

El duelo, la familia, el trauma y el EMDR: Análisis de un caso clínico

Milagros Molero-Zafra.

Psicóloga, Psicoterapeuta, Terapeuta de Familia, Clínico EMDR.

Milagros.Molero@uv.es

Gabinete Síntest Psicólogos. C) Callosa d'en sarrià nº 2A pta 4, 46007-Valencia.

Marián Pérez-Marín.

Dra. Psicología, Psicoterapeuta, Terapeuta de Familia, Clínico EMDR, Profesora universitaria.

Marian.Perez@uv.es

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Avda Blasco Ibañez nº 21, 46010-Valencia.

Resumen:

El objetivo de este artículo es mostrar como el acercamiento terapéutico del EMDR puede integrarse en la terapia familiar y la narrativa, favoreciendo y potenciando su poder para restablecer el proceso de duelo en un curso normal. Para ello, presentamos el análisis de un caso de duelo complicado, tratado con un protocolo de EMDR e incluido en un proceso terapéutico de terapia familiar y narrativa.

Palabras Clave:

Duelo, trauma, familia, terapia narrativa, EMDR.

Introducción

En terapia familiar trabajamos con familias que sufren por sucesos vitales más o menos estresantes y, en algunos casos, vividos como perturbadores que pueden suponer para la persona o la familia un trauma mayor o bien ser un trauma relativamente menor pero que también genera sufrimiento en el sistema familiar.

La enfermedad, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida. El efecto de una pérdida se hace sentir en todo el sistema familiar: todos los miembros de la familia se ven afectados. Algunas familias sufren un deterioro en su calidad de vida, mientras otras familias tienen capacidad de adaptación y superan la crisis.

La pérdida de un ser querido es un evento de gran impacto emocional que afectando a todo el sistema familiar, puede ser muy diferente en el modo en que cada uno de sus miembros perciba, interprete, afronte y se adapte a la nueva situación tras la pérdida y las demandas por ella creadas. El fallecimiento de la persona querida enfrenta a la familia con un proceso emocional de duelo que afecta tanto a la estructura familiar como a sus miembros a nivel individual.

Los recursos familiares e individuales para este proceso de transición psicosocial, así como otras variables relacionadas con las condiciones en las que se ha dado la muerte, el rol del fallecido y la relación afectiva que se tenía con él, van a determinar que el proceso de duelo sea o no adaptativo.

Es frecuente que una pérdida no elaborada de forma adecuada de paso a problemas emocionales e incluso trastornos psicopatológicos al cabo de meses o incluso años; sin embargo, un duelo adecuadamente elaborado mejora las capacidades futuras para enfrentarse a las situaciones de pérdida, frustración o sufrimiento. La expresión tanto a nivel social como familiar y personal de emociones acompañando a los sentimientos de pérdida, y la importancia de realizar rituales que ayuden a elaborar el proceso de adaptación a la pérdida, pueden evitar el desarrollo de duelos patológicos y facilitar el proceso de duelo.

Bowlby (1983) define el proceso de duelo como el proceso psicológico que se pone en marcha debido a la pérdida de una persona amada, y que se muestra como una activación de la conducta de apego. En su modelo este autor identifica tres grupos de variables esenciales en el duelo patológico: (1) Características personales de la persona que sufrió la pérdida, (2) Experiencias infantiles de la persona que sufrió la pérdida y (3) Procesamiento cognitivo de la pérdida ("Elaboración del duelo"). Con respecto a las características personales, Bowlby destaca que hay tres grupos de personas vulnerables a desarrollar duelos patológicos: Aquellas que establecen relaciones afectivas cargadas de ansiedad y

pdfMachine - is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Get yours now!

"Thank you very much! I can use Acrobat Distiller or the Acrobat PDFWriter but I consider your product a lot easier to use and much preferable to Adobe's" A.Sarras - USA

ambivalencia (apego ansioso); aquellas que establecen sus relaciones afectivas a través de cuidar compulsivamente a otros; y aquellas que afirman de modo compulsivo, su autosuficiencia e independencia respecto a los vínculos afectivos. Estos tres grupos de personas, ante la pérdida del ser querido, reaccionan con culpa y autocríticas por el suceso, reacción prolongada que produciría el duelo patológico.

Otro elemento fundamental a tener presente en el proceso de duelo es el que introduce Parkes (1972) que describe el duelo como un proceso de transición psicosocial que lleva a la persona a revisar y modificar su mundo interno de presunciones y expectativas. Desde este punto de vista, en los acontecimientos vitales tanto esperados (relacionados con el ciclo vital) como inesperados (relacionados con cambios vitales bruscos), hay un componente de pérdida y ganancia. Así, los sucesos más peligrosos para las personas son aquellos que son duraderos en sus efectos, que requieren que las personas revisen profundamente sus creencias y formas de captar el mundo y, finalmente, aquellos que sobrevienen sin tiempo para la preparación. El duelo será más largo y doloroso cuantas más y más importantes reglas se deban modificar. Es por ello que una buena elaboración de los periodos que provocan las pérdidas a lo largo de la vida puede ser vivida como un proceso de crecimiento personal enriquecedor.

Desde el modelo constructivista del trauma (Sewell et al., 1996) se considera que las personas otorgamos significado a los acontecimientos y situaciones en función de nuestras experiencias previas, generando nuevos constructos a medida que se van viviendo nuevas experiencias, de manera que se vincula la nueva situación con las vividas previamente. La experiencia traumática como una pérdida significativa, puede bloquear este proceso y provocar que la situación traumática quede aislada y sin procesar en el entramado de información adaptativa. La narrativa organiza los acontecimientos y experiencias de la vida en forma de una historia coherente y proporciona coherencia mediante su entramado, de modo que cuando la persona experimenta el dolor, siente como si su historia personal se interrumpiera, viviendo el suceso traumático y la vida después del mismo como fragmentada y desorganizada (Neimeyer y Stewart, 1996; Neimeyer et al., 1997). Esta ruptura traumática de la coherencia temporal de la narrativa personal, provoca cambios significativos en la visión acerca de uno mismo y del mundo, que con frecuencia tienen consecuencias negativas en la validación de estos (Worden, 1997).

Una forma de ver esta experiencia de ruptura o bloqueo la explica Ramón Bayes (2007) aludiendo a San Agustín que señalaba que “son tres los tiempos: un presente de las cosas pasadas, un presente de las cosas presentes y un presente de las cosas futuras... El presente de las

cosas idas es la memoria. El de las cosas presentes es la percepción o la visión. Y el presente de las cosas futuras, la espera". En la vivencia de la pérdida de un ser querido todo es pasado, no importa el presente y nada se espera, de manera que la persona vive en el pasado, presentando preocupación obsesiva sobre el fallecido que a menudo incluyen estrategias para recuperar a la persona perdida, que suele tomar la forma de pensamientos intrusivos o imágenes del fallecido sufriendo o muriendo".

Teniendo en cuenta todos estos aspectos del proceso de duelo, el EMDR puede ser utilizado dentro de un marco comprensivo para el tratamiento de este proceso. Procesan los obstáculos que complican la expresión de la aflicción y el proceso de duelo, favoreciendo la recuperación de una narrativa funcional en la experiencia de la pérdida, el EMDR facilita la emergencia de recuerdos positivos del fallecido frente a los negativos, favoreciendo la formación de una representación interna adaptativa de la pérdida (Solomon y Rando, 2007).

La premisa fundamental del modelo de procesamiento adaptativo de información (PAI) en la que se basa la terapéutica de EMDR sería: la perturbación que la persona sufre en la actualidad es el resultado de un almacenamiento disfuncional de la información (Shapiro, 2001). El procesamiento implica el forjar nuevas asociaciones con información adaptativa proveniente de otras redes de memoria disponibles para vincularse en la red de memoria restaurando la información disfuncional almacenada. Desde este modelo, el duelo complicado se desarrolla cuando los componentes individuales son tan dolorosos, que se desarrolla una alta sensibilidad cada vez que se reactiva un fragmento del recuerdo y no se logra la integración. Los fragmentos activados pueden competir por la atención en la mente, haciendo que esta vaya de atrás para adelante entre dos o más aspectos de la muerte. Esta falta de foco impide el procesamiento de los fragmentos individuales, como cuando el procesamiento de la pérdida en si misma se desvía por el recuerdo de los detalles de cómo la persona murió.

El procesamiento de los detalles de la muerte, en cambio, puede ser desviado por pensamientos sobre como va a ser la vida sin esa persona (Lazrove, 1996).

El trauma produce un cambio en nuestro sentido del yo, en nuestro sentido del significado del mundo, de su seguridad, de su racionalidad. Una de las grandes fortalezas del EMDR es que específicamente reconoce la necesidad de la reestructuración cognitiva y sirve como vehículo para reformular las cogniciones negativas en cogniciones positivas. El proceso de duelo se ve facilitado al resolver temas relacionados con la responsabilidad, la seguridad presente y el control.

Es importante destacar que el EMDR no acorta el proceso de duelo, que va a seguir su curso normal, sino que ayuda a la persona a superar los obstáculos y facilita su evolución y la resolución eficaz del mismo.

El EMDR es un método que puede utilizarse integrado en el proceso de una terapia familiar, en la que el individuo o los individuos que han sufrido directamente el evento estresante pueden resolver los síntomas que están provocando un estrés y sufrimiento adicional al suceso para toda la familia (Shapiro et al., 2007).

El objetivo de este artículo es mostrar como el acercamiento terapéutico del EMDR puede integrarse en la terapia familiar y la narrativa, favoreciendo y potenciando su poder para restablecer el proceso de duelo en un curso normal. Para ello, presentamos el análisis de un caso de duelo complicado, tratado con un protocolo de EMDR e incluido en un proceso terapéutico de terapia familiar y narrativa.

Intervención en el proceso de duelo: La terapia familiar narrativa y el EMDR

Rando (1993) hace una diferenciación entre los terminos *grief* y *mourning*. El primero hace referencia al proceso por el que se experimentan las reacciones consecuentes a la propia percepción de la pérdida, mientras que el segundo incluye además un afrontamiento de la pérdida a través de la reorientación del si mismo para adaptarse al mundo sin el fallecido. Es desde esta segunda concepción desde donde se plantean los objetivos de nuestra intervención:

- Desarrollar vínculos que conecten a la persona con el fallecido en una nueva forma de relación actual dada su ausencia. Aquí se pone el foco sobre el ser querido que se ha perdido.
- Adaptación personal a la perdida. Aquí el foco está sobre el doliente, implicando la revisión de la visión del mundo y la propia identidad que ha sido impactada por la vivencia de la pérdida.
- Aprender a vivir de forma adaptativa en el nuevo mundo sin el fallecido. El foco se pone en el mundo exterior y en como el doliente existe en él.

Nuestro protocolo de trabajo con EMDR y terapia familiar narrativa integra los objetivos terapeutico del proceso de duelo -conseguir las seis "R"- propuestos por Rando (1993):

1. Reconocer la perdida: tomando conciencia de la muerte y alcanzando su comprensión.
2. Reaccionar a la separación: experimentando el dolor; sentir, identificar, aceptar y encontrar formas de expresión para las reacciones psicológicas ante la pérdida.
3. Recordar y reexperimentar al difunto y la relación que se tenía con él: revisando y recordando a la persona de forma realista y no con idealización; reviviendo y reexperimentando los sentimientos.

4. Renunciar a los viejos vínculos con el fallecido y a la anterior visión del mundo.
5. Reajustarse al nuevo mundo de forma adaptativa sin olvidar el anterior: revisar la visión del mundo; desarrollar una nueva relación con el ausente; adoptar nuevas formas de estar en el mundo; formar una nueva identidad.
6. Reinvertir la energía en el presente y mirar hacia el futuro.

Para la consecución de estos objetivos terapéuticos, utilizamos en el marco de la terapia familiar las técnicas narrativas, la externalización, la elaboración de rituales familiares y el EMDR, que puede ser utilizado de forma grupal con varios miembros de la familia o de forma individual en alguno de los miembros que presente síntomas de duelo complicado.

El protocolo básico de EMDR consiste en 8 fases (Shapiro, 2001): 1) **Historia** del paciente, evaluación y selección de los temas a procesar; 2) **Preparación** del paciente, mediante psicoeducación y aplicación de técnicas terapéuticas estabilizadoras e instalación de recursos; 3) **Medición**: preparar la estructura para el procesamiento, selección de la imagen que representa la peor parte del recuerdo; identificación de la cognición negativa asociada a la imagen; selección de la cognición positiva que se desea instalar; validez de la cognición positiva (escala para medir la creencia VOC: 1 totalmente falso – 7 totalmente verdadero); identificar emociones actuales asociadas al evento y medición de su intensidad en una escala de perturbación (SUD) de 0, neutro, a 10, máxima perturbación; localización de las sensaciones corporales asociadas a la perturbación experimentada; 4) **Desensibilización** mediante la visualización de la imagen y la creencia negativa y tandas de estimulación bilateral hasta que el SUD baja a cero; 5) **Instalación** de la cognición positiva hasta llegar a VOC 7; 6) **Examen Corporal**: reprocesamiento con estimulación bilateral de cualquier manifestación somática residual del recuerdo; 7) **Cierre**: se verifica el estado del paciente y se recoge el resultado del procesamiento, identificando si se ha completado el mismo o se necesita volver a reprocesar en una sesión siguiente; 8) **Reevaluación**: al principio de la siguiente sesión se vuelve al evento tratado en la anterior para evaluar si quedan restos de perturbación o el sud permanece en cero y el voc en 7. Los pasos 3 al 8 se llevan a cabo con cada uno de los eventos a trabajar con reprocesamiento.

Esta estructura básica se adapta a los objetivos en el tratamiento del duelo propuestos por Rando (1993) y presentes en nuestro protocolo combinado de terapia familiar narrativa y EMDR:

1) Procesar los recuerdos pasados que se relacionan con las circunstancias dolorosas actuales: aquí se incluyen elementos como el momento de la muerte, hospitalizaciones, recuerdos del funeral, o

recuerdos dolorosos que implican al fallecido; también pueden haber recuerdos almacenados de forma disfuncional que subyacen a las respuestas actuales hacia la pérdida (pérdidas anteriores no resueltas, traumas o elementos relacionados con el apego y relaciones ambivalentes con el ausente). 2) Procesar los precipitantes presentes que continúan estimulando el dolor y el afrontamiento no adaptativo: situaciones actuales donde se presentan o intensifican los síntomas o momentos particularmente dolorosos para la persona; 3) Desarrollar esquemas cognitivos de futuro: esto implica la facilitación del afrontamiento adaptativo en el presente y la anticipación de futuras situaciones que la persona vive como estresantes.

Presentación del Caso

Maria es una mujer de 33 años, soltera y que combina su trabajo habitual en una empresa de servicios con la finalización de sus estudios de enfermería. Acude a terapia con su hermana mayor que está casada y tiene dos niñas de 9 y 12 años. Maria vive con su madre de 57 años que está divorciada desde hace 20 años. El divorcio se produjo cuando las niñas eran adolescentes y la madre tiene una relación muy ambivalente con su ex marido que se casó de nuevo poco tiempo después de la ruptura con una mujer más joven. Durante los primeros años tras el divorcio, las hijas no tuvieron una buena relación con su padre, pero ya de adultas hicieron el esfuerzo de normalizar una relación con el y perdonar el abandono familiar que sintieron. Hace un año el padre presentó unos síntomas renales y fue ingresado en el hospital para una intervención quirúrgica. En el proceso de recuperación postoperatoria se presentaron complicaciones y estuvo en la UCI unos pocos días falleciendