

APLICACIÓN DE EMDR EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA TRAUMÁTICA: REPLICACIÓN CON DOS ESTUDIOS DE CASO

APPLICATION OF EMDR IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH TRAUMATIC SYMPTOMS: REPLICATION WITH TWO CASE STUDIES

Idoia Zorrilla Larrainzar

Miguel A. Santed Germán

José M. Reales Avilés

Universidad Nacional de Educación a Distancia. UNED. Madrid-España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Zorrilla Larrainzar, I., Santed Germán, M. A. y Reales Avilés, J. M. (2015). Aplicación de EMDR en el Tratamiento de Pacientes con Sintomatología Traumática: Replicación con dos Estudios de Caso. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 161-178.

Resumen

En este trabajo se informa de dos diseños de caso único con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) para estudiar la eficacia de la técnica EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) en su modalidad auditiva en la recuperación de recuerdos, mediante las diferencias en su número, y si concurre una reducción de los síntomas disociativos y traumáticos después de aplicada ésta. Se utilizan dos diseños de series temporales de reversión A-B-A-A. El procedimiento de investigación se ha basado en el análisis de medidas repetidas así como en los patrones de cambio (nivel, ausencia o presencia de tendencia y tipo de tendencia). El análisis visual y estadístico de los resultados muestra que se produjo un aumento en la recuperación de recuerdos traumáticos, junto con una reducción de la sintomatología disociativa y traumática.

Palabras clave: TEPT, EMDR, recuerdos, diseño de caso único.

Abstract

In this paper we perform two single-case designs diagnosed with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) to study the effectiveness of EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) auditory modality in the recovering of memories, by the differences in its number, and whether that condition is a reduction of traumatic and dissociative symptoms after application treatment. We used two time series designs A-B-A-A reversal. The investigation procedure was based on repeated measures analysis and exchange patterns (level, presence or absence of trend and type of trend). The visual and statistical analysis of the results shows that there was an increase in the recovery of traumatic memories, along with a reduction in dissociative and traumatic symptomatology.

Keywords: PTSD, EMDR, memories, single-case design.

Fecha de recepción: 15/6/2015 Fecha de aceptación: 26/6/2015

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: idzola@cop.es

Dirección postal: C/Alfonso el Batallador nº2-Oficina 7. C. P. 31007 Pamplona Navarra.

© 2015 Revista de Psicoterapia



Las personas que han estado expuestas a un suceso traumático pueden desarrollar Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2002). Los síntomas desarrollados pueden ser agrupados en tres categorías: reexperimentación persistente de la experiencia traumática en forma de recuerdos (imágenes, pensamientos o percepciones); evitación de los estímulos asociados al trauma (incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma) junto con embotamiento y falta de capacidad general de respuesta y por último, síntomas persistentes de hiperactivación. Actualmente se enfatiza la respuesta de la persona frente al acontecimiento traumático más que a la gravedad de éste como en anteriores clasificaciones (DSM-III; APA, 1980). En el actual DSM-5 (APA, 2013), se divide el criterio C en: evitación de recuerdos dolorosos, pensamientos o sentimientos relacionados con el evento y recordatorios externos (personas, actividades y situaciones). Se detalla además para el criterio D, alteraciones negativas en las cogniciones y estado de ánimo asociados con el suceso traumático, evidenciado en la incapacidad para recordar un aspecto traumático del suceso (amnesia disociativa).

Se especifica en esta última edición, un subtipo de TEPT con destacados síntomas disociativos (despersonalización/desrealización). El individuo satisface los criterios diagnósticos para el TEPT y, además, experimenta síntomas persistentes o recurrentes de: *despersonalización*, como experiencias de sentirse separado de, y como si uno es un observador, fuera de los propios procesos mentales o del cuerpo (por ejemplo, la sensación como si uno está en un sueño, sensación de irrealidad del yo o el cuerpo, o que el tiempo se mueve lentamente); *desrealización*, como experiencias de irrealidad en su entorno (por ejemplo, el mundo alrededor de la persona se experimenta como irreal, distante, de ensueño, o distorsionado). (Para una consulta detallada ir a: <http://www.dsm5.org>).

Entre la sintomatología del TEPT encontramos una falta de asimilación e integración de las experiencias que ha generado el suceso traumático, lo que provoca que éstas sean revividas continuamente (Van der Kolk y Fisler, 1995). Los síntomas disociativos son un elemento característico de la respuesta psicopatológica del trauma a largo plazo y son los fenómenos disociativos los predictores más importantes de la sintomatología postraumática crónica (Engelhard, Van den Hout, Kindt, Arntz y Schouten, 2003). La disociación durante el trauma explicaría la reexperimentación involuntaria del acontecimiento traumático (Van der Kolk y Fisler, 1995). Estos recuerdos parecen fragmentados y desorganizados en pacientes con TEPT. La investigación ha demostrado que una disminución en la fragmentación de los recuerdos se ve reflejada en una disminución de los síntomas postraumáticos (Foa, Keane y Friedman, 2000).

La técnica EMDR ha sido descrita como un método psicoterapéutico que acelera el procesamiento de la información y facilita la integración de los recuerdos traumáticos (Shapiro, 2002, 2007; Van der Kolk et al., 1996). Reconocida como “*eficaz*” en el tratamiento del Estrés Postraumático (Bisson y Andrew, 2007;

Bradley, Greene, Russ, Dutra, y Westen, 2005; Foa, Keane, Friedman y Cohen, 2009; Hertlein y Ricci, 2004; Maxfield y Hyer, 2002). Según el modelo teórico propuesto (Solomon y Shapiro, 2008), el Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI), los síntomas presentes son el resultado de experiencias previas no procesadas y almacenadas de forma disfuncional. El EMDR implicaría la trasmutación de tales experiencias, a través de la activación del sistema intrínseco de procesamiento de la información del cerebro, en resoluciones adaptativas. El modelo PAI postula la existencia de un sistema de procesamiento de la información que asimila las nuevas experiencias en las redes de memoria ya existentes. La literatura respecto del uso del EMDR en el procesamiento de recuerdos traumáticos en pacientes con disociación (Chemtob, Tolin, Van der Kolk y Pitman, 2000) señala que los efectos beneficiosos del EMDR en este tipo de pacientes requiere una planificación por fases del tratamiento como parte del protocolo EMDR. De esta manera, el protocolo estándar EMDR (8 fases) ha de ser modificado en su uso con pacientes con disociación de acuerdo a los principios del tratamiento con trauma fraccionado (Knipe, 2008; Lazrove y Fine, 1996). En este trabajo se ha llevado a cabo un protocolo modificado de EMDR para pacientes con disociación (Lazrove y Fine, 1996).

En el presente artículo se realiza una replicación de un trabajo anterior (en prensa), para contrastar en dos sujetos diferentes y con un seguimiento más amplio (tres años), los resultados obtenidos en el primero. Una de las características de los diseños $N=1$ es la medición continuada en el tiempo, de forma que los efectos de la manipulación de las variables estudiadas se replican dentro del propio sujeto, siendo éste su propio control experimental. Una forma de incrementar la validez externa en este tipo de diseños, ya que su generalización es escasa, es realizar repeticiones en otros sujetos.

Analizaremos si la técnica EMDR, en su modalidad auditiva, aumenta la recuperación de recuerdos traumáticos y ordinarios (no traumáticos), realizando un acercamiento fraccionado a los recuerdos que sirvan de dianas en sesiones separadas, de manera que éstos lleguen a estar menos cargados emocionalmente y así permitir que la evitación a los estímulos traumáticos existente en estos individuos con TEPT quede reducida o desaparezca. Esta reducción en la evitación permitiría recuperar otras características del recuerdo traumático que ayudarán a la integración completa de esas vivencias, reflejándose en una disminución de los síntomas disociativos.

Método

Participantes

Se han empleado dos diseños $N=1$. A continuación se describen las características demográficas y socioeconómicas de los sujetos y sus patologías (DSM-IV-TR, APA, 2002):

- Sujeto 1: mujer de 42 años, con estudios de grado medio, funcionaria, casada y madre de dos hijos, con un nivel socio económico medio. Presenta las siguientes patologías: Trastorno Depresivo mayor (F33.4) crónico moderado sin síntomas psicóticos, en remisión parcial; Trastorno por Estrés Postraumático (F43.1) (309.81) crónico, demorado; Abuso Físico (T 74.1) (V61.21) y Negligencia en la Infancia (T 74.0) (V61.21) en el Eje I, junto con un Trastorno de la Personalidad no Especificado (F60.9) (301.9) en el Eje II.

- Sujeto 2: mujer de 43 años, con estudios de grado superior, funcionaria, casada y madre de dos hijos, con un nivel socioeconómico medio. Diagnosticada al inicio del tratamiento de: Trastorno Dismórfico Corporal (F45.2) (300.7); Trastorno por Estrés Postraumático (F43.1) (309.81) crónico, demorado; Abuso Físico (T 74.1) (V61.21) y Negligencia en la Infancia (T 74.0) (V61.21) en el Eje I y un Trastorno de la Personalidad no especificado (F60.9) (301.9) en el Eje II [Tr. de la Personalidad Compulsiva Rígida, nivel paranoide (DSM-III-TR, APA, 1987)].

Variables

Las variables dependientes (VD's) utilizadas en este trabajo fueron el número de recuerdos ordinarios, esto es, cualquier recuerdo de su vida, y los recuerdos traumáticos operativizados mediante auto-registros que las pacientes completaban fuera de las sesiones clínicas. Se ha definido "recuerdo" como una unidad de memoria compuesta de situación y acciones encadenadas, junto con las emociones y sensaciones asociadas a esa unidad. Además, se midieron los síntomas disociativos y traumáticos, a través de distintos instrumentos aplicados antes de la intervención y después de ésta, así como en el seguimiento realizado tres años después. Dichos instrumentos se describen posteriormente. La variable independiente (VI) utilizada, es la presencia o ausencia de protocolo de intervención EMDR (modalidad auditiva).

Instrumentos

Para estudiar el nivel de recuerdo de las participantes se han utilizado auto-registros que permiten evaluar, por una parte, el número de recuerdos y, por otra, si se trata de recuerdos ordinarios (no traumáticos) ó traumáticos. El número de años registrados ha sido en cada caso, la edad de cada sujeto, desde su año de nacimiento hasta su edad actual, reflejándose la edad que tenían cada año y un apartado en blanco que completaron con recuerdos tanto ordinarios como traumáticos.

Para medir el nivel de disociación se ha utilizado la escala DES (*Escala de Experiencias Disociativas*) (Bernstein y Putnam, 1986, versión española de Icarán, Colom, y Orego, 1996) al tratarse de una de las escalas más utilizadas en investigación disociativa con excelentes propiedades psicométricas (Bernstein y Putnam, 1986; Bleich, Kotler, Kutz y Shalev, 2002; Waller, Putman y Carlson, 1996). En este trabajo también se ha utilizado una versión abreviada del DES, el DES-Taxon (DES-T), a partir de las puntuaciones alcanzadas en ocho preguntas del

DES que permiten clasificar a los individuos que puntúan alto en ellas como una categoría que presentan disociación patológica. Las puntuaciones en el DES-*T* y en el DES fueron comparadas en once muestras clínicas y no clínicas. Los autores (Waller, Putman y Carlson, 1996), concluyen que el DES-*T* es una medida sensible de la disociación patológica y psicométricamente consistente para la evaluación de los fenómenos disociativos patológicos (Spitzer, Frevberger, Brähler, Beutel y Stieglitz, 2015).

Se ha utilizado la Entrevista Clínica Estructurada para los Desórdenes Disociativos Revisada (SCID-D-R), (Steinberg, 1995) que permite diagnosticar los cinco trastornos disociativos del DSM-IV-TR (APA, 2002). El SCID-D-R posee excelentes propiedades psicométricas (Steinberg, 2000).

Para examinar el nivel de síntomas traumáticos se ha utilizado la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-TEPT), (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasúa, 1997, 1998). Se trata de una entrevista estructurada utilizada para evaluar la gravedad e intensidad de los síntomas de este cuadro clínico según los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1995) en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. Dispone de 17 ítems que se contestan en un formato de escala tipo *Likert* de cero a tres según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Las propiedades psicométricas de la escala son asimismo muy satisfactorias (Echeburúa et al., 1997).

Diseño y Procedimiento

Para este trabajo empleamos un diseño experimental de caso único ($N=1$) replicado en dos sujetos diferentes. Se trata de dos diseños de series temporales de reversión A-B-A-A. El procedimiento se ha basado en el análisis de medidas repetidas y en los patrones de cambio (nivel, presencia o ausencia de tendencia y tipo de tendencia). Este diseño ha sido elegido como instrumento de investigación dentro del proceso terapéutico de cada sujeto para examinar y realizar inferencias sobre las relaciones de causalidad entre las variables dependientes (nº de recuerdos ordinarios y traumáticos, nivel de disociación y trauma) y la intervención con EMDR.

