de intervalo después de la última sesión. Ella decía que tenía intenciones de retomar diversas actividades y costumbres que tenía tiempo atrás, antes de comenzar con su ex pareja e incluso algunas que quiso realizar estando con él y no pudo en el momento.

Tomando como centro el target que se trabajaría en esta sesión, podía verse a la paciente relajada hablando del tema, aunque en algunas ocasiones podía vérselo con rabia, apretaba sus dientes y realizaba acentuación fuerte en sus palabras, tal como lo había hecho ya en otras sesiones. Entonces, el profesional le otorga en la calificación inicial del nivel de perturbación 5 puntos de los 10 posibles que podían darse.

El terapeuta le pidió que se conectara a las sensaciones que el recuerdo del maltrato de su expareja le traía en el momento y las expresara. Ella comenzaba a decir que le daba mucha rabia recordarse en una relación que le causaba tanto dolor, sólo por no quedarse sola, además de sentirse triste por ello, pues no podía concebir en ese momento que hubiera dedicado tantos años a una persona que no le entregaba nada positivo. Entre otras sensaciones, la mujer decía sentirse tensa en la parte de los hombros y en las manos, además de que se podía ver su rostro tenso y apretado.

Mientras la paciente hablaba al respecto, el experto se puso de pie detrás de ella y la tomó por los hombros, al tiempo que le pedía que se comenzara a guiar al lugar seguro, pues permitiría estabilizar sus sensaciones y comenzar con la estimulación bilateral. Una

vez en el lugar seguro, la mujer comenzaba a relajar su cuerpo, pero esta vez dirigida por el profesional, pues le dificultó hacer el proceso sola en el instante.

El terapeuta, entonces, se dirigió al frente de la paciente mientras le preguntaba cómo se sentía, ella contestó contundentemente que se sentía mucho más tranquila, que la rabia se había ido de su cuerpo y su emoción, pues ya no sentía su estómago revotado; decía que se sentía más tranquila y sentía que sus hombros no le estaban pesando.

El profesional comenzaba en ese momento a realizar la estimulación, mientras le daba las indicaciones correspondientes a la paciente y que ella ya acataba adecuadamente, sus ojos seguía la mano de éste y su postura estaba derecha. El primer set se encontraba en proceso, cuando el terapeuta pregunta.

**Terapeuta:** ¿Qué tienes más presente de ese recuerdo?

**Paciente:** La rabia y la impotencia. Me siento con mucha rabia por no haber salido de una relación que no me estaba brindando nada, me da mucha rabia pensar en eso, porque me dejé maltratar mucho por él y eso no es justo.

**Terapeuta:** ¿Qué más podrías decir?

**Paciente:** Me genera mucha tristeza recordarme así, todo por no permitir volverme a sentir abandonada, pero igual logré sentirme así, entonces me da rabia pensar que me quedé en una relación que igual no me dejó nada bueno. Él se aprovechaba de mi inseguridad y yo hacía todo lo que fuera posible para que él no se fuera y eso me generaba mucha tristeza y angustia.

El terapeuta terminó el primer set de EMDR y le dijo a la mujer que si era necesario fuera al lugar seguro, la mujer se quedó en silencio un momento y finalmente le dijo a éste que sí deseaba ir, por lo que se dirigió a éste y procuró relajarse una vez más, pues según ella se sentía tensa por recordar el maltrato de su expareja. La mujer comenzó a relajar sus hombros, manos y piernas, mientras que al mismo momento el terapeuta procuró comenzar un nuevo set de estimulación para dar continuación al reprocesamiento.

La calificación del primer set en relación al nivel de perturbación sobre el recuerdo fue de 3.

La estimulación a través de EMDR continuaba y la paciente comenzó una vez más con su relato acerca de las sensaciones que el recuerdo target de la sesión le procuraban. La paciente manifestó que su rabia se había reducido un poco, pero que igual la sentía aún y mucha tristeza, al tiempo ella seguía la mano del profesional, quien realizaba la estimulación.

La mujer sentía mucha rabia por la actitud y el maltrato de su expareja durante los años de relación, eso podía notarse en sus manos, brazos y hombros que estaban tensos, además de poderse evidenciar en su rostro de rabia, en el que sus labios y dientes estaban apretados mientras hablaba y acentuaba sus cejas como si la rabia pudiera escapar de su cuerpo de tal manera.

Sin embargo, la estimulación continuaba y la paciente decía no entender por qué había dedicado tiempo a ese hombre que le brindó tanto dolor, decía que la llenaba de

tristeza descubrirse como una mujer insegura que procuraba hacer de todo únicamente para que él no se alejara, pues él representaba en ese momento todo lo que su papá ya no representaba por estar lejos, todo lo que no podía depositar en su padre lo había depositado en su expareja. Darse cuenta de eso la llenaba de rabia y de tristeza, decía, pues comprobaba así que no era importante y que no valía, pues los malos tratos de su expareja le permitían que leyera eso y se convenciera de que así era.

Continuando, la paciente podía verse algo perturbada, sin embargo, era notable que la perturbación que antes sentía (en sesiones anteriores e incluso al inicio de ésta) ya no era la misma, el nivel había disminuido notablemente, lo que auguraba cada vez más un resultado adecuado de la terapia EMDR. Esto podía observarse en su postura, rostro y en el tono de su voz, que aunque denotaba angustia y rabia, podía sentirse más tranquila que al principio del proceso.

Después del segundo set, la calificación por parte del profesional en relación a la carga perturbadora negativa del recuerdo fue de 1 puntos sobre 10.

Los sets continuaban de la misma manera, sin altibajos y sin situaciones alarmantes, una vez más fue llevada al lugar seguro y luego de esto el profesional le preguntó cómo se sentía, ante esto ella contestó que se sentía mejor, más tranquila y relajada, pero que al tiempo aún se sentía perturbada por los recuerdos que se estaban trabajando en la sesión. De acuerdo a lo que ella hablaba, la experiencia de su relación pasada fue un constante dolor que le procuraba cada vez más una sensación de inseguridad y no le gustaba que en ella se posara el sentimiento de angustia ni ansiedad por pensar que eso podía terminarse.

Mientras la estimulación seguía corriendo, la paciente podía notarse cada vez más tranquila, sus hombros finalmente se lograron relajar completamente y sus piernas ya no hacían la fuerza tan constante que hacían para aferrarse al piso, sus manos se toman la una a la otra y se cruzan, pero se podían observar tranquilas, no se apretaban. Pero, sobre todo, podía notarse que su rostro estaba despejado de seños, lo que más podía evidenciar la tranquilidad que estaba manejando ella en el momento.

**Terapeuta:** ¿Cómo te sientes?

**Paciente:** Me siento mejor, más tranquila, es como si mágicamente todas estas sensaciones malucas desaparecieran. Me siento un poco más segura, porque estoy comprendiendo que no puedo seguir esperando que él vuelva para que me devuelva todo lo que me quitó, sino que yo me lo voy a dar de una vez.

**Terapeuta:** ¿A qué te refieres?

**Paciente:** A que no voy a seguir esperando a que él me regale un momento para yo sentirme mejor, ya se fue y ya no va a volver. Él no me puede brindar una sensación de seguridad porque no está, lo que me da rabia es haberle dado tanto tiempo de mi vida.

La paciente comenzó a llorar y se rodeó con sus brazos como si se regalara un abrazo. Su rostro reflejaba angustia y tristeza, pero sus palabras le hacían verse como una mujer que deseaba salir de una fase del duelo que le proveía tanto dolor.

Una vez más la paciente fue llevada al lugar seguro, esta vez como la última de la sesión. La paciente se sentía mucho mejor, decía, mientras su cuerpo se conectaba con eso

que decía. El terapeuta la llevó al lugar seguro con el fin de terminar la sesión y dándole la noticia de que el procedimiento de EMDR estaba por terminar, pues los blancos terapéuticos se estaban acabando y los resultados se veían para favorecer el proceso de duelo de la paciente. Además, le dio la calificación de 0 sobre 10 puntos en relación a la carga perturbadora de su recuerdo.

La sesión finaliza una vez el profesional recuerda cuál sería el último target a trabajar, éste es la *Ruptura con su ex pareja*. Como era costumbre, el profesional le pide a la paciente que procurara identificar las emociones y sensaciones corporales que ese recuerdo le hacía experimentar. Como era el blanco que finalmente era el motivo de consulta, podía tener un valor agregado para la paciente, por lo que el profesional le recuerda que el lugar seguro podía ser sumamente útil para lograr sentirse mejor y más estable.

### *3.6.10. Sesión 10*

**Blanco terapéutico – target:** Ruptura con su ex pareja

**SUD inicial:** 6 puntos de 10

**SUD final:** 0 puntos de 10

La sesión dio inicio en el momento en que la paciente ingresó al consultorio, ella se mostraba tranquila, tomó asiento y pudo notarse un poco ansiosa. Sus piernas se movían incesantemente, siendo ellas las que exponían su ansiedad, mientras que sus manos se apretaban una a otra como procurando calmar la tensión. Al tiempo, sus ojos miraban hacia todos los lados y su mandíbula se encontraba tensa y apretada.

La mujer saludó al terapeuta y éste le preguntó cómo se había sentido durante la semana, a lo que ella respondió que había tenido una sensación interminable de ansiedad, el hecho de pensar que esta sesión era la última en la que se iba a aplicar EMDR la tuvo pensativa y ansiosa. Pero al tiempo el recuerdo de la ruptura la tenía tensa, había despertado en ella de nuevo ciertas sensaciones negativas y perturbadoras que le generaban tristeza y un poco de angustia, sin embargo, manifestaba que no sentía los mismos niveles en dichas sensaciones, sentía que habían reducido el nivel emocional perturbador que se encontraba en los recuerdos.

El terapeuta le explicó que esto era posible partiendo del hecho de que las aplicaciones de EMDR habían surgido el efecto esperado, porque éste tenía un efecto como en cadena, mientras a más recuerdos se les eliminaba la carga negativa, los otros, sobre

todo los que se relacionaban más, también iban reduciendo aun sin que se hubieran trabajado. Además de haber estado acompañado del cambio en la percepción de situaciones relevantes como la base de las relaciones que había construido con su expareja y su padre y los significados que le había dado a los eventos que se trabajaron en este proceso terapéutico.

La sesión continuaba mientras la paciente manifestaba lo ansiosa que se encontraba por el final de la aplicación de EMDR y por los resultados que había observado durante el proceso. Habría que anotar que la postura de la paciente en ese momento, aunque no dejaba de mostrar ansiedad, era activa, parecía muy entusiasmada con los resultados de la terapia y quería obtener más, pues según lo que mencionaba en el momento, estaba cansada de sentirse triste, se sentía sumamente agotada.

El profesional otorga 6 puntos de 10 a la calificación inicial que hace referencia a la carga de perturbación del recuerdo de la separación.

El terapeuta le dijo que mirara al frente y que ya conocía cuál era el procedimiento a seguir, le manifestó que debía mirar al frente y relajar su cuerpo teniendo en cuenta su respiración, luego debía buscar su lugar seguro y ubicarse en él para prepararse para la estimulación final. Entonces, la paciente se tomó un par de minutos y luego dijo que se sentía tranquila y relajada, el terapeuta le preguntó si se encontraba en el lugar seguro y ella respondió que sí.

El terapeuta comenzó a realizar una serie de preguntas que estarían relacionadas con el target de la sesión, en las que lograría, además, conocer el estado actual del discurso narrativo de la paciente en tanto la concepción de la ruptura y las sensaciones que esta experiencia le proveía. Al tiempo, el profesional comenzó con la estimulación bilateral del primer set.

**Terapeuta:** ¿Qué es lo que tienes más presente de la experiencia de la separación?

**Paciente:** Me siento muy ansiosa, es lo que más siento, como un vacío en el estómago.

**Terapeuta:** ¿A qué se debe ese vacío?

**Paciente:** No sé, lo he sentido muchas veces, es el mismo que he sentido en las otras consultas, creo que es por la ansiedad.

**Terapeuta:** ¿Qué sientes cuando recuerdas tu separación?

**Paciente:** Me siento triste, porque en ocasiones me hace falta. Lo bueno es que no me siento como antes, tan desesperada y tan triste. Si siento nostalgia y tristeza y esta semana si he llorado, pero es que no me siento como antes, que me sentía tan mal. Pero es que ahora estoy centrada en dejar de sentir esta tristeza.

La estimulación bilateral continuaba, mientras la paciente se encontraba en una postura recta y tranquila, mientras hablaba de la experiencia de la ruptura con su expareja. Se notaba más tranquila y relajada de lo que había podido verse en las demás sesiones, pero la ansiedad estaba apoderada de su cuerpo.

La paciente manifestaba que se sentía mucho más tranquila, pues había logrado comprender que su expareja no iba a volver y que tenía muy claro que no podía esperarlo

más y que además de todo tenía claro que la protección que buscaba en otras personas podía encontrarla en alguien como su padre. Decía que no podía continuar esperando seguridad de una persona que no estaba y eso la hacía sentir tristeza, pero con fuerza de continuar en su proceso de recuperación.

El terapeuta insistía en que la paciente manifestara las sensaciones que el recuerdo de la separación le hacía sentir, pero la paciente estaba centrada en el hecho de que no podía dedicarse más tiempo a estar en un estado de tristeza. El profesional le pide que paren el primer set de EMDR y que procure identificar las sensaciones que le hacía sentir el recuerdo de la ruptura con su expareja.

Por lo anterior, el primer set de aplicación de EMDR se le otorga una puntuación de 5 sobre 10 puntos.

El segundo set da inició mientras la paciente decía que el recuerdo de la separación le traía mucha tristeza, pues fue en ese momento en que sintió que su mundo se había acabado completamente, sintió que se quedó sin nada. Ese evento fue excesivamente traumático y estresante, tanto que lo único que podía sentir era angustia y tristeza.

Entonces, mientras la estimulación se realizaba la paciente continuaba con su relato, recordaba que ese momento fue excesivamente triste y duro, pero que ahora no sentía tanta angustia ni desesperación como sentía anteriormente cuando recordaba ese momento. El terapeuta le pedía a la mujer que no dejara de seguir su mano con los ojos y que recordara que al ser la última sesión de EMDR debería realizar todo de la mejor manera.

De nuevo le pidió que rememorara las sensaciones que experimentaba en el momento cuando trae el recuerdo al aquí y al ahora, la paciente planteaba que ese momento fue extremadamente triste y doloroso y que en el aquí y el ahora el recuerdo le hacía sentir un poco de tristeza y ansiedad, pues todo lo que había ocurrido en el proceso terapéutico había sido de mucha ayuda para resignificar ciertos eventos que eran traumáticos y dolorosos para ella.

La estimulación termina una vez más y el terapeuta le pide a la paciente que se dirija al lugar seguro, su cuerpo se encuentra un poco tenso, sus manos están sueltas pero tiemblan un poco, sus piernas se movían hacia arriba y hacia abajo rápidamente como haciendo un escape para la ansiedad. Su rostro, por su parte, estaba tenso, su seño estaba fruncido y sus labios apretados, igual que su mandíbula.

Al escuchar la respuesta de la paciente ante la pregunta cómo se sentía, la cual fue que se sentía muy bien y que no las sensaciones negativas estaban desapareciendo, la calificación del profesional en relación al nivel perturbador del recuerdo fue de 2 sobre 10 puntos.

Entonces, el profesional continuaba, una vez más, con la estimulación bilateral ocular en donde la mujer retomaba su relato sobre las sensaciones que le hacía experimentar el recuerdo de la separación con su expareja. La paciente manifestaba de nuevo la ansiedad y la tristeza que le procuraba ese recuerdo y el bajo nivel de estas sensaciones en la actual sesión.

La terapia continuaba mientras el terapeuta le pedía que tuviera muy presente las sensaciones negativas y las contrarrestara con las sensaciones que el lugar seguro le hacía sentir. Así, el lugar seguro la hacía sentir tranquila, segura y protegida, sensaciones que lograban ser contrabalanza para las sensaciones negativas del recuerdo.

Luego de un set similar, en donde lo único que cambió fue la postura de la paciente, la sesión comenzaba a finalizar. La postura en el último set fue más suelta, más tranquila y relajada, sus piernas por fin dejaron de moverse ansiosamente y sus manos y brazos se veían relajados, además de que su rostro ya no se encontraba apretado.

**Terapeuta:** ¿Cómo te sientes ahora?

**Paciente:** Doctor, no se alcanza a imaginar, me siento relajada, tranquila, lo que más siento es que no estoy temblando como ahora. Me siento bien, mucho más relajada, eso me hace sentir tranquila, como bien. Siento que la ansiedad que tenía por la sesión era más que cualquier cosa.

La calificación, tal como las demás, fue de 0 puntos sobre 10 en tanto podía evidenciarse que la carga negativa del recuerdo había desaparecido mientras ella hablaba sobre éste una vez más, con el fin de poder evaluar la evolución de la sesión.

La sesión finalizó en el momento en que el terapeuta le recordó a la paciente que, aunque la aplicación de EMDR hubiera terminado, aún faltaba una sesión importante, en la que se realizaría una entrevista final y una nueva aplicación del BID, con el fin de evaluar

el cierre del proceso terapéutico con EMDR. Le manifestó que si era necesario, de acuerdo a la valoración, podría considerarse el hecho de continuar con otro proceso terapéutico pero no con EMDR, sino más de asesorías psicológicas.

### *3.6.11. Sesión 11: Cierre de proceso terapéutico con EMDR*

Esta sesión tuvo un valor importante en tanto sería la entrevista final para observar resultados y aspectos a mejorar en la aplicación de EMDR, así como para realizar por tercera vez el BID con fines tanto de la investigación como de guardar el archivo en su anexo de la historia clínicas en Clínicas del Duelo – Innovación Afectiva.

Como primera actividad se aplicó el BID, el profesional le pidió a la paciente que procurara realizarlo de la manera más honesta y consciente posible, porque de los resultados dependía la continuación de un proceso terapéutico, pero ya sin EMDR.

Después de unos minutos la mujer terminó de realizar la herramienta de investigación y el profesional inmediatamente comenzó a realizar una valoración con el objetivo de hacerle preguntas relacionadas a los resultados de ésta. Entonces, el profesional manifestó que los resultados eran favorables y que aunque aún faltaba un proceso en la recuperación, la evolución era evidente y beneficiosa para el trabajo que continuaba.

Específicamente, la paciente se ubicaba cada vez más en la cuarta fase del duelo, la fase de cicatrización, la cual permitía que cada vez se vislumbrara la recuperación más cercana.

**Terapeuta:** ¿Cómo te sientes el día de hoy?

**Paciente:** Me siento mucho más tranquila, aunque un día de esta semana estuve muy angustiada, muy triste. Pero el resto de los días me sentí más tranquila, más estable, he

hablado mucho con mi papá esta semana y eso me hace sentir muy bien, me hace sentir feliz.

**Terapeuta:** ¿Has entregado el rol de cuidador de nuevo a tu padre?

**Paciente:** Creo que sí. Es que me di cuenta que no podía seguir esperando a que él volviera, no quería enfrentarme del todo a la separación porque me daba miedo descubrirme sola, pero es que me di cuenta que ya estaba sola y que me estaba haciendo la ciega.

**Terapeuta:** ¿Qué has aprendido con la experiencia de pérdida?

**Paciente:** Me siento más humilde, he aprendido que hay que afrontar el dolor y aprendí que no podía continuar entregándole a los demás cosas que no quieren recibir, que sé que tengo que trabajar en mi dependencia, pero que no puedo esperar a que alguien me cuide si ese alguien no quiere hacerlo.

**Terapeuta:** ¿Qué sientes cuando recuerdas tu separación?

**Paciente:** Esta semana me dolió recordar eso, pero fue un día, el resto de los días que lo he recordado no me ha dolido ni me siento como me sentía antes. Me siento tranquila y relajada, es más como nostalgia por el recuerdo, pero no el dolor que tenía antes que sentía que me quería morir.

El terapeuta le explica a la paciente que está en un punto en el que retomar el control de la propia vida es lo más importante que debe tenerse en cuenta y estaba comenzando de una manera adecuada, es decir, iniciar por tener claro lo que representa la pérdida es importante, porque eso la guiará en el resto del proceso para marcar las metas y la dirección que desea para su vida. Además encontrar un significado a la experiencia también vendrá con todo eso. Le pide que no se exija con el tiempo, pues todo llegará en su

momento, que recuerde que el duelo no es una carrera, sino más bien un proceso que debe permitirse realizar al ritmo propio y no al ritmo de los demás o del que a veces se piensa.

**Paciente:** Doctor, es que de eso me estoy dando cuenta, que si quiero terminar con ese dolor tan horrible que sentía, pero que todo tiene su tiempo. He descubierto que he aprendido mucho con la separación, incluso a sentir y a expresar lo que siento. Me siento tranquila y con ganas de continuar con este proceso que sé que no ha terminado, pero me siento bien.

Entonces, el profesional le manifestaba a la paciente que la aplicación de EMDR tenía el objetivo claro que quitar las cargas negativas de los recuerdos que la estaban anclando en medio de su proceso de duelo y que además podía servir como factores de riesgo internos para que éste se convirtiera en un duelo complicado. Sin embargo, el proceso de duelo tendría un curso normal que, aunque ya se estaba aproximando a la recuperación total, tomaría trabajo personal y paciencia por parte de ella.

La sesión finaliza rápidamente mientras el terapeuta le dice a la paciente que debe recordar que el lugar seguro puede continuar siendo de ayuda en momentos estresantes y dolorosos, además de que podía de nuevo comunicarse con él en cualquier momento si deseara consultarle.

#### 4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tomando como base la teoría propuesta en esta investigación y la información del seguimiento a la paciente en duelo que fue atendida en Clínicas del Duelo – Innovación Afectiva, se realiza este análisis procurando enlazar ambos aspectos con el fin de observar los resultados que este estudio ha arrojado. Este análisis está estructurado en cuatro partes fundamentales, la primera parte consta del duelo de la paciente y sobre el análisis único del proceso que atravesó durante la aplicación de la terapia.

La segunda parte del análisis final de resultados se basa en las relaciones de apego construidas por la paciente a lo largo de su vida con las personas significativas para ella y que fueron mencionadas en esta investigación. La tercera parte incluye el análisis de la aplicación de EMDR y el proceso terapéutico de la muestra de la investigación, donde tendrá cabida la evolución del diagnóstico de reacción de estrés que se realizó, para desembocar finalmente en un capítulo de análisis que permita observar y evidenciar cuáles son los beneficios que tiene la implementación de la terapia EMDR en la mujer que consultó por una pérdida relacional por separación.

#### 4.1. *Duelo*

Para iniciar este análisis es pertinente enmarcar la pérdida de un ser querido, objeto u abstracción como el evento más estresante por el que el ser humano debe atravesar en algún momento de su vida y es inherente al proceso de vida de éste. Por tanto, es claro que la paciente objeto de esta investigación se habría visto envuelta en esta situación desde hacía, aproximadamente, un año, situación que le procuró un estrés desmesurado y un agotamiento físico y emocional intensos, que tuvo como ramificaciones orgánicas los dolores en sus manos y en su mandíbula, además de las ramificaciones psíquicas que fue enfrentarse a su profecía de abandono, de la que se hablará más adelante.

Para la paciente la pérdida relacional que experimentó no fue únicamente dolor, claro está, si así hubiera sido su recuperación podría haber sido más fácil, acudiendo a un médico tal vez para que le suministraran algún medicamento. En cambio, no sólo logró causarle dolor, sino que al tiempo destruyó, desorganizó y desmoronó su mundo personal en un alto grado, pues su expareja significaba su apoyo emocional y fue así durante muchos años, sin duda alguna éste representaba todo su mundo emocional, su estabilidad y seguridad, en el momento en que éste deja de estar presente en su vida, su mundo se derrumba y se siente frágil, su trabajo era reconstruirlo y continuar.

Entonces, lo que ocurrió con la paciente fue que experimentó la afectación, tanto individual como colectivamente, de tres grandes ejes o dimensiones de este mundo personal. Estos ejes fueron la realidad, el sentido de vida y la personalidad.

En consecuencia, la mujer logró ver su realidad trastocada en el sentido en que las relaciones con los demás, sus rutinas y sus reacciones frente a diversas situaciones habían cambiado, esto para ella significaba que su realidad se había hecho pedazos, hasta ese momento de su vida tenía las cosas organizadas, sabía dónde ubicarse y cómo mantener su status emocional para no hacerse daño, pero al experimentar la pérdida logra ver que todo aquello que tenía por seguro y ordenado se vuelve caótico y potencialmente peligroso. Para ella, el mundo deja de ser un lugar confiable y seguro, pues no tenía en el momento la protección que ha buscado durante toda su vida y esto le hace cambiar la percepción de diversas cosas, como la relación con los demás y ve como se afectan éstas incluso en su trabajo.

Su sentido de vida al tiempo también fue desequilibrado por la experiencia de duelo, sus planes, sueños, ilusiones y fantasías le fueron arrancados, dejándole en un estado de desorientación, pues como se ha planteado, su expareja significaba todo su mundo emocional, situación que la habría dejado sin un apoyo emocional y con la concepción de que ciertas situaciones en su vida ya no tenían sentido, ella llegó al punto de no encontrar razón de ser a diversas situaciones por el hecho de que su expareja ya no se encontraba con ella.

Existe algo clave dentro del proceso terapéutico en relación directa a su proceso de duelo y es que después de tantos años de relación y de tanta intimidad compartida con su expareja, ella tenía un miedo latente por descubrirse sola, por conocerse a sí misma sola y se resguardaba en la idea de que en algún momento la relación se iba a retomar. El no lograr diferenciarse de él le permitía a la paciente excusarse en la idea de poder volver a

estar con él para no afrontarse a sí misma, pues su relación empezó cuando era muy joven y ahora, a la edad de 28 años, su personalidad no podía seguir siendo la misma. Lo más evidente es que el vacío que la mujer manifestaba en gran parte era debido a la sensación de haber perdido una parte esencial de ella misma, esta parte era su expareja, quien le proveía la seguridad y protección que tanto demandaba ella.

De acuerdo a los primeros resultados arrojados por el instrumento BID (Breve Inventario del Duelo), la paciente profería estar en una situación de total estrés, de dolor y de tristeza aguda, además de no tener deseos de salir ni realizar muchas actividades que realizaba antes en su cotidianidad. Hay que recordar que, tomando como base la teoría de las fases del duelo propuestas en este instrumento de investigación, este tipo de reacciones son normales, predecibles y comunes dentro del tiempo en la que la paciente acudió a “Clínicas”.

La mujer se ubicaba claramente en las tres primeras fases del duelo, *Aflicción Aguda*, *Consciencia de la Pérdida* y *Aislamiento-Conservación*, dando a conocer que se encontraba en un punto en el que sus reacciones podrían parecerse a un cuadro depresivo, sin determinarlo así por enmarcarse en un duelo normal y no patológico. Lo importante es tomar las fases del duelo como un proceso, más que como un hecho establecido, puesto que el proceso de duelo es netamente subjetivo y éstas no tienen una estructura de escalones verticales, no es un proceso lineal.

La paciente inició con estas fases en el momento en que su expareja le manifestó que la relación había terminado, esta situación trajo consigo por un tiempo una especie de shock

emocional y que, un año después, aún conservaba algunos rasgos de esto, pues demostraba además incredulidad ante el hecho, de manera más clara, ella no creía lo que le estaba pasando aún en sus primeros discursos. Ella conservaba la esperanza de que todo iba a solucionarse e iban a regresar juntos como la pareja que eran, entonces, lo que le ocurría era que se movía entre periodos de aceptación y de negación, lo que le hacía experimentar una gran aflicción en momentos en los que de manera consciente comprendía que su expareja no volvería, pero que prefería emocionalmente dejar de lado esto para conservar la esperanza, que funcionaba como una estrategia de autoengaño para no darle paso al dolor y no enfrentar la situación de una manera total.

La paciente podía ubicarse en la primera fase del duelo, además, porque demostraba al inicio del proceso terapéutico confusión e inquietud, esto debido al impacto que representó para ella terminar su relación después de tantos años, que la dejó aturdida y confundida, acompañado de desorientación, pues desde que experimentó la pérdida conservaba una sensación de no saber qué hacer, dónde acudir, a quién consultar o dónde estar.

Las oleadas de angustia aguda eran constantes aún en la paciente, éstas hacen referencia a pequeñas crisis de angustia que se presentan varias veces al día, duraban unos minutos y eran detonadas por recuerdos perturbadores con su expareja o por recordar que su relación había terminado. Cuando esto ocurría ella sentía sobre todo opresión en el pecho, como pudo evidenciarse en algunas consultas, agitación, llanto, vacío en el abdomen, tensión muscular y temblor incontrolable centrado en sus manos.

Otros de los signos claros que ubicó a la paciente en las primeras fases del duelo cuando ingresó a Clínicas del Duelo – Innovación Afectiva fueron los pensamientos obsesivos, que en ella se caracterizaron por una repetición mental constante del evento traumático que fue terminar con su expareja, repetía constantemente las palabras que él le dijo, la forma en que se alejó de ella, además de los últimos momentos que vivieron juntos.

Los pensamientos desesperanzadores fueron protagonistas en el momento del inicio del proceso terapéutico de la paciente, pues como es normal en el proceso de duelo, cuando una persona se enfrenta a una pérdida, su mundo personal se derrumba y esto es más significativo dependiendo del nivel de apego que se tenga con la persona. Por lo que podría manifestarse que esta mujer experimentó una desestructuración de su mundo personal y emocional, debido al gran impacto que representó para ella experimentar la pérdida de su expareja.

La ansiedad que constantemente manifestaba la paciente al inicio del proceso terapéutico es relacional a la separación, es decir, la separación le adjudicó una sensación de ansiedad por encontrarse en un mundo sola, en donde no encontraba quien fuera su apoyo emocional. Esta ansiedad de separación venía acompañada de nerviosismo, sensación de desasosiego, inquietud interior por no ver a su expareja, malestar por la separación. Relacionado con la ansiedad de separación y la aceptación incompleta se encontraba un comportamiento de espera, conducta que es muy común durante el primer año del proceso de duelo.

Teniendo en cuenta la manera en que la paciente se relacionaba con las personas, podría manifestarse que la culpa también era una de las emociones más prominentes en ese momento, pero era más una culpa irracional basada en el deseo de complacencia hacia los demás y comprobar que aún así ellos se alejaban de su lado. Es decir, la culpa irracional de la paciente podría evidenciarse en tanto ella se preguntaba qué fue aquello que no hizo o no hizo bien para que llegara la separación entre ellos.

Sin embargo, en el momento en que la paciente asistió por primera vez a Clínicas del Duelo – Innovación Afectiva, había en ella claros signos, sobre todo, de que se encontraba más centrada en la tercera fase del duelo. El estado de aflicción de la mujer, como se había dicho, podría parecer un cuadro depresivo (ya como trastorno psiquiátrico), sobre todo, por las características de esta fase que era la predominante en ella en el momento de llegar a “Clínicas”, éstas eran el aislamiento y la impaciencia, acompañadas al tiempo por un repaso obsesivo de los hechos.

El aislamiento de la paciente era significativo en tanto ésta prefería descansar y estar sola por muchos momentos, la tensión en cuerpo y el agotamiento físico le pedían descanso continuo, esto era debido al estrés agudo que experimentó durante meses, se encontraba fatigada. La impaciencia era clara en momentos en que ella pensaba en todo el dolor que había padecido durante tantos meses, la paciente en ocasiones dudaba de su propia capacidad de recuperación y ese fue el hecho claro que la llevó a consulta, procuraba tener una herramienta útil y provechoso que le permitiera salir lo más pronto posible de su estado de duelo.

Así, por último, en última instancia de la tercera fase en la que la paciente se encontraba al inicio del proceso terapéutico podía analizarse la característica del repaso obsesivo, que se fundamenta en un repaso global de la separación, el evento en sí era el que una y otra vez le repetía en su mente, todo lo que se relacionaba con el hecho, la actitud de su expareja, sus palabras, sus gestos, sus miradas. Pero sobre todo, la paciente no dejaba de pensar en los efectos de la pérdida sobre su propio mundo y su situación actual, lo que de igual manera le generaba tristeza y angustia.

Durante el primer momento de la intervención terapéutica la paciente encontraba en el estado que anteriormente se describió, el efecto que la experiencia de separación con su expareja tuvo en su mundo personal, emocional, social y relacional. Sin embargo, el estado durante su proceso terapéutico fue cambiando y evolucionando de manera significativa, y aunque al nivel de la sexta y séptima sesión parecía que se encontraba en el mismo estado en algunas ocasiones, su discurso fue cambiando, la expresión sobre sus emociones y sus recuerdos se evidenciaba diferente. Pero fue con la segunda aplicación del BID que se demostró la evolución de la paciente en relación a las fases del duelo.

Lo que arrojó la segunda aplicación del BID logró ubicar a la paciente entre la tercera y cuarta fase del duelo, *Conservación-Aislamiento* y *Cicatrización*. Como ya fueron explicadas las sensaciones que la paciente expresaba de la tercera fase, es pertinente proceder con la cuarta fase a la que ésta comienza a entrar en medio del proceso terapéutico.

Comenzó a evidenciarse, entonces, un abandono de roles anteriores, puesto que la separación significó mucho más que la tristeza y la ansiedad de la separación para ella, al tiempo la significó como la pérdida de ese ser, lo que representaba para ella y de lo que aportaba para su mundo, su protección, resguardo y seguridad. En ese sentido, puede manifestarse que dentro de cualquier relación hay un dar y un recibir y en ese intercambio la paciente habría depositado en su expareja funciones protectoras y roles de cuidador, pero en el momento en que la relación termina de una abrupta para ella, la resistencia de ésta en tanto sus pensamientos aparece, pues no puede soportar no tener a quien entregarle esos roles para que los cumpliera con ella.

Pero en medio del proceso terapéutico la paciente comenzó a resignificar esta experiencia y su concepción de protección cambia, pues entiende que no puede esperar a que esos roles se cumplan del mismo modo y logra entender que puede retornarlos a otras personas, por ejemplo, a su padre que ha estado presente en su vida todo el tiempo y para ella ha significado su primer apoyo emocional.

Por otro lado, la mujer logra adentrarse en la búsqueda de un significado al evento ocurrido y a su experiencia de duelo, puesto que las personas aprender de lo que viven, la realidad de la paciente en ese momento no era diferente, pues lograba comprender que se había aferrado a un ideal de protección, a la persona que en algún momento le brindó la sensación de seguridad y cuidado, pues cuando su expareja llegó a su vida se encontraba con un cúmulo de experiencias que la hicieron vulnerable y la hicieron aferrarse a él. Estas experiencias, como ya son conocidas, fueron la ida de su papá del país, el quedar

embarazada, la actitud de su madre de despreocupación por ella, situación que la hicieron sentir desprotegida y no importante.

Es claro que se evidencia una evolución dentro de su propio proceso de duelo, pues ha pasado de estar entre las 3 primeras fases de éste a ubicarse entre la tercera y la cuarta fase, cuestión que además de una evolución permite entrever un estado de tranquilidad más estable y más dedicado a la recuperación, por encima de la ansiedad de separación que le procuraba tanta tristeza y dolor. Tanto así, que podía decirse que el nivel de estrés agudo al que se encontraba la paciente expuesta por la experiencia de pérdida habría disminuido partiendo de la resignificación y la aplicación de EMDR.

A la altura del proceso terapéutico, en el que ya se habrían realizado aproximadamente 9 sesiones, y teniendo en cuenta que el duelo es un asunto netamente subjetivo, sería pertinente establecer que las reacciones de la paciente ante su proceso de duelo fueron tan normales después de un año como lo fueron inmediatamente después de la ruptura. Esto puede aclararse con el hecho de que las reacciones ante la pérdida varían entre las personas y en ellas mismas según la edad y las circunstancias de la pérdida, entonces, lo que se observó en la paciente tras la separación no sería un elemento clave para valorar la intensidad de su reacción, pues detrás de esto existen diversas razones que podrían sustentar las reacciones subjetivas de ésta.

Uno de los elementos principales que debe ser tenido en cuenta para que las reacciones de la paciente fueran tales es el nivel de apego que había tejido con su expareja, éste hace referencia específicamente a la intensidad y calidad de la relación que, aunque era

disfuncional, ella había depositado todo su mundo personal en él para que fuera su refugio y sustento emocional. Otro de los aspectos tiene relación con el tipo de pérdida que tuvo, las características particulares de la separación, es decir, para ella fue una ruptura súbita, la cual no esperaba, no tuvo tiempo de realizar un duelo anticipatorio, aunque pudo ayudarle la aflicción anticipatoria que sintió por la actitud desatenta de su expareja.

Entonces, al tener el hecho de que la paciente no esperaba experimentar la separación con su expareja, el estado de shock de emocional inicial fue mayor y permitió que su mundo personal se destruyera mucho más, por no tener la oportunidad de prepararse para el evento el estrés aumentó en calidad de shock emocional, que duró con rasgos aún al año de la pérdida.

Entonces, este shock emocional después de un año podía verse claro en el autoengaño que la paciente manejaba para sí misma con la idea de que su expareja volvería y que intercambiaba con la realidad que tenía. Esto ocurrió en ella como estrategia que le ayudaba a mitigar el dolor de la pérdida, guardar la esperanza de que él iba a regresar para estar con ella era una idea que le hacía reducir el nivel de dolor al que tanto temía enfrentarse. Sin embargo, en el momento en que se enfrentó a la realidad obtuvo un cambio de roles significativo, pues comprendió que no podía esperar lo que no llegaría y que no podía continuar asignando roles de cuidador al hombre que ya no se encontraba a su lado.

La personalidad de la paciente hizo también protagonismo en relación a las reacciones particulares de ésta ante la separación. Teniendo en cuenta que la paciente había depositado todo su mundo emocional en su expareja, era de predecirse que ante la ruptura su reacción

fuera de inmenso dolor, pues sentir que no tiene en donde depositar los roles de cuidador y protector para con ella, fue significado como otro abandono y como la pérdida de su resguardo y estabilidad emocional.

Es decir, la mujer mantenía un patrón de personalidad dependiente, en donde siempre debía sentirse segura con la protección de alguien sumamente importante para ella, lo que ocasionó que fuera durante toda su vida complaciente para mantener atados a ella a estas personas significativas. Entonces, cuando su expareja decide irse la personalidad de la paciente queda destruida, sin saber cómo rearmarla por el hecho concreto de no tener a quien entregarle un rol protector para poderse sentir segura y estable.

Al tener tan pocos recursos internos, su recuperación fue, tal vez, un poco más lenta y eso se evidencia cuando a un año de la pérdida aún se encontraba entre las tres primeras fases del duelo. El sentirse destruida y abandonada una vez más, representó un bloqueo emocional en donde los recursos internos como el conocimiento o la experiencia de pérdida no fueron útiles, pues inminentemente ganaba la significación del abandono de su pareja y su necesidad urgente de protección.

Tomando como base que la pérdida relacional es, comúnmente, no ritualizada, habría que mencionar que para la mujer fue un evento traumático y por tanto, aún resguardaba la esperanza de regresar al lado de su expareja, pues nunca tuvo una confirmación simbólica que pudiera apoyar su realidad y basarse en ella para afrontar la pérdida. La diferencia es que en otro tipo de pérdidas existen actos simbólicos que refuerzan el proceso de aceptación del duelo, como por ejemplo puede ser la firma de los papeles de divorcio,

mudarse de casa o asistir al velorio de un ser querido, en tanto la paciente no hubiera experimentado algún tipo de rito que le hubiera permitir reforzar la aceptación de ésta, encontraba una justificación para continuar esperando a su expareja.

La aceptación emocional fue diferente a la aceptación racional, pues ésta última se dio desde los primeros meses, sin embargo, para la paciente la aceptación emocional fue, sin duda, un proceso arduo y largo. En las últimas sesiones de EMDR ella logró realizar catarsis en relación a su separación y logró comprender que no era posible que la relación se retomara, resignificando el pensamiento y la ansiedad de separación caracterizada por la espera continua. Esto permitió que el proceso de duelo continuara de manera adecuada sin que llegara a convertirse en un duelo patológico.

Continuando, hay que tener en cuenta la última aplicación del BID arroja información valiosa, pues ya la paciente se ubicó de manera más estable en la cuarta fase, aún con recelos de la tercera fase pero con claros indicios de estar saliendo de ésta. Esta tercera aplicación del BID fue realizada una vez terminadas las sesiones de EMDR con el fin de establecer la evolución de la mujer y se encontró que, aparte de la búsqueda de un significado, comenzaba a reconstruir las dimensiones que en su vida se habían visto tan afectadas, es decir, su realidad, sentido de vida y personalidad.

Como la reconstrucción de estas dimensiones toma tiempo, la investigación no logró evidenciarlas establecidas por completo, sin embargo, pudieron notarse asomos del proceso intenso que la paciente asumió para llegar en algún momento a ese punto. Su realidad estaba asumiendo un cambio en tanto logró resignificar la necesidad de protección y

dependencia, su padre retomó para ella este rol de cuidador que tanto ella necesitaba, procurándole una estabilidad emocional más allá de su expareja y sin tanta dependencia, pues habría que recordar que su padre se encuentra por fuera del país. Su sentido de vida se vio beneficiado en tanto pudo notarse que procuró asumir metas y sueños que podía cumplir sola, cuestión que es un indicio claro de que estaba direccionada a la reconstrucción de su mundo personal.

#### 4.2. *Patrón de apego*

En este caso en particular, puede evidenciarse como el estrés agudo, que es atravesado por la experiencia de ruptura de una relación, causa la pérdida de la credibilidad de la paciente por ella misma y por los demás. Lo que esto ha ocasionado es, a raíz de su estado de duelo por separación, una interferencia clara y determinante en las relaciones personales y sociales, además de detonar aún más su estado de inseguridad y crear relaciones primarias poco contenedoras, que se promueven por el tipo de apego ambivalente que ella ha desarrollado desde su infancia.

Teniendo en cuenta que la paciente desde niña ha formado un lazo de apego fuerte con su padre, por haber tenido más interacción con él, podría manifestarse que ha significado la protección del cuidado paterno como algo fundamental para la construcción de las demás relaciones futuras. El patrón de conducta tuvo origen en la relación ambivalente de interacción que pudo leer de sus padres, pues aunque sabía que estaban ahí, en muchas ocasiones no lograba sentir que fuera así, percibía que no era importante y que estaban únicamente en algunas ocasiones atendiéndola, por tanto, sentirse segura ante la necesidad constante de protección se convirtió en una especie de objetivo desde la infancia.

Este tipo de lectura en relación a la presencia de sus padres fue la que detonó una conducta complaciente, pues la paciente procuró todo el tiempo ser la hija perfecta para que sus padres fijaran la atención en ella, con el fin de sentirse querida e importante. La paciente, tal como se ha establecido, ha construido desde su infancia un tipo de apego

ambivalente, que se evidencia claramente en este proceso terapéutico que se ha registrado, por la manera en que ésta ha construido su relato en las consultas.

Entonces, ha construido sus relaciones personales a través del miedo a ser abandonada y por lo que constantemente ha procurado complacer con sus actitudes a aquellos que han sido importantes para ella, todo esto con el fin de no sentir una vez más la sensación de angustia y ansiedad por ser dejada.

Lo que la mujer ha creado para sus relaciones es una lectura de ambivalencia en las personas significativas para ella, sobre todo su padre, madre y ex pareja, es decir, ha interpretado a lo largo de su vida que la presencia de estas personas, tanto física como emocionalmente, se encontraba disponible sólo en algunas ocasiones. Esto es lo que ha detonado en ella una constante ansiedad a ser abandonado y los eventos traumáticos por los que debe atravesar en su vida le acentúan el pensamiento irracional de no ser importante y no valer nada, lo que le hace procurar complacer a las personas significativas para no sufrir la angustia de la separación y contrarrestar sus pensamientos irracionales.

En la terapia de EMDR se realizó un reprocesamiento basado en el patrón de apego ambivalente que ha desarrollado, se reprocesaron las capas de trauma y se construyeron e instalaron otro tipo de capas con un significado gratificante y positivo, donde la paciente pueda contener seguridad, estabilidad emocional y credibilidad en sí misma y los demás. Esto permitió obtener como resultado que la paciente lograra resignificar de manera general cuáles debían ser sus maneras de relacionarse partiendo de su necesidad de protección y de cuidado.

Una mujer como ella, que ha construido relaciones ambivalentes durante toda su vida, podría decirse que la culpa es una constante, pues al demostrarse a sí misma que las personas que son significantes e importantes se van de su lado, es claro que esta sensación aparece. Por lo tanto, la culpa es un detonante de sus pensamientos irracionales y al mismo tiempo es una causa de las emociones de tristeza y angustia que ha experimentado por tanto tiempo.

Además, es claro que el mundo después de la sensación de abandono se convierte en peligroso para la paciente. Esto tiene una razón si se toma como relevante el hecho de que la paciente desde su niñez al leer de manera ambivalente la presencia de sus padres no podía concebir alejarse más allá para explorar el mundo, por ejemplo, prefería esperar a que su padre llegara para sentirse tranquila y segura. Entonces, la exploración del mundo se convirtió en un evento estresante para ella por el hecho de no saber lo que podía encontrar en él, es decir, sin tener la certeza de que sus padres estarían o no en cualquier momento, explorar el mundo no era una opción viable para ella, pues el retorno ante una situación de peligro para el resguardo era una incógnita.

Claro está, entonces, que en el caso de la paciente, quien conserva un tipo de apego ansioso-ambivalente, se pronuncia de manera marcada la ansiedad de separación, pero tampoco logra sentirse completamente tranquila al reunirse con su cuidador, por la idea irracional de que en cualquier momento va a ser abandonada. Por tanto, busca estrategias coercitivas que le permitan sentir que realiza un trabajo para lograr que esa persona

significativa que le procura cuidado permanezca a su lado, mientras que al tiempo esta actitud pareciera un esfuerzo por exagerar el afecto, para cerciorarse de la atención.

Teniendo claro que la mujer no se le permitió construir una interacción positiva con sus cuidadores primarios, su padre y su madre, sobre todo el primero, no logró internalizar una sensación de seguridad, que al tiempo le impidió ampliar su abanico de emociones. En tanto su expareja, es claro que las estrategias de complacencia continuaron, tal como en su niñez, por el constante temor a ser abandonada por éste, todo con el fin de procurar una construcción de estabilidad y resguardo, de cuidado y protección; esa era la única manera en que la paciente tenía la capacidad de reflejar la sensación de seguridad, que al tiempo era atravesada por la ansiedad de separación.

El leer la presencia de las personas significativas para la paciente sólo en ciertas ocasiones, representó, como se mencionó, el hecho de estar más propensa a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo, pero no sólo fue eso, a la vez estableció en ella confusas expectativas de confianza en relación al acceso y respuesta de sus padres y su pareja en sus respectivos momentos. Sin embargo, era evidente el fuerte deseo de intimidad, protección, cuidado y atención, que constantemente era mezclado con una sensación de inseguridad respecto a ellos mismo por no saber qué podría ocurrir y cuándo debería enfrentarse al abandono.

La identidad de la paciente, por tanto, está mediada por el hecho de que las relaciones de apego se logran hacer más estables a lo largo del desarrollo y porque funcionan como un recurso claro para la adaptación de su propia personalidad y encontrarle un sentido

explicativo a ésta. Ella explicaba su dependencia desde la verbalización al manifestar que ella le había entregado todo a su expareja, todo lo que ella era para poder apoyarse emocionalmente y encontrar estabilidad, pues ese es su mecanismo para accionar.

La paciente tuvo la oportunidad de entablar su relación de pareja en un momento en que las experiencias de vida con sus personas significativas se encontraban algo perdidas, es decir, su padre hacía pocos años se había del país y ella había leído esta experiencia como un abandono. Su padre, al representar su todo a nivel emocional, habría dejado de lado todo lo que su hija tenía depositado en él, esa es la lectura que la mujer realizó del evento, además de detonarse la sensación de abandono y soledad, reforzado por la actitud de su madre de desatención y despreocupación.

Entonces, lo que representó su expareja por muchos años fue un resguardo, una protección y un punto de equilibrio, que le permitía contrarrestar el pobre concepto sobre sí misma de no ser importante y de no valer nada. Esto permitió que los niveles y los lazos de apego se apretaran y reforzaran, convirtiéndose en una dependencia y una necesidad constante de resguardo, sin embargo, después de los años era el apego lo que hacía que la relación continuara, que él la cuidara y ella se dejara cuidar era el accionar de la relación. Tal como si ella hubiera entregado a él el cuidado paterno que sintió que su padre le había renunciado.

Por otra parte, el patrón de apego de la paciente, como en las demás personas, tiene un efecto sobre la manera como se codifica y se organiza la información acerca de sí misma, las personas significativas y los diferentes eventos con cargas emocionales. Este efecto se

relaciona directamente con la estructura cognitiva rígida de ella y con su facilidad para acceder a sus recuerdos negativos, lo que le genera conflictos con la intimidad, puesto que por un lado desean tenerla y por el otro tienen temor de perderla.

Ahora, tomando como base los procesos por los cuales la paciente desarrolló y mantuvo vínculos afectivos en su relación de pareja, podría decirse que la imagen de sí misma y la actitud de la imagen que interpretó de éste se convirtieron en una especie de patrón para el afianzamiento del accionar de la pareja en sí. Entonces, al construir un modo de relacionarse con su expareja le procuró una vez más reforzar sus rasgos de personalidad para la interacción con éste, en donde el funcionamiento claro tenía que relacionarse con la imagen de ella sobre sí misma insegura y la imagen que tenía sobre él como poco confiable, lo que se reflejaba en una preocupación constante por el abandono.

Así, podría manifestarse que la regulación de las emociones la paciente se veían inherentemente atadas al estilo de apego construido con sus relaciones, con su padre, con su expareja, es decir, a la proximidad o lejanía y a la sensación de protección o abandono dependían las emociones de tranquilidad, amor, rabia, estabilidad, entre otras. Por tanto, ante la separación la mujer tuvo una tendencia a demostrar una baja tolerancia al dolor y a responder con sentimientos de miedo y ansiedad, además con autoengaños e ideas irracionales como el pensamiento de que era temporal y él iba a regresar, esto con el fin de no afrontar sus emociones ante la pérdida.

La rabia apareció como un signo claro de protesta ante la separación, esta sensación de rabia se vio reflejada en los dolores de mandíbula, por ejemplo, por la tensión que se

evidencia en el cuerpo, su propensión al enojo por no saber por qué su expareja la había abandonado se reflejó, además, en el hecho claro de que su proceso de duelo después de un año aún estaba centrado en las primeras tres fases y no había llegado a ubicarse en la cuarta fase por no permitirse realizar catarsis sobre el evento y encontrar significados a su experiencia.

Como se ha mencionado, el tipo de apego de la paciente, como en las demás personas, es continuo en el tiempo, sin embargo, eso no establece que éste se encontrara fijado rígidamente, lo que lleva a concluir que con las experiencias positivas de las sesiones registradas en las que se aplicó EMDR conjunto con la alta motivación de ella para el cambio, fue posible que su concepción de relacionarse con los demás tuviera algunos asomos de cambio. Sobre todo puede evidenciarse en el hecho de redirigir los roles tan importantes para ella sobre el cuidado y la atención para sentirse querida e importante, que fueron reasignados a su padre estando lejos, lo que permite demostrar que el cambio se observa en la proximidad, en el momento la paciente proponía sentirse segura a través de su padre que se encuentra lejos, pero que siempre ha significado su mayor apoyo emocional. Lo que permite aclarar que lo importante finalmente para ella, después de la intervención terapéutica, fue crear una construcción autorreferencial recíproca con la imagen de su padre, permitiendo con esto que la relación entre ellos tuviera una dinámica más fluida y afectiva.

Lo que proporcionó el profesional en las sesiones fueron herramientas para facilitar el análisis y la autoobservación necesaria para que la paciente lograra realizar una reorganización gradual de su experiencia personal y de la manera en que había construido

sus relaciones. Entonces, la resignificación permitió la catarsis y dicha reorganización y reestructuración en la concepción de sus relaciones.

### 4.3. *EMDR*

Para dar inicio a este capítulo, podría mencionarse como factor relevante que el profesional asumió la utilización de diversos recursos de los que disponía la paciente que eran importantes para la aplicación de EMDR en el proceso de duelo de ésta. Entre estos elementos recursivos se encuentra la capacidad adaptativa de la mujer, la experiencia de otra pérdida como fue la de su padre, la acción vincular y familiar y la capacidad de expresarlo. Partiendo de la filosofía de Clínicas del duelo – innovación afectiva de que las personas sufren como son, piensan, creen y esperan, es decir, según su propia personalidad y experiencia, por lo que el duelo se convierte en un asunto subjetivo.

Lo que ocurrió con la aplicación de EMDR, a grandes rasgos, no fue que quitó las emociones y sentimientos naturales que la pérdida relacional hizo experimentar a la paciente, sino que logró amortiguar el sufrimiento excesivo y permitir la salida natural del proceso en tiempo y forma adecuado. Entonces, después de un año la paciente podía asumir diversas situaciones que había estado evadiendo, como los autoengaños y hacer catarsis sobre su situación actual de pérdida y lo que podía realizar con eso.

La carga negativa de los recuerdos perturbadores profería a la experiencia de duelo de la paciente, un proceso aún más angustiante de lo que significa en sí enfrentar la pérdida y la separación a la que se vio expuesta ésta. La carga negativa de los recuerdos hacía que afrontar el proceso de duelo para la paciente fuera aún más complejo y denso, permitiendo todo lo contrario con la aplicación efectiva de EDMR a recuerdos claves en relación a los

patrones de apego y situaciones relacionadas con la separación y la ruptura, que hizo que se diera un avance claro y preciso en su recuperación.

Tal como lo menciona la teoría de EMDR, existiría un equilibrio neurológico en un sistema fisiológico diferenciado que permitiría, entonces, que la información pueda ser procesada hasta llegar a una especie de resolución adaptativa. Lo que esto implica es que las conexiones con asociaciones adecuadas sean realizadas y que la experiencia de las personas sea utilizada de una manera constructiva y sea integrada en un esquema emocional y cognitivo positivo. Por tanto, podría manifestarse que con la aplicación de EMDR en la paciente en duelo, con diagnóstico de reacción de estrés agudo, tuvo como resultado una consolidación positiva de sus recuerdos a sus experiencias, situación que anteriormente no había sido integrada como tal por diversas situaciones, entre las que se encuentra la lectura subjetiva de las experiencias de abandono.

Por tanto, lo que ocurrió con la aplicación de EMDR en la paciente fue que la información disfuncional y perturbadora se convirtiera en información útil, ya con una resignificación de utilidad fue aprendido y almacenado con el efecto apropiado, pudiendo estar disponible para un uso futuro.

La experiencia de separación en la paciente permitió que se presentara un desbalance ocurrido en el sistema nervioso, causado al tiempo por cambios en los neurotransmisores. Teniendo en cuenta este desbalance, sería pertinente mencionar que el sistema de la paciente no pudo funcionar y la información adquirida en el momento del evento, incluyendo las imágenes, los sonidos, los afectos y las sensaciones físicas se centraron en

un estado de perturbación. Apuntando además que esto se combinó con los demás recuerdos perturbadores de su infancia, que crearon un cúmulo de sensaciones perturbadoras que hacían agudizar el dolor en el proceso de duelo de la paciente.

Tomando lo anterior, es claro que por los recuerdos perturbadores de la separación y de las sensaciones que éstos le proveían a la paciente, continuaban siendo detonados por una gran cantidad de estímulos internos y externos que se expresaban en la paciente, sobre todo, en pensamientos intrusivos generadores de angustia. Estos estímulos para la paciente podrían ser lugares que recordaran su relación, objetos o simplemente recuerdos de actitudes de su expareja.

Entonces, lo que ocurrió con la paciente en tanto la aplicación de los movimientos oculares para la resignificación de sus recuerdos y la carga perturbadora de ésta fue que dichos movimientos lograron desencadenar un mecanismo fisiológico que activó el sistema procesador de la información. Este mecanismo hace referencia a la activación y, por ende, la facilitación del procesamiento de la información a causa del foco dual de atención de la paciente, mientras que ésta al tiempo tenía su atención fija en los movimientos de la mano del terapeuta y al recuerdo traumático.

La paciente, a partir de tomar las imágenes traumáticas vinculadas con la separación de su expareja y recuerdos de su vida para aplicar EMDR, logró reducir de una manera considerable la frecuencia y la intensidad de la presentación de la misma y permitió dar paso al surgimiento de los recuerdos positivos, una situación que al tiempo tuvo como

consecuencia una evidente disminución de los altos niveles de angustia que experimentaba ésta.

Retomando, el mecanismo al que se hace referencia al realizar una activación y facilitación del procesamiento de la información, generó en la paciente un efecto diferencial de estallidos neuronales, que fueron útiles en tanto se convirtieron en equivalentes de una corriente de bajo voltaje y que afectó notablemente el voltaje sináptico, permitiendo una resignificación de las imágenes perturbadoras.

Así, lo que se logró con la aplicación de EMDR en la paciente en duelo fue que, a través de sus recuerdos perturbadores, se reactivara su sistema de elaboración de las experiencias, posibilitando el acceso a la información negativa y avanzando a ritmo apresurado por medio de las redes de la memoria, reprocesando el material disfuncional almacenado relacionado con la ruptura con su expareja y sus recuerdos de infancia, que tanta angustia y estrés le generaban.

Con el profesional experto en EMDR, específicamente se procuró buscar la neurored de memoria que contenía la información almacenada de manera disfuncional, con todos los elementos de ésta activa, entonces, sin manera de notarse en los diarios de campo, se realizaron conexiones de la neuroredes y en el momento en que esa neurored que se encontraba congelada entre los recuerdos perturbadores se logra conectar con otras, dicha información se transmutó y cambió a un nivel neurobiológico.

Lo anterior deja entrever que, la paciente, en el momento en que se realizó una reelaboración y una integración de las experiencias traumáticas con otras informaciones posteriores a ella, por ejemplo la presencia continua de su padre o la ausencia de su expareja después de la separación, permitió que se modificaran las creencias y emociones negativas, produciéndose en ella un cambio en tanto las actitudes y los comportamientos se refiere. Lo anterior permitió que la paciente llegara a una resolución adaptativa dentro de su proceso de duelo que facilitaría la recuperación de éste de una manera más fluida, puesto que la reestructuración logró que ocurriera esto.

Otro de los puntos que debe tomarse como importante en el proceso de la aplicación de EMDR y que fue fundamental durante todas las sesiones para los resultados adecuados es que se presentó un descondicionamiento que fue provocado por la respuesta de relajación que le proveía el lugar seguro, por ejemplo, a la paciente.

Lo anterior quiere decir que cuando se le pedía a la paciente que rememorara el recuerdo traumático al presente y se identificara con las sensaciones que éste le hacía experimentar, se estableció una conexión entre la conciencia y el lugar del cerebro en donde se encontraba almacenada la información. Entonces, el terapeuta con la estimulación especializada lograba activar el sistema de reprocesamiento de dicha información y ésta se reorganizaba y estabilizaba de nuevo.

Entonces, la importancia que el terapeuta concebía para realizar diferentes sets en cada una de las sesiones con la paciente radica en el hecho de que los movimientos oculares en cada uno de éstos, permitía que la información perturbadora de la paciente se moviera a

un ritmo acelerado hacia adelante en sentido adecuado del camino neurofisiológico hasta que estuviera adaptativamente resuelto. Los sets tenían la función de adelantar cada vez más la información a un estado de salud mental, dejando con cada uno de los sets un poco más de la información disfuncional, por tal razón reducía el nivel de perturbación (SUD) después de cada set en las sesiones.

Por tanto, los recuerdos perturbadores que generaban tristeza, angustia y estrés a la paciente lograban convertirse en recuerdos positivos, es decir, sin carga emocional negativa que le procurara aún sensaciones que le ocasionaran mucho más estrés. Al ocurrir esto, la paciente manifestaba un cambio casi instantáneo a simple vista, pero en su cerebro estaba ocurriendo todo un proceso interno basado en las neuroredes que se encargaban de mover la información perturbadora hacia un lugar neurofisiológico que permitía adaptar el recuerdo para que la carga negativa se eliminara.

Como todas las personas, la paciente posee una tendencia natural de que el sistema procesador de la información del cerebro se dirigiera hacia un estado de salud mental, sin embargo, dicho sistema se vio bloqueado o desequilibrado a raíz de los eventos traumáticos experimentado, tales como la ida de su padre del país, que fue leída como un abandono o la actitud de su madre cuando quedó en embarazo que le generó tanta rabia, por tanto se observaron respuestas desadaptadas que funcionaron como detonantes de más dolor cuando experimentó la ruptura con su expareja.

Como se mencionó, estas respuestas desadaptativas fueron detonadas por la separación y el proceso de duelo, accionando como posibles factores de riesgo para

complicar su proceso de duelo. Entonces, la estimulación bilateral permitió que el bloqueo de la información almacenada inadecuadamente fuera removido y reanudara su paso hacia un estado de salud mental, permitiendo la resignificación de las experiencias y que las sensaciones negativas fueran reducidas. Es decir, los recuerdos se resolvieron a tal punto que la paciente manifestaba una adaptación en relación a las imágenes, afectos y cogniciones que asociaba con los diferentes eventos que fueron propuestos como targets.

Por otra parte, es necesario apuntar que el punto del proceso de duelo en el que se encontraba la paciente después de un año, donde sentía que estaba cansada de soportar tanto dolor y tristeza, por tanto la resolución de la perturbación también fue debida a la estimulación del proceso autocurativo de ella, por estar atenta a su recuperación. Por tanto, su mecanismo de procesamiento de información estaba fisiológicamente propuesto para resolver algunas perturbaciones, sobre todo las relacionadas con su expareja.

#### ***4.4. Beneficios de la implementación de la terapia EMDR en una paciente en duelo***

Como primer punto, se hace necesario manifestar que el proceso de EMDR en la paciente concluyó de la manera más adecuada posible, lo que permitió que el proceso de duelo de la paciente se acomodara al momento temporal en el que se ubicaba que era un año. Sin embargo, teniendo en cuenta que el duelo es un asunto subjetivo, podría manifestarse que la paciente no tenía ningún inconveniente al llegar a consulta, pero lo importante es que la aplicación de EMDR permitió depurar en ella recuerdos perturbadores que hacían que su proceso se detuviera y avanzara más lento, ubicándola un año después en las tres primeras fases.

Se hace referencia a que la paciente logró acomodarse al momento temporal de un año, porque en ese punto es muy poco común, partiendo de la experticia clínica, que una persona que ha experimentado una pérdida relacional se vea envuelta por rasgos grandes de la primera fase. Los autoengaños que la paciente se encontraba haciendo pudieron evolucionar y convertir su duelo en un duelo patológico, pero la aplicación de EMDR permitió eliminar factores de riesgo que impulsarían esto.

La significación de sus recuerdos de manera negativa hacía que su proceso de duelo fuera denso y lento, al tiempo que era propensa a que éste se convirtiera en un duelo bloqueado o patológico. Entonces, la aplicación de EMDR demostró que uno de sus beneficios era la reducción de los factores de riesgo en el proceso de duelo de la paciente, permitiendo que el curso natural de éste continuara como un proceso de duelo normal sin complicaciones.

Tomando como evidencia el proceso de la paciente en duelo, podría afirmarse que existió considerablemente una mejoría con la implementación de la terapia EMDR, su proceso de duelo pudo encaminarse y desbloquearse de recuerdos perturbadores que generaban tristeza excesiva y angustia. Se determina, entonces, que la aplicación de EMDR en la paciente en duelo tuvo un resultado beneficioso para la salud mental y emocional para ésta.

Los beneficios de la aplicación de EMDR en la paciente en duelo se ven reflejados fundamentalmente en la posibilidad de permitirle a la paciente continuar con su proceso de duelo y lo que implican sus fases, lo que quiere decir que las reacciones naturales continuarían sin ser bloqueadas o interferidas por los recuerdos traumáticos que podrían complicar el duelo.

Los recuerdos traumáticos generaban sensaciones desagradables negativas en la paciente que estaban congelando el proceso de duelo, por eso, dichos recuerdos fueron identificados como la memoria de destino para lograr propiciar la salud mental y emocional de ésta.

La memoria de destino, por tanto, hace referencia al blanco terapéutico original (*miedo a despertarse y verse sola*), el cual fue elegido basándose en la recopilación de los demás targets. Entonces, al trabajar en cada una de las sesiones con diferentes targets, se propiciaba que la resignificación del blanco terapéutico original fuera posible, provocando

un desbloqueo en el proceso de duelo en tanto los posibles factores de riesgo internos y emocionales que tenía la paciente, como el sentimiento de abandono y de tristeza constante.

Continuando, lo que se trabajó en las sesiones, en base, fue el sentimiento de abandono que atraviesa cada uno de los eventos traumáticos elegidos como targets, que le generaban el pensamiento irracional de “*No valgo, no soy importante*” y que la llevaba a hacer lo que fuera para que las personas importantes para ella se quedaran a su lado. Todo esta conducta complaciente era motivada por los sentimientos de angustia y tristeza que le generaban los pensamientos irracionales.

La intensidad de la perturbación se reducía de manera fructífera en cada uno de los sets de las sesiones que se realizaron, lo que propició la adecuada finalización del proceso con los resultados esperados.

El proceso de duelo de la paciente se convirtió en un proceso tranquilo, fluido y más consciente, permitiendo que la paciente además identificara lo que le ocurría en cada uno de los momentos. Es decir, entre los beneficios de EMDR en el proceso de duelo se puede evidenciar que la identificación de las emociones y el equilibrar éstas a través del lugar seguro permitían a la paciente concienciarse de lo que ocurría en ella durante su proceso y a no crearse expectativas “mágicas” en relación al proceso terapéutico.

Aun conociendo que EMDR no iba a sanar su dolor completamente, la paciente sí evidenció que la aplicación de esta terapia le permitiría sentirse más liberada y sin tantas

emociones negativas que harían sentirse más triste, como la culpa, la rabia y la sensación de abandono.

En tanto pueda dársele respuesta a la pregunta de esta investigación, podría claramente manifestarse que en la paciente se evidenció una mejoría de su proceso de duelo relacional con la implementación de la terapia EMDR en la medida en que las representaciones y las significaciones que le habían generado excesiva tristeza y angustia por la pérdida habrían disminuido considerablemente. La valoración que la paciente le daba a la pérdida estaba siendo magnificada antes de la aplicación de EMDR, pero luego de ésta la percepción de las situaciones cambia notablemente, como puede notarse en los diarios de campo registrados de las sesiones, en donde manifestaba sentirse mejor y con deseo de continuar su vida y su proceso de recuperación.

El deseo de continuar su vida y darle un significado a su vida después de la pérdida permitió observar que, aunque el duelo logró trastocar y perturbar su vida en todos los aspectos, también se debe tomar partido de los recursos internos. En el caso de la paciente, concretamente, algunos de sus recursos como la autoconfianza, la autoestima habían sido desestructurados a raíz de la separación, pero con la implementación de EMDR estos fueron reconstruidos al eliminar la carga perturbadora de los recuerdos targets.

Además de todo, la paciente logró evidenciar en ella una reestructuración emocional con la aplicación de EMDR, cuestión que fue relevante y beneficiosa en su proceso de duelo, porque le permitió reasumir roles personales que la hicieron más consciente de su

estado de duelo y el proceso que atravesaba su realidad, mientras que al tiempo la motivó para continuar asumiendo éste.

De igual manera, le permitió otorgarle roles a otras personas que aún esperaba que su ex pareja las asumiera una vez más. Por ejemplo, su padre asumió de nuevo el papel de cuidador, situación que a la paciente le generó regocijo y seguridad emocional para continuar durante su proceso de duelo.

Al tiempo, la desensibilización permitió que la autopercepción de la mujer fuera una más adecuada para asumir su proceso de duelo, su cambio de imagen es uno de los puntos clave que sustentan este hecho. Se consideraba, después de la terapia, una persona más tranquila y con más herramientas internas para asumir su vida emocional, no como antes que se consideraba netamente dependiente.

La paciente se encontraba en un punto dentro de su proceso de duelo en que era claro que si continuaba del mismo modo, podría convertir su dolor en un duelo patológico, por el hecho de que los recursos internos que poseía se estaban viendo sumamente afectados. Entonces, la aplicación de EMDR logró desenmascarar las sensaciones negativas que sus recuerdos targets le procuraban, dándole finalmente el beneficio de una reorganización emocional en el sentido en que se encontraba preparada para continuar con el trabajo de su proceso de duelo normal y no concurrir en un duelo complicado o patológico.

## 5. Conclusiones

- ✓ Con la implementación de la terapia EMDR en la paciente que consultó por una pérdida relacional por separación, se determina que se obtuvo una mejoría en tanto ésta reestructuró emocionalmente su autopercepción para continuar su proceso de duelo normal, sin factores de riesgo internos significativos que pudieran convertir éste en patológico.
- ✓ Al finalizar la investigación, puede concluirse que la descripción adecuada del caso clínico permitió el ejercicio investigativo cualitativo y el proceso de estudio sobre un caso de una paciente que consultó por una pérdida relacional por separación.
- ✓ La memoria de destino de la paciente logró identificarse, esta fue propuesta como blanco original denominado *miedo a despertarse y verse sola*, que finalmente se demostró que con la aplicación de EMDR, la perturbación emocional originaria que le provocaban sus miedos por sus recuerdos targets, desaparecieron y por ende, su miedo a ser abandonada.
- ✓ Luego de la implementación de las ocho etapas del protocolo de EMDR en la paciente que asistió por una pérdida relacional por separación, pudo evidenciarse que el procedimiento aplicado adecuadamente por un profesional logró que los recuerdos perturbadores targets propuestos para las sesiones fueran trabajados hasta que la perturbación emocional de estos desapareciera.

- ✓ En el caso de la paciente asistente en duelo por pérdida relacional, los beneficios de la implementación de la terapia EMDR se evidenciaron en tanto su proceso de duelo dejó de obstaculizarse después de la aplicación de la técnica, logrando que asumiera su trabajo de duelo de manera fluida, sin factores de riesgo internos que bloquearan internos que bloquearan la superación de la situación problema.
- ✓ La ruptura y el proceso de duelo generó en la paciente que fue objeto de esta investigación la destrucción de ejes o dimensiones fundamentales en el desarrollo de su vida, estos fueron la realidad, el sentido de vida y la personalidad. Estos se vieron afectados a raíz de la experiencia de pérdida, pero también se vieron beneficiados en tanto se dio inicio a la reconstrucción de estos como resultado de la aplicación de EMDR.
- ✓ La relación con las figuras de apego posibilita la construcción de un modelo del mundo y de sí mismo en función del desarrollo cognitivo y emocional, que al tiempo le permitirá a la persona actuar, comprender su realidad, anticipar el futuro y establecerse metas. Cuando la pérdida se experimenta, la destrucción del modelo del mundo y de sí mismo cambia abruptamente debido al impacto de ésta, por ella en terapia el mundo personal debe reconstruirse en el proceso de duelo.
- ✓ Con la utilización del método EMDR se lograron con esta paciente rápidos cambios en pensamientos, sentimientos y conductas en una problemática que suele ser reticente a otros tipos de tratamiento.

## 6. RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomendó a la paciente continuar con psicoterapia, en la que la narrativa y el acompañamiento profesional sean protagonistas, con el fin de que su proceso de duelo sea guiado hasta su total recuperación.
  
- ✓ Teniendo en cuenta que la aplicación de EMDR debe efectuarse por parte de un profesional experto entrenado en la técnica, se recomienda realizar entre cada una de las sesiones, en próximas ocasiones, sesiones de psicoterapia que permita instalar de manera más estable la resignificación de las emociones y sensaciones positivas por encima de los pensamientos perturbadores.
  
- ✓ Se hace necesario el fomento de la investigación sobre el duelo y terapias de avanzada como EMDR que permitan la facilitación de éste, para la formación de los nuevos psicólogos, tanto en los niveles de pregrado como en postgrado, puesto que es poca la atención adecuada por parte de profesionales de la salud mental ante esta población que padece esta problemática, por no conocer al respecto especificidades y factores de riesgo.
  
- ✓ Se debe tener en cuenta a los pacientes en duelo con todo aquello que se relaciona con sus dimensiones afectadas a raíz de esta experiencia, con el fin de establecer tipos de abordaje profesional pertinentes, como EMDR para facilitar el proceso de duelo, en tanto éstas técnicas promueven y facilitan la reestructuración de diversos ejes importantes en la vida de personas que han sufrido algún tipo de pérdida.

## 7. REFERENCIAS

- ✓ Ainsworth, M. (1991) *attachments and other affectional bands across the life cycle*.  
En Parkes, J., Stevenson, H. & Marris, P. (1991) *Attachment across the life cycle*.  
London: Routledge.
  
- ✓ Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*.  
Hillsdale, NJ: Erlbaum.
  
- ✓ Balbi, J. (2001). *Terapia Cognitiva Postracionalista. Conversaciones con Vittorio Guidano. Los Procesos vinculares tempranos y la organización del significado personal*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
  
- ✓ Bartholomew, K. (1997). *Adult attachment processes: Individual and couple perspectives*. *British Journal of Medical Psychology*, Volume 70, Issue 3, pages 70-249–263. Burbany, BC, Canada: Simon Fraser University.
  
- ✓ Benenti, N; Buscaglia, S; Ceresa, A; Ferrazano, R; Leibovich, H; Linck, A; Meneses, J; Ochipinti, S; Rauch, C; Solvey, P & Zabala, L. (2008). *Terapias de Avanzada, EMDR: Avances en teoría y técnica*. Ricardo Vergara Ediciones: Buenos Aires.
  
- ✓ Bowlby, J. (1983). *El Apego y la Pérdida: La pérdida afectiva*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

- ✓ Bowlby, J. (1983). *El Apego y la Pérdida: La separación*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
  
- ✓ Bowlby, J. (1998). *El Apego (El Apego y la Pérdida I)*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
  
- ✓ Bradley, J., & Cafferty, T. (2001). Attachment among older adults: Current issues and directions for future research. *Attachment and Human Development*, 3, 200-221.
  
- ✓ Burgos, L. (2010). *Elementos más comunes de la comunicación no verbal en personas asistentes a la Unidad de Duelo de la Funeraria San Vicente*. Tesis de pregrado para aplicar al título de psicóloga. Envigado: Institución Universitaria de Envigado.
  
- ✓ Cáceres, C. & Manhey, C. (2006) Aspectos generales de la Terapia Familiar en procesos de separación o divorcio destructivos. *Revista De Familia y Terapias* año 15, N° 23. Páginas 27-49. Chile: Instituto chileno de terapia familiar.
  
- ✓ Cáceres, C. & Manhey, C. (2006) Terapia Familiar con familias en proceso de separación/divorcio destructivo: el eje relacional fraterno. *Revista De Familias y Terapias* año 15, N° 24. Páginas 65-80. Chile: Instituto chileno de terapia familiar.

- ✓ Cáceres, C., Manhey, C. & Vidal C. (2009) Separación, pérdida y duelo de la pareja: Reflexiones imprescindibles para una terapia de divorcio. *Revista De Familias y Terapias* año 17, N° 27. Páginas 41-60. Chile: Instituto chileno de terapia familiar.
- ✓ Dworking, M., & Errebo, N. (2010). Ruptura y reparación en EMDR en la relación cliente / clínico: Momentos ahora y momentos de encuentro. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4 (3). Estados Unidos: Springer Publishing Company
- ✓ Fauré, C. (2004). *Vivir el duelo: La pérdida de un ser querido*. Barcelona: Kairós Editorial.
- ✓ Fernández, I. (2008). EMDR Después de un incidente crítico. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2 (2). Estados Unidos: Springer Publishing Company
- ✓ Freud, S. (1917) *Mourning and Melancholia (Duelo y Melancolía)*, Vol 14. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Nueva York: Macmillan Co.
- ✓ Galeano, M. (2004). *Diseño de Proyectos en la Investigación Cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.

- ✓ Gelbach, R. (2008). Trauma, investigación y EMDR: Una respuesta de los desastres de la lista de deseos. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2 (2). Estados Unidos: Springer Publishing Company
  
- ✓ Gómez, F., Ma. E. & Weisz, F. (2005). *Nuevas parejas nuevas familias*. México: Norma.
  
- ✓ Gonzáles, F. (2007). *Investigación Cualitativa y Subjetividad: Los Procesos de Construcción de la Información*. México: McGraw Hill Interamericana.
  
- ✓ Gutiérrez. G. (2009). Entre el Apego y el Desapego (Lo que podemos aprender de las diferentes culturas sobre el duelo). En *El Duelo, Una posibilidad de Crecer*. Medellín: Laborales Medellín.
  
- ✓ Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill Editores S.A.
  
- ✓ Leeds, A. (2009). Recursos en EMDR y otros métodos en la Psicoterapia enfocados en el trauma: Una revisión. *Jornal of EMDR Practice and Research*, 3 (3). Estados Unidos: Springer Publishing Company
  
- ✓ Kübler, E. (2006). *La Rueda de la Vida*. Barcelona: Zeta Bolsillo.
  
- ✓ Kübler, E. (2008). *La Rueda de la Vida*. Barcelona: Luciérnaga

- ✓ LEE, C. (1995). *La muerte de los seres queridos. Cómo afrontarla y superarla.* Barcelona. Plaza Janés
- ✓ Montoya, J. (2008). *Guía para el duelo.* Medellín: Edición N° 25.
- ✓ Montoya, J. (2008). *Pérdida, aflicción y luto: Herramientas para facilitar el proceso de recuperación tras la pérdida de un ser querido.* Medellín: Editorial Litoservicios.
- ✓ Nesse, R., Carr, D. & Wortman, C. (1994) *Sufrimiento por viudez en la vejez.* Estados Unidos: Springer Publishing Company.
- ✓ Norcross, J. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work.* New York: Oxford.
- ✓ Parkes, C. (1996). *Bereavement. Studies of grief in adult life.* London: Routledge.
- ✓ Rojas, N., Fonnegra, I. & Pérez, S. (1995). *Separación de las parejas: cómo prevenirla, cómo afrontarla.* Bogotá: Planeta.
- ✓ Rojas, S. (2008). *El Manejo del Duelo: Una propuesta para un Nuevo comienzo.* Bogotá: Norma.
- ✓ Safran, J., & Muran, J. (2002). *Negotiating the therapeutic alliance.* New York: Guilford.

- ✓ Scribano, A. (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Buenos Aires: Editorial Prometeo.
  
- ✓ Silk, F., & Shapiro, F. (2008). *EMDR: Una terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés y el trauma*. Barcelona: Editorial Kairós.
  
- ✓ Shapiro, F. (2002). *EMDR Movimientos Oculares, Desensibilización y Reprocesamiento, Principios básicos, Protocolos y Procedimientos*. Buenos Aires: EMDRIA LATINOAMÉRICA
  
- ✓ Shapiro, E. (2009). EMDR, Tratamiento del trauma reciente. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3 (3). Estados Unidos: Springer Publishing Company
  
- ✓ Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (1<sup>st</sup> ed.) New York: Guilford.
  
- ✓ Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2<sup>nd</sup> ed.) New York: Guilford.
  
- ✓ Shapiro, F. (2007). EMDR adaptative information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1 (2), 68-87. Estados Unidos: Springer Publishing Company.

- ✓ Shapiro, F. (2009a). *The EMDR approach to psychotherapy: Part 1 of the two part basic training*. Watsonville, CA: EMDR Institute.
  
- ✓ Shapiro, F. (2009a). *The EMDR approach to psychotherapy: Part 2 of the two part basic training*. Watsonville, CA: EMDR Institute.
  
- ✓ Shapiro, F., & Silk-Forrest, M. (1997). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. New York: Basic Books.
  
- ✓ Spinelli, F. (2000). *Teoría del Apego de John Bowlby*. Ordenadores Teóricos del Psicoanálisis. Año 0 - N° 1 – Abril. Rosario: Ateneo de Estudios Psicoanalíticos de Rosario
  
- ✓ Spinelli, I. (2007). *EMDR: Nuevo Abordaje en Psicoterapia*. Buenos Aires: EMDRIA LATINOAMÉRICA.
  
- ✓ Téllez, J. (2006). Teoría de la mente: Evolución, ontogenia, neurobiología y psicopatología. *Avances en psiquiatría biológica*, 7, 6-27.
  
- ✓ Wesselmann, D., & Potter, A. (2009). Cambio en el status de apego adulto tras el tratamiento con EMDR: Tres estudios de caso. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3 (3). Estados Unidos: Springer Publishing Company.

- ✓ Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*.  
Barcelona: Editorial Paidós.

## ANEXOS

### Anexo A. Breve Inventario del duelo (BID)

#### **Inventario del Duelo<sup>2</sup>**

Esta herramienta fue creada por el Doc. Jorge Montoya Carrasquilla<sup>3</sup> con el fin de que su aplicación sea útil para la evaluación de la fase predominante del duelo en la que la persona se encuentra en el momento de la evaluación, así como para el seguimiento del proceso del duelo hasta su resolución. Es necesario aclarar que este inventario debe ser aplicado por personal del área de la salud debidamente preparado en tema de duelo.

Las preguntas 1 a 5 corresponden a la primera fase del duelo *aflicción aguda*; las preguntas 6 a 11 a la segunda fase, *conciencia de la pérdida*; las preguntas 12 a 15 a la tercera fase, *conservación y/o aislamiento*; las preguntas 16 a 19 a la cuarta fase, *cicatrización*, y las preguntas 20 a 22 a la quinta fase del duelo, *renovación*; la puntuación mayor obtenida orienta sobre la fase del duelo respectiva predominante.

#### **Nombre:**

---

<sup>2</sup> Validado por la Dra. Olena Klimenco (Psicóloga de la Universidad Lomonosov de Moscú. Maestría en Psicoanálisis y Doctorado en la Universidad de Antioquia), Fabiola Restrepo Ruíz (Psicóloga de la USB Medellín, Especialista en Familia de la UPB de Medellín y Magister en Educación y Desarrollo Humano del convenio CINDE- Universidad de Manizales) y Jhon Carlos Duque Giraldo (Psicólogo USB Medellín, Maestrando en Epidemiología de la Universidad CES y Máster en Sida y Drogodependencia, del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Málaga, España)

<sup>3</sup>Lic. En Medicina y Cirugía por la Universidad CES de Medellín y Magister en Gerontología Clínica y Psicogerontología por la Universidad Autónoma de Madrid (España).

**Edad:**

**Relación con el ser perdido:**

**Tipo de pérdida:**

**Fecha de la pérdida:**

**Aflicción anticipatoria (en días, meses o años):**

**Nivel socioeconómico:**

**Fecha de realización:**

**Clasificación de tipo de duelo:**

Coloque el número correspondiente a lo que usted sienta o piense según la clasificación siguiente:

**0:** Nunca

**2:** Casi siempre

**1:** Algunas veces

**3:** Siempre

**Cuestionario de preguntas**

1. ( ) Me siento confuso/a y aturdido/a
2. ( ) Estoy nervioso/a e inquieto/a
3. ( ) Me dan crisis de angustia, como en “oleadas”
4. ( ) Tengo temblor y las manos frías y sudorosas
5. ( ) Tengo pensamientos que no puedo quitarme de la cabeza

6. ( ) Siento que estoy al borde de una “crisis nerviosa”
7. ( ) Me cuesta mucho “estar bien” ante otros
8. ( ) Le busco por todas partes
9. ( ) Tengo sentimientos de culpa que me molestan mucho y me agobian
10. ( ) Estoy más irritable de lo normal
11. ( ) Tengo problemas para conciliar el sueño
12. ( ) Me siento muy deprimido/a
13. ( ) Siento que ya debería haber retomado la actividad normal
14. ( ) Necesito dormir más
15. ( ) Creo que no estoy haciendo lo necesario o correcto para recuperarme
16. ( ) Necesito cambiar mi actitud actual
17. ( ) Quiero hacer otras cosas además de las que ya hago
18. ( ) Duermo normal, como antes
19. ( ) Me cuesta mucho tomar decisiones para mi futuro
20. ( ) Ya me he recuperado
21. ( ) Ahora soy más sensible y compasivo con otros
22. ( ) Mi vida ahora transcurre normal

### **Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Christian David Grajales Atehortúa, estudiante de 10 semestre de Psicología de la Institución Universitaria de Envigado. El objetivo de este estudio es realizar un **ANÁLISIS DE LOS BENEFICIOS QUE TIENE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA EMDR EN UNA PERSONA QUE CONSULTA POR UNA PÉRDIDA RELACIONAL POR SEPARACIÓN**

Si usted accede a participar en este estudio, será necesario que tenga en cuenta que se realizará una entrevista en la primera sesión en donde puedan proporcionarse datos relevantes para el curso de la investigación y del proceso terapéutico a seguir. Lo que conversemos durante esta y el resto de las sesiones será grabado, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expuesto y determinar el proceso de la terapia.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus narraciones serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los

cassettes con las grabaciones se custodiaran éticamente y seguirán los preceptos de la Ley 1090 de 2006 que dicta los lineamientos deontológicos y bioéticos del ejercicio de la profesión de la Psicología en Colombia.

En caso de surgir alguna duda sobre este proyecto, Usted puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Además si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Con base en lo anterior declaro que acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Christian David Grajales Atehortúa, identificado con documento de identidad 1.036.624.700 y que he sido informado (a) de los alcances de este estudio. También declaro que he sido informado de los alcances de esta investigación formativa que es la de realizar un **ANÁLISIS DE LOS BENEFICIOS QUE TIENE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA EMDR EN UNA PERSONA QUE CONSULTA POR UNA PÉRDIDA RELACIONAL POR SEPARACIÓN.**

También tengo claro que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Así mismo he sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener

preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Christian David Grajales Atehortúa al teléfono 321 831 8814.

Para constancia se entrega una copia de esta ficha del consentimiento informado firmado por las partes

-----

Nombre del Autorizante	Firma del Autorizante	Fecha
------------------------	-----------------------	-------

Documento de Identidad:

-----

Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

Documento de Identidad:

Agradecemos su participación y valiosos aportes

### **Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Christian David Grajales Atehortúa, estudiante de 10 semestre de Psicología de la Institución Universitaria de Envigado. El objetivo de este estudio es realizar un **ANÁLISIS DE LOS BENEFICIOS QUE TIENE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA EMDR EN UNA PERSONA QUE CONSULTA POR UNA PÉRDIDA RELACIONAL POR SEPARACIÓN**

Si Usted desea contribuir a ésta, su aporte consistiría en acceder al uso del instrumento diseñado por Usted nominado: “Inventario del duelo”, este se utilizaría en la investigación de pregrado que lleva por título: **ANÁLISIS DE LOS BENEFICIOS QUE TIENE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA EMDR EN UNA PERSONA QUE CONSULTA POR UNA PÉRDIDA RELACIONAL POR SEPARACIÓN**. Dicho inventario será utilizado en la investigación como un apoyo continuo para valorar la paciente en duelo que hará parte del estudio, así mismo será un apoyo de seguimiento y registro del avance terapéutico que ésta tendrá durante las intervenciones que se realicen por el profesional encargado de aplicar la terapia EMDR.



Documento de Identidad:

-----

Nombre del Investigador

Firma del Investigador

Fecha

Documento de Identidad:

Agradecemos su participación y valiosos aportes