

Título:

EMDR en casos de ansiedad infantil: eficaz, rápida, potente, estable.

Autor:

José Ángel López Fernández

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.

Clínico y Consultor EMDR en Canarias.

Tipo de trabajo:

CASOS CLÍNICOS, póster

Resumen:

EMDR (“Reprocesamiento y Desensibilización por el Movimiento de los Ojos”) es un abordaje con base en la evidencia científica y reconocido de elección en las Guías Clínicas de varios países y la OMS para la intervención sobre el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Aplicable tanto a adultos como a niños, es eficaz, rápido y de resultados estables para una gran variedad de situaciones y trastornos clínicos, además del TEPT. Se presenta de forma breve dos casos clínicos con EMDR: una sobre una fobia a comer y a tragar saliva provocada por un atragantamiento en una niña de 7 años, y otra sobre una ansiedad fóbica a ir al colegio en un niño de 8 años.

Palabras clave:

Atragantamiento, Estrés traumático infantil, EMDR, Trastornos fóbicos.

Gagging, Child Traumatic Stress, EMDR, Phobic Disorders.

NOTAS CLÍNICAS

1. Introducción:

EMDR es una novedosa técnica psicoterapéutica demostrada científicamente como altamente eficaz, rápida, potente, estable. Está recomendada por las Guías de Práctica Clínica oficiales de países como EE.UU. Irlanda, Israel o Inglaterra, así como por la OMS, como intervención de primera opción basada en la evidencia para el tratamiento de los TEPT en sus militares (por acciones de guerra), en víctimas de terrorismo, violencia, abuso sexual, tráfico de personas, catástrofes, etc. tanto en población adulta como infantil.

Actualmente se ha generalizado su aplicación a otras dificultades “menores” de la vida de las personas, con igual eficacia. Hasta hace poco era muy poco conocida incluso en círculos profesionales, pero la difusión contrastada de sus resultados ha despertado un extraordinario interés entre los profesionales y la población cliente.

2. Descripción de los casos clínicos y de la intervención EMDR:

Estas notas serán sobre un caso de una niña que desarrolla fobia a tragar comida y/o saliva a consecuencia de un atragantamiento mientras comía pulpo; el otro caso corresponde al de un niño que comienza a desarrollar una ansiedad evitativa cada vez que tenía que ir al colegio por las mañanas, a raíz del trato recibido por un profesor.

Ambos casos comparten la característica de que los niños no presentaban datos significativos que reseñar en su historia clínica, y que sus respectivas madres eran profesionales sanitarias así como que sus padres eran empresarios.

2.1. Caso clínico 1:

Una niña de 7 años se había atragantado comiendo pulpo en casa de su abuela estando su padre también presente. El padre tuvo que realizar la maniobra de Heimlich para liberarla de aquel trozo de pulpo que a punto estuvo de matarla, según la percepción de la niña y del propio padre. La niña le pregunta a su padre si él pensaba que había estado a punto de morir, y el padre rompe a llorar.

La niña deja de comer y prácticamente no traga saliva según manifestaciones de la madre. A pesar de llevarla a una terapia psicológica de tipo narrativo donde mejora algo mantiene su negativa a comer y tragar saliva. Al cabo de casi dos meses desde el atragantamiento, la madre, profesional sanitaria, solicita consulta con el autor de estas notas clínicas por encontrar además a su hija triste, apagada, desmotivada, y preocupándole la pérdida de peso.

Acordamos intervenir solo con EMDR sobre la situación de atragantamiento. El tratamiento se desarrolla en tres sesiones:

Primera sesión: A la primera sesión acuden el padre, la madre y la niña. Se realiza la anamnesis, se introduce a los padres y a la niña en el procedimiento EMDR para niños, y se establece el adecuado rapport con la niña. Se invierte una hora y cuarto en todo ello.

Segunda sesión: A raíz de aquel primer encuentro le es planteado al padre tener una sesión solo con él para explorar algunos indicios aparecidos.

En esta sesión individual mantenida a los cinco días aparece un padre muy preocupado por su hija, que se ocupa de ella en todos los planos. Empresario muy estresado, narra que él tuvo que presenciar una escena de atragantamiento en su propia madre tiempo atrás, similar al de su hija, y que él mismo de niño se había atragantado con jamón serrano. Durante esta sesión se trabaja sobre las reacciones emocionales ligadas al atragantamiento de su hija (culpa, pánico, tristeza), sobre su sobrecarga socio-laboral percibida, y se refuerza la autopercepción de eficacia resaltando el papel vital que tuvo su acertada actuación con su hija.

Tras esta sesión, por correo electrónico se les encarga a los padres realizar un cuento con la historia del evento traumatizante según los protocolos EMDR. La madre informa posteriormente que había invitado a su hija a participar en la elaboración del cuento, y que al hacerlo la niña vomitó y tuvo diarreas.

Tercera y última sesión: La tercera y última sesión, a los diez días de la primera, fue con la madre y con la hija. Mientras la madre leía el cuento que se había repasado con ella por correo electrónico se trabajaba la estimulación bilateral visual sobre la niña empleando un muñequito que había traído ella. La diana elegida fue el momento de atragantamiento. Esta parte de la sesión de reprocesamiento, desensibilización e instalación con la niña duró veinte minutos, finalizando con un grado de perturbación cero tanto en SUDS como corporal; la sesión completa, cuarenta y cinco minutos.

Al día siguiente de esta tercera sesión la madre envía un correo electrónico por la mañana donde dice “quería contártelo porque me parece milagroso, y sé que te gustará saberlo: al salir de tu consulta mi hija me dijo *`mamá, no te tienes que preocuparte más por la comida, he visto que el truco está en masticarlo todo mucho. Tengo hambre, vamos a una pizzería...`*”

Dos años después de esa intervención la niña sigue comiendo con normalidad, incluso pulpo y jamón serrano, y se muestra feliz, juega y participa en el resto de actividades como siempre.

2.2. Caso clínico 2:

Un niño de 8 años venía presentando un rendimiento escolar muy bueno hasta que una profesora se mofó en clase de un trabajo que había preparado con ilusión y mucho esfuerzo. A partir de ese momento comenzó a desarrollar sintomatología psicósomática cada mañana antes de ir al colegio (dolores de cabeza, ganas de vomitar y de ir al baño, dolores de barriga), manifestando verbalmente en algunas ocasiones sus deseos de no ir al colegio.

Previamente había muerto una compañera de colegio en el propio centro escolar, supuestamente de un infarto; y su tía, con la que mantenía un buen apego, también había muerto recientemente mientras él estaba de viaje por vacaciones.

El tratamiento se desarrolla en cuatro sesiones:

Primera sesión: se invierte en hacer la historia clínica. Las siguientes sesiones se desarrollan con una frecuencia semanal.

Segunda sesión: se hace diana sobre la muerte de la niña amiga. Los quince primeros minutos se dedican a preparar las sesiones de estimulación bilateral, dedicando luego 30 minutos al trabajo solo con el niño de desensibilización y reprocesamiento mediante el protocolo EMDR empleando estimulación bilateral visual, y cerrando con un grado de perturbación cero, tanto en SUDS como corporal, y una Validez de la Creencia 7.

Tercera sesión: se hace diana sobre la muerte de la tía. Los primeros diez minutos se revisa la semana con los padres y el niño. Los siguientes diez minutos, ya solo con el niño, se revisa el procesamiento de la semana anterior. A partir de ahí se emplean 30 minutos para la desensibilización y reprocesamiento de la diana de esta sesión, cerrando con un grado de perturbación cero, tanto SUDS como corporal, y una Validez de la Creencia 7.

Cuarta sesión: se hace diana sobre el maltrato recibido por la profesora. El formato de esta sesión fue similar al de la tercera. La sesión se cierra en 20 minutos con un grado de perturbación cero, tanto SUDS como corporal, y una Validez de la Creencia 7.

Los padres refieren al finalizar el tratamiento que el niño ha dejado de quejarse a la hora de ir al Colegio, y que ha recuperado el buen rendimiento académico previo, mostrándose feliz y alegre. Tres meses después en otra entrevista refieren que se mantienen los resultados.

3. Conclusión:

EMDR es un abordaje poderoso, eficaz, rápido y duradero, tanto para la terapia con adultos como con niños. Suele ser muy rápido cuando se trabaja sobre un evento traumático concreto y bien identificable, pero no solo. Con niños viene siendo mucho más rápido, seguramente porque su red neuronal de aprendizaje y de procesamiento de la información no es todavía tan compleja como la de los adultos.

En tiempos de crisis es aún más una gran ventaja para los pacientes contar con procedimientos psicoterapéuticos de estas características.

4. BIBLIOGRAFÍA:

Ad de Jongh. Ph. D. (2006) *Aplicación de emdr en el tratamiento de fobias*. Estambul.

www.emdr-es.org/articulos/FOBIAS-ESTAMBUL-2006.pdf

De Jongh A, Ten Broeke E, Renssen MR (1999) *Treatment of specific phobias with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): protocol, empirical status, and conceptual issues*. J Anxiety Disord. Jan-Apr;13(1-2):69-85.

Lopez, JA. *EMDR: ¿Por qué no lo están aplicando todos los profesionales?*,

Psiquiatria.com [material electrónico] feb-2012: Disponible en:

<http://hdl.handle.net/10401/5401>

Muris P, Merckelbach H (1999) *Traumatic memories, eye movements, phobia, and panic: a critical note on the proliferation of EMDR*. J Anxiety Disord. Jan-Apr;13(1-2):209-23.

Robbie Adl (2009) *Evidence of the Efficacy of EMDR With Children and Adolescents in Individual Psychotherapy: A Review of the Research Published in Peer-Reviewed Journals*. Journal of EMDR Practice and Research, Vol. 3, Number 4