Se recogieron varias medidas de las VD's: número de recuerdos ordinarios (no traumáticos) y traumáticos, tanto antes de la intervención, para establecer la línea base, como al finalizar cada intervención (EMDR) y en el seguimiento a tres años.

Las dos pacientes de cada diseño $N=1$ completaron un listado de recuerdos por cada año de su biografía, cada día durante diez días, para establecer la línea base (LB) de sus recuerdos en referencia a los sucesos traumáticos antes de iniciar el tratamiento. El objetivo del auto-registro de recuerdos fue determinar qué recordaba el paciente y cómo lo recordaba. Aunque estadísticamente no podamos comparar los recuerdos ordinarios con los recuerdos traumáticos por tratarse de un diseño $N=1$, clínicamente el número de recuerdos ordinarios nos ayuda a establecer una referencia cuantitativa. De tal forma podemos observar, si a medida que avanza el

tratamiento se produce una emergencia gradual de los contenidos traumáticos como propone Shapiro (2002). Además, como medida pre-tratamiento, completaron el DES para medir su nivel disociativo, el SCID-D-R para determinar la medida de sus manifestaciones disociativas y la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT, para establecer el nivel de gravedad del trauma.

Según el protocolo utilizado (para una descripción detallada véase Lazrove y Fine, 1996), la fase de *estabilización* y reducción de síntomas antecede al inicio de la *identificación y desensibilización* del material traumático. A continuación, se estructura la terapia enfocada en el trauma a aspectos específicos únicos, como dianas o “*targets*” en sesiones separadas, sin pretender, como es habitual en el protocolo estándar de EMDR, identificar y desensibilizar cualquier asociación que se produzca con el evento traumático; se consigue de esta manera, que los recuerdos lleguen a estar menos cargados emocionalmente y así, permitir que la evitación fóbica que los pacientes presentan a cualquier estímulo (interno o externo) relacionado con el trauma quede reducida o desaparezca. Antes de iniciar el tratamiento mediante la técnica EMDR se les entrenó en técnicas de “*enraizamiento*” (lugar seguro interno) (Kluft, 1989; Linehan, 1993). En dicha técnica, se le pide al sujeto que cierre los ojos y visualice un lugar seguro, real o imaginario, en el presente o en el pasado. Con esa imagen, se le pide que abra los ojos y siga los dedos del terapeuta. Se realiza un set de movimientos oculares de entre 30 y 60 segundos, para instalar ese lugar como seguro. A continuación, se le pide que perciba la información que está recibiendo, qué siente. Si el paciente contesta que se siente tranquilo y seguro, se indica que ése es, su “*lugar seguro*” y que puede volver a él cuando lo necesite dentro de la sesión. Una vez establecidas, se recuerdan dichas técnicas antes del inicio de cada sesión.

Las pacientes acudían una vez a la semana a consulta durante tres meses consecutivos. Se aplicaba el protocolo EMDR modificado para pacientes disociativos. La duración de las sesiones oscilaba entre 60 y 90 minutos. Al finalizar cada intervención se les entregaba un auto-registro a completar en casa y lo entregaban al inicio de la sesión siguiente. Una vez finalizada la intervención, se volvieron a pasar los mismos instrumentos que utilizaron en el pre-test para medir el nivel disociativo y traumático (DES, SCID-D-R y EGS- TEPT) y, con una periodicidad semanal, se realizó el seguimiento, en el cual las sujetos completaban la lista de recuerdos que entregaban semanalmente, durante tres semanas consecutivas. Trascurridos tres años de la intervención, se volvieron a tomar medidas en todos los instrumentos disociativos y traumáticos utilizados, junto con siete mediciones más del número de recuerdos.

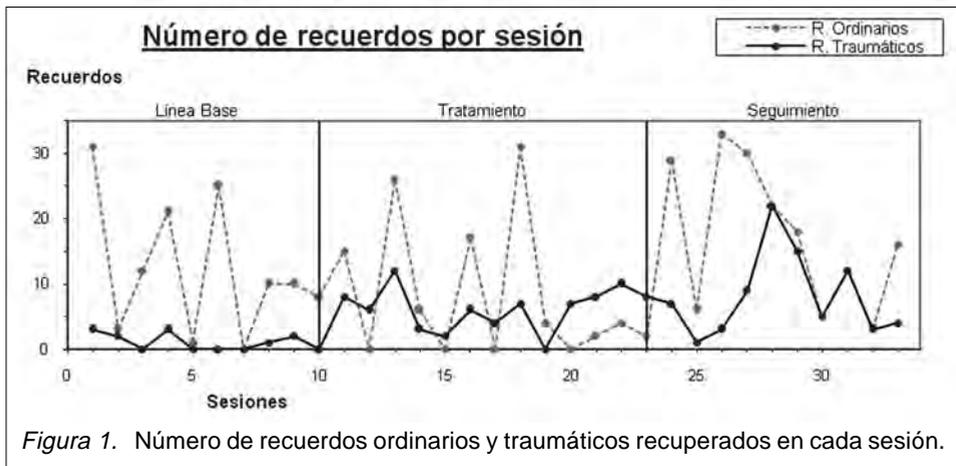
Resultados

Caso 1:

Hemos realizado el análisis visual de resultados junto con el análisis estadístico. Se detallan a continuación.

Análisis Visual de los Resultados

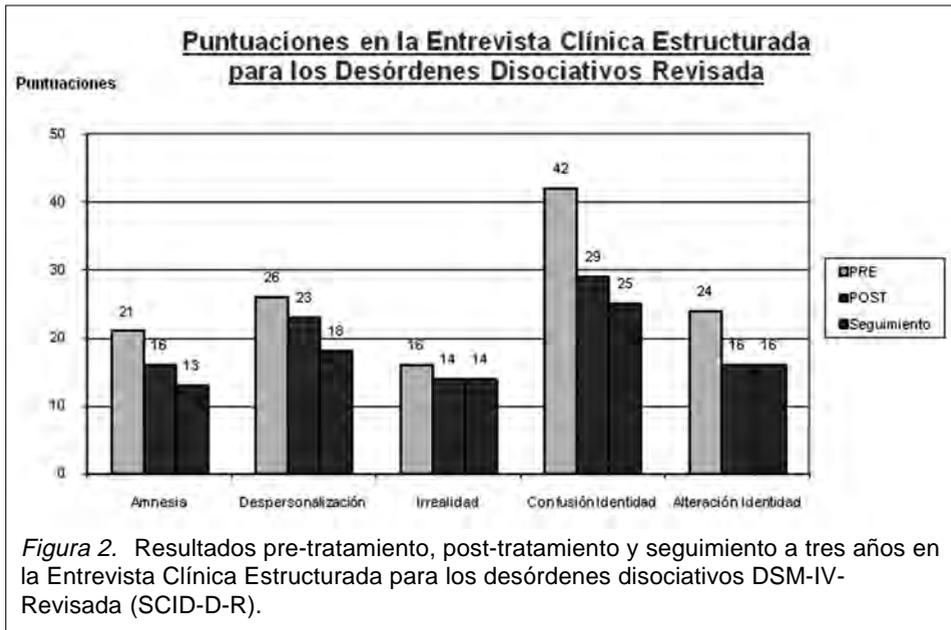
Se representan gráficamente (véase la Figura 1) los resultados obtenidos por la primera sujeto experimental (Caso 1, $N=1$) en referencia al número de recuerdos nuevos recuperados en cada sesión.



En todas las mediciones observadas se encuentra una recuperación de recuerdos ordinarios (línea discontinua) abrupta, en el sentido de que no es paulatina y gradual, sino que presenta importantes desigualdades entre medición y medición en todas las fases. Respecto de la recuperación de los recuerdos traumáticos (línea continua), observamos que éstos son menos desiguales en todas las fases observadas. Durante las diez primeras mediciones (LB) los recuerdos traumáticos apenas se recordaban; al pasar a la fase de intervención con la técnica EMDR (a partir de la sesión nº 11), los recuerdos traumáticos se ven progresivamente incrementados y en el seguimiento, parecen incluso aumentar.

En la Figura 2 se representan, las puntuaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y las obtenidas en el seguimiento a tres años desde la intervención en la Entrevista Clínica Estructurada para los Desórdenes Disociativos del DSM-IV Revisada (SCID-D-R).

Queda reflejada una importante reducción de todos los síntomas disociativos que mide el test. Los resultados en la Escala de Experiencias Disociativas (DES) mostraron un descenso en la subescala “ensimismamiento y fuga a la fantasía” (desde 30 en el pre test hasta 14.44 en el post test y, continúa descendiendo hasta



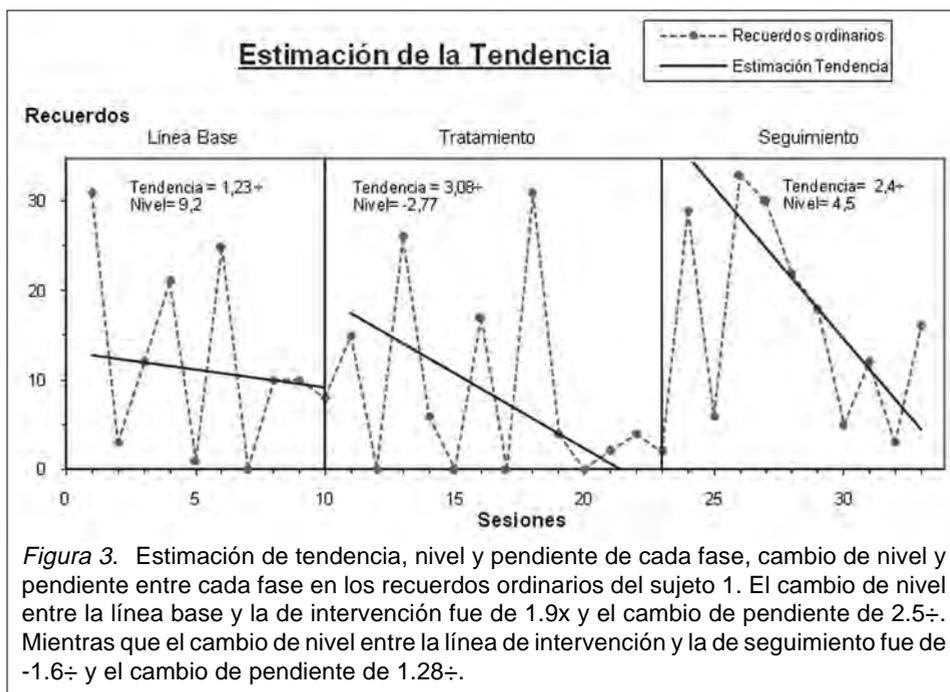
12.22 en el seguimiento). Mientras que en las restantes subescalas (disociación amnésica y despersonalización-desrealización) existe una reducción que, aunque menos importante que la mencionada, continúa durante la fase de seguimiento a tres años, hasta puntuar cero en ambas.

En cuanto a los síntomas postraumáticos estudiados a través de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-TEPT), encontramos resultados semejantes a los anteriores. Nuevamente se detecta un descenso generalizado en todas las subescalas del test. Dicha reducción es más significativa en las subescalas “manifestaciones somáticas” (pre test =18; post test = 14; seguimiento=7) y “evitación” (pre test =16; post test =9; seguimiento=6). Resultando la puntuación global de la escala en: pre test=34; post test= 21; seguimiento= 15.

Hemos obtenido una estimación de la tendencia (*split middle*) que refleja visualmente la “tasa de cambio” ó “línea de aceleración” predecible en la variable número de recuerdos ordinarios (véase la Figura 3).

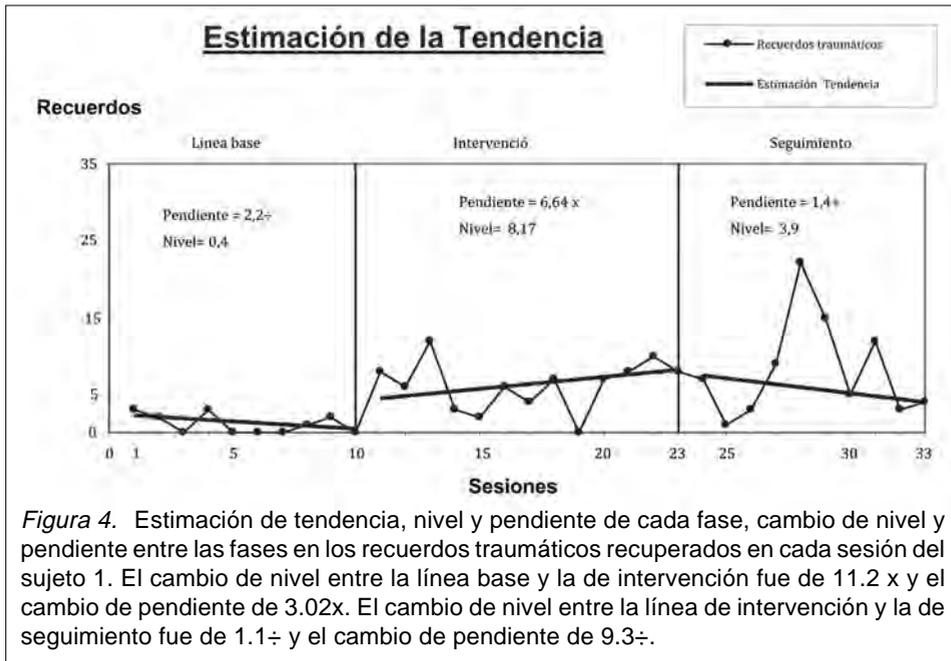
Se ha dibujado la línea que deja por debajo y por encima de sí el 50% de las observaciones (Arнау Gras, 1984; Barlow y Hersen, 1988; White, 1974). Nuestros resultados mostraron que el nivel de la fase de línea base fue de $n_{10} = 9.2$, el de intervención $n_{23} = -2.77$ y el nivel de seguimiento $n_{33} = 4.5$.

Se ha realizado el cálculo numérico del nivel y la pendiente de los datos de cada fase, así como el *cambio de nivel* y el *cambio de pendiente* entre las fases base e intervención, y entre intervención y seguimiento para realizar una inferencia acerca de la efectividad de la intervención sobre el número de recuerdos comparando todas las fases. La estimación del “cambio de nivel” entre la fase base y la intervención,



arroja una razón de (1.9 x) y expresa en qué medida es más alta la intersección de las diferentes líneas de aceleración. Se ha realizado la misma comparación entre las fases de intervención y seguimiento obteniendo una razón de (-12.67 x).

De igual manera, para analizar el “cambio de pendiente” entre dos fases, se divide la pendiente más grande por la más pequeña, a no ser que las pendientes presenten direcciones opuestas, en cuyo caso se multiplican. El cambio de pendiente entre la línea base y la fase de intervención fue (3.08: 1.23= 2.5 ÷). El cambio de nivel y de pendiente recoge y sintetiza el cambio de nivel entre las fases. En referencia al “cambio de pendiente” entre las fases de intervención y seguimiento el cálculo realizado consistió en dividir la pendiente de mayor magnitud (3.08), entre la de menor magnitud (2.4). Debido a que en este caso, las pendientes entre ambas fases presentaban direcciones opuestas, se han multiplicado sus valores, obteniendo una razón de (1.28÷). Como se puede apreciar en la Figura 3 la pendiente en la fase de línea base es ligeramente decreciente lo que conlleva el predecir una disminución progresiva en la recuperación de recuerdos ordinarios si continuamos realizando observaciones y todo se mantiene igual. Esta tendencia se incrementa al realizar la intervención, ya que en esta fase la pendiente de la línea mantiene una tendencia negativa. Respecto del seguimiento, la tendencia es decreciente, aunque el aumento en la recuperación de recuerdos ordinarios después de la intervención con EMDR continúa inclusive tres años después.



La recuperación de recuerdos traumáticos (Figura 4), presenta una tendencia negativa y un nivel muy bajo.

Durante las mediciones de línea base los recuerdos traumáticos apenas aparecen. Sin embargo, en la fase de intervención, esa tendencia empieza a aumentar de forma creciente junto con el nivel, y en el seguimiento la tendencia se vuelve decreciente pero continuando con un nivel casi cuatro veces mayor que en la fase línea base. Así, al analizar el cambio entre las distintas fases, nos encontramos un importante incremento entre línea base e intervención (3.02), y un aumento de nivel aún más llamativo (11.2). Esto nos indica un importante incremento en la tendencia a recuperar recuerdos traumáticos después de la intervención, y continúa con una tendencia más leve en el seguimiento, aunque todavía exista una recuperación substancial después de tres años.

Análisis Estadísticos

Como complemento a los análisis visuales de los datos en el diseño $N=1$, presentamos también el ANOVA de los resultados obtenidos. En la Tabla 1, se muestran los estadísticos descriptivos para cada tipo de recuerdo en función de la fase.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos para los recuerdos ordinarios y traumáticos en función de la fase de estudio para el sujeto 1

Recuerdos	Base	Tratamiento	Seguimiento
Ordinarios	12.1(10.43)	8.23 (10.59)	22.67(14.57)
Traumáticos	1.1(1.28)	6.23(3.29)	3.67(3.05)

Nota: valores muestrales de la media y la desviación típica (entre paréntesis)

Siguiendo nuestra división entre recuerdos ordinarios y traumáticos hemos categorizado cada fase del diseño como una muestra distinta de datos, de tal modo que nos permita realizar un análisis de varianza (ANOVA) considerando cada fase (base, tratamiento y seguimiento) como un nivel de un factor (Fase) de medidas repetidas. Los resultados para la variable dependiente “número de recuerdos normales” mostraron que el factor Fase fue significativo [$F(6, 13) = 4.59$, $MCE = 7.31$, $p < .05$]. El análisis de las comparaciones *a posteriori* mostró que la fase de tratamiento difirió significativamente de las fases de línea base y de seguimiento ($p < .001$), mientras que estas últimas, no difirieron entre sí ($p > .05$).

A continuación, realizamos el mismo análisis aplicado a las puntuaciones del recuerdo traumático. Los resultados mostraron que el factor Fase fue significativo [$F(2, 10) = 7.49$, $MCE = 1.02$, $p < .05$]. El análisis de las comparaciones *a posteriori* mostró que las fases de tratamiento y de evaluación no difirieron significativamente entre sí, pero la fase de línea base difirió significativamente con respecto a la fase de tratamiento ($p = .049$) y con respecto a la fase de evaluación ($p = .048$).

Caso 2:

Análisis Visual de los Resultados

A continuación se representan gráficamente (véase la Figura 5) los resultados obtenidos por la segunda sujeto experimental (Caso 2, $N=1$) respecto al número de recuerdos nuevos recuperados en cada sesión.

En la medición de línea base la recuperación de recuerdos ordinarios parece decrecer hasta la mitad de las sesiones de intervención con EMDR, a partir de ahí se inicia de forma abrupta, una importante recuperación de recuerdos que parece mantenerse durante el resto de mediciones de la intervención e incluso, durante prácticamente todas las mediciones del seguimiento tres años después. Respecto a la recuperación de los recuerdos traumáticos (línea continua), observamos una pauta más paulatina y constante, incrementándose éstos de forma visualmente clara a partir del inicio de la intervención, para continuar hasta el seguimiento, aunque parece que ese incremento tiende a debilitarse en las últimas mediciones.

En la Figura 6 se representan las puntuaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento a tres años respectivamente, obtenidas en la Entrevista Clínica Estructurada para los Desórdenes Disociativos del DSM-IV Revisada

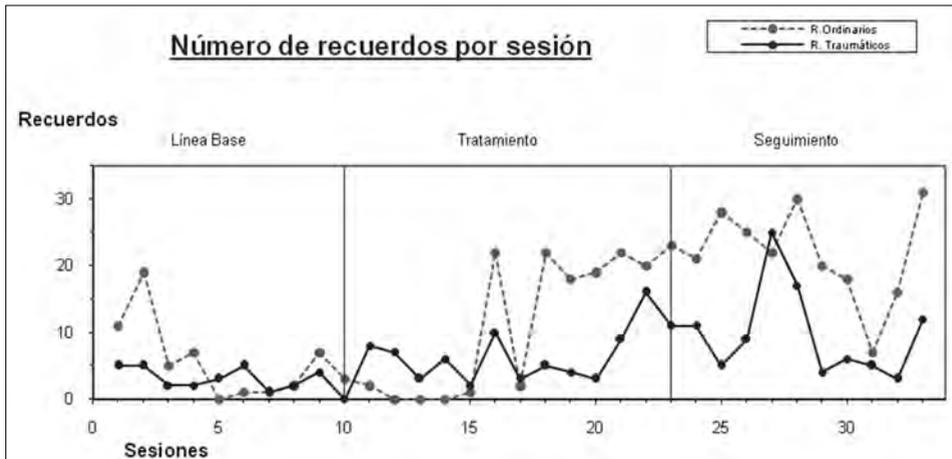


Figura 5. Número de recuerdos ordinarios y traumáticos recuperados en cada sesión por la sujeto 2.

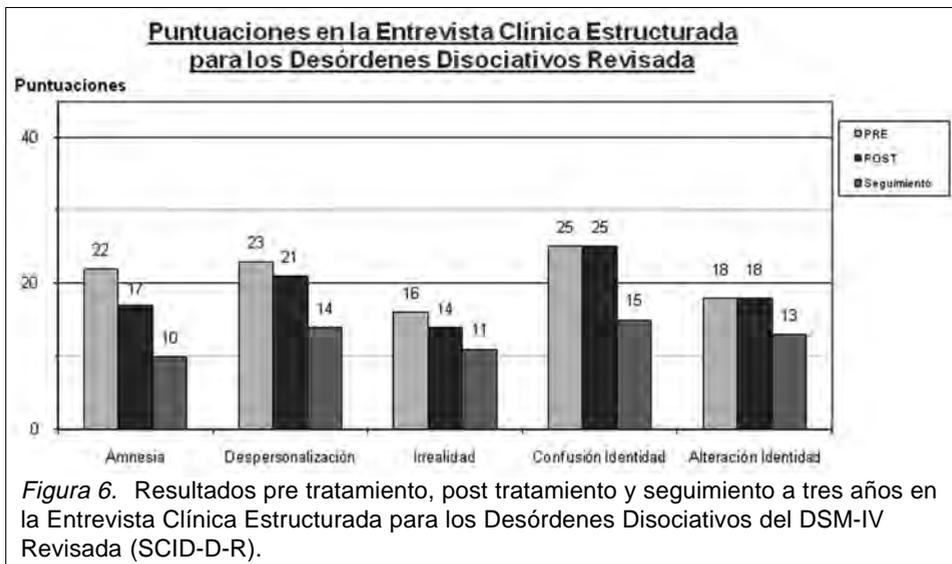


Figura 6. Resultados pre tratamiento, post tratamiento y seguimiento a tres años en la Entrevista Clínica Estructurada para los Desórdenes Disociativos del DSM-IV Revisada (SCID-D-R).

(SCID-D-R) por la segunda sujeto.

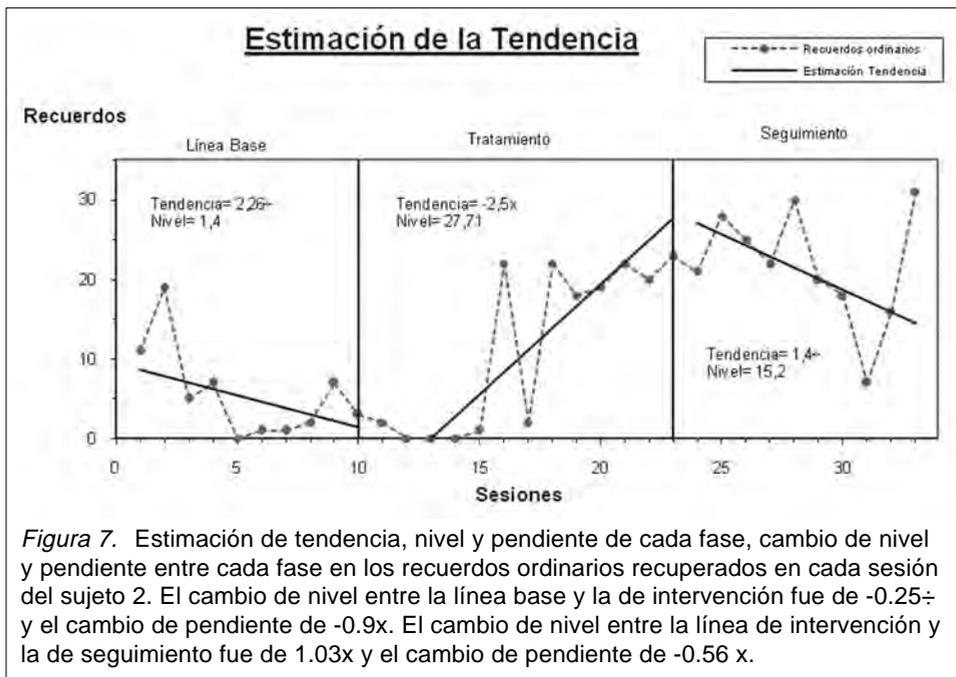
Al comparar las puntuaciones pre y post tratamiento encontramos una reducción en “amnesia”, “despersonalización” e “irrealidad”, mientras las subescalas “confusión de la identidad” y “alteración de la identidad” permanecen estables. Es en el seguimiento, donde aparece una importante reducción en todas las subescalas que componen la entrevista.

Los resultados en la Escala de Experiencias Disociativas (DES) mostraron un importante descenso en la subescala “ensimismamiento y fuga a la fantasía” (pre test = 25.56; post test= 2.22; seguimiento= 2.2). Mientras la subescala “disociación

amnésica” refleja también un importante descenso (pre test = 6.25; a post test= 0; y seguimiento= 0).

En cuanto a los síntomas postraumáticos estudiados a través de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-TEPT), encontramos una importante reducción en el post-test respecto al pre-test en todas las subescalas, así como en la puntuación total. Esta reducción generalizada continúa incluso tres años después de la intervención. Nuevamente, se detecta un descenso en todas las subescalas del test; excepto en “manifestaciones somáticas” dónde contrariamente a lo esperado, se incrementa ligeramente pasando de 0 en el pre y post test a 1 en el seguimiento. Detallado en subescalas: “reexperimentación” (pre test = 7, post test= 5, seguimiento= 2); “evitación” (pre test = 9, post test= 5, seguimiento= 1); “aumento de activación” (pre test = 6, post test= 4, seguimiento= 3). Debido a este descenso en casi todas las subescalas, excepto en “manifestaciones somáticas”, la puntuación total del test se ve reducida desde 22 en el pre test a 14 en el post test y a 6 en la fase de seguimiento.

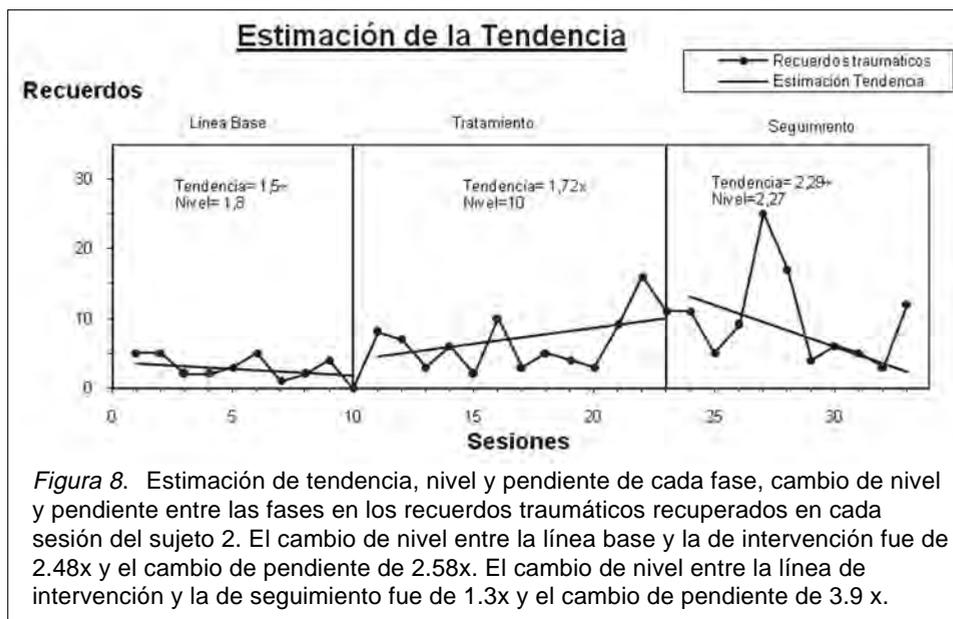
De forma similar al caso anterior, hemos obtenido una estimación de la tendencia (*split middle*) que refleja visualmente la “tasa de cambio” ó “línea de aceleración” predecible para la recuperación de recuerdos en el Caso 2.



Como se puede apreciar en la Figura 7, la pendiente en la fase de línea base es decreciente ($2.26\div$), lo que conlleva el predecir una disminución progresiva en la recuperación de recuerdos ordinarios. Esta tendencia cambia en intervención

(-2.5x), obteniendo una tendencia positiva. En el seguimiento, podemos encontrar una tendencia decreciente (1.4÷), aunque más baja que en la fase línea base. Nos encontramos una tendencia diferente respecto a los recuerdos traumáticos siendo la pendiente negativa en las fases línea base (1.5÷) y seguimiento, siendo en ésta última más acusada (2.29÷).

Sin embargo, durante la intervención con EMDR, la pendiente es positiva (1.72x), es en esta fase, donde nos encontramos el nivel más alto (10) de todas las fases. (Figura 8).



Análisis Estadísticos

Como complemento a los análisis visuales de los datos en el diseño $N=1$, presentamos también el ANOVA de los resultados obtenidos en el Caso 2. En la Tabla 2, se muestran los estadísticos descriptivos para cada tipo de recuerdo en función de la fase.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos para los recuerdos ordinarios y traumáticos en función de la fase de estudio para el sujeto 2

Recuerdos	Base	Tratamiento	Seguimiento
Ordinarios	5.6(5.8)	11.61 (10.49)	21.8(7.2)
Traumáticos	2.9(1.79)	6.69(4.05)	9.7(6.9)

Nota: valores muestrales de la media y la desviación típica (entre paréntesis)

Los resultados del ANOVA para la variable dependiente “número de

recuerdos normales” mostraron que el factor Fase fue significativo [$F(1, 11) = 9.62, MCE = 1.02, p < .05$]. El análisis de las comparaciones *a posteriori*, mostró que las fases de tratamiento y seguimiento, difirieron significativamente de la fase línea base ($p = .001$). A continuación, realizamos el mismo análisis a las puntuaciones del recuerdo traumático. Los resultados mostraron que el factor Fase fue significativo [$F(5, 11) = 5.31, MCE = 1.02, p < .01$]. El análisis de las comparaciones *a posteriori* mostró que las fases de tratamiento y de evaluación no difirieron significativamente entre sí, pero la fase de línea base difirió significativamente con respecto a la fase de tratamiento ($p = .049$) y con respecto a la fase de evaluación ($p = .048$).

Discusión

Los resultados en los dos casos estudiados, apoyan nuestra hipótesis de que tras la intervención con EMDR, la medida de los recuerdos traumáticos es mayor en el post-test y el seguimiento que en el pre-test. Tenemos que rechazar sin embargo, nuestra hipótesis de que la recuperación de recuerdos ordinarios sea mayor después de aplicada la intervención con EMDR, ya que, en el segundo caso estudiado, se cumple dicha condición pero no en el primero, donde, aunque parece que existe mayor recuperación, los análisis de tendencia apuntan una disminución de éstos si continuamos realizando observaciones.

Aceptamos en ambos casos la hipótesis de que el nivel de los síntomas disociativos y traumáticos (puntuación total y subescalas), son menores en el post-test y en el seguimiento que en el pre-test.

Según nuestros resultados, la aplicación de la intervención (EMDR) parece facilitar la recuperación de los recuerdos traumáticos en los sujetos estudiados en este trabajo. Junto con una importante reducción del nivel disociativo y traumático en los instrumentos utilizados, por lo tanto rechazamos nuestras hipótesis nulas. Los resultados respecto a la recuperación de los recuerdos ordinarios o neutros, no parecen ser tan consistentes, ya que se cumple nuestra hipótesis únicamente en el Sujeto 2. Respecto al Caso 1, su recuperación durante el tratamiento es menor aunque se incrementan en la fase de seguimiento y la tendencia de respuesta es negativa si continuamos realizando observaciones. Como desconocemos qué puede estar influyendo en ese aumento de la recuperación memorística pasados tres años desde la intervención, aceptamos nuestra hipótesis nula respecto a la recuperación de recuerdos neutros. Y planteamos dichos resultados para futuras líneas de investigación.

Como pauta general, los pacientes recuperaban más recuerdos ordinarios, sin contenido traumático, en la fase de línea base por lo que se podría considerar la existencia de cierta evitación a recuerdos más dañinos. Esta pauta cambia en la fase de intervención en las dos pacientes, donde se produce una mayor emergencia de recuerdos traumáticos que en la fase anterior. En un caso, como se ha señalado más

arriba, esta emergencia es paulatina a lo largo de toda la fase de intervención, y en el otro es más abrupta. Durante las sesiones de seguimiento se observa una pauta de incremento en ambos tipos de recuerdos, esto es, se ven incrementados tanto los recuerdos ordinarios como los traumáticos en las dos sujetos estudiadas. Esta pauta se mantiene desde la intervención en comparación al periodo de línea base, aunque parece descender a medida que realizamos mediciones.

Podemos afirmar que la intervención realizada produce un efecto “de incremento” en la recuperación de recuerdos traumáticos, objetivo de nuestra otra hipótesis de trabajo.

Respecto al diseño utilizado, los análisis de investigaciones de caso único (*single case research* ó *SCR*), son necesarios para apoyar las intervenciones basadas en la evidencia con un “tamaño del efecto” ó índice de mejora del paciente y, están recibiendo una importante atención en los últimos años (Jenson, Clark, Kircher, y Kristjansson, 2007; Kazdin, 2008; Odom, 2009).

Las conclusiones de este proyecto nos permiten apuntar nuevas líneas de investigación y tratamiento a seguir, en este tipo de sintomatología. Habría que establecer qué tipo de estimulación de las existentes en EMDR (visual, auditiva y kinestésica) sería más eficaz para el tratamiento de patologías específicas.

Por otro lado, el nuestro, ha sido un acercamiento cualitativo y sería conveniente estudiar de forma cualitativa la calidad, viveza e intensidad de los recuerdos.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1980). *The diagnostic and statistical manual of mental disorder*, (3ª.ed.). DSM-III. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *The diagnostic and statistical manual of mental disorder*, (3ª.ed.rev). DSM-III-TR. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (4ª. ed.).DSM-IV. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (4ª. ed.rev). DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorder*, (5ª.ed.). DSM5. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Arnau Gras, J. (1984). *Diseños experimentales de psicología y educación*. Vol.2. México: Trillas.
- Barlow, D.H. y Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig.1984)
- Bernstein, E.M. y Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-734.
- Bisson, J. y Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*,1. Advanced online publication. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>
- Bleich, A., Kotler, M., Kutz, I. y Shalev, A. (2002). A position paper of the (Israeli) National Council for Mental Health: *Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community*. Jerusalem, Israel.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. y Westen. D. (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry* 162(2), 214-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>

- Chemtob, C. M., Tolin, D. F., Van der Kolk, B. A. y Pitman, R. K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing. En E. B. Foa, T. M. Keane y M.J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, pp. (139-155), (333-335). New York: Guilford Press.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(96): 527-555.
- Engelhard, I. M., Van den Hout, M. A., Kindt, M., Arntz, A. y Schouten, E. (2003). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress after pregnancy loss: A prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 41, 67-78.
- Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. y Cohen, J.A. (2009). *Effective treatments for PTSD, second edition: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Hertlein, K.M y Ricci, R.J. (2004). A systematic research synthesis of EMDR studies: implementation of the platinum standard. *Trauma, Violence y Abuse* 5(3):285-300. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1524838004264340>
- Icarán, E., Colom, R. y Orenge-García, F. (1996). Estudio de validación de la escala de experiencias disociativas con muestra de población española. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24, 7-10.
- Jenson, W. R., Clark, E., Kircher, J. C. y Kristjansson, S. D. (2007). Statistical reform: Evidence-based practice, meta-analyses, and single subject designs. *Psychology in the Schools*, 44, 483-49.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 149-159.
- Kluft, R. P. (1989). Playing for time: temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis* 32, 90-97.
- Knipe, J. (2008). *Protocolo estándar EMDR para resolver recuerdos traumáticos*. Caja de herramientas EMDR. Congreso anual EMDREA. Londres.
- Lazrove, S. y Fine, C. G. (1996). The use of EMDR in patients with dissociative identity disorder. *Dissociation*, 9, 289-299.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Maxfield, L. y Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology* 58(1): 23-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.1127>
- Odom, S. L. (2009). The tie that binds: Evidence-based practice, implementation science, and outcomes for children. *Topics in Early Childhood Special Education*, 29, 53-61.
- Shapiro, F. (2002). *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, D.C: American Psychological Association Press.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, Adaptive Information Processing, and Case Conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 68-87. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.1.2.68>
- Solomon, R.W. y Shapiro, F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model: Potential mechanisms of Change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315-325.
- Spitzer, C., Freyberger, H., Brähler, E., Beutel, M.E. y Stieglitz, R. (2015). Psychometric evaluation of the Dissociative Experiences Scale-Taxon (DES-T). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 65(3-4): 134-139. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1395690>
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (2000). Advances in the clinical assessment of dissociation: The SCID-D-R. *Bulletin of Menninger Clinic* 64 (2), 146-163.
- Van der Kolk, B.A. y Fislser, R.E. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525.
- Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mendel, F.S., McFarlane, A. y Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 83-93.

- Waller, N.G., Putman, F.W. y Carlson, E.B. (1996). Types of dissociation and dissociation types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods* 1(3), 300-321.
- White, O.R. (1974). *The split-middle: A quickie method of trend estimation*. Experimental Education Unit, Child Development and Mental Retardation Centre. Seattle: University of Washington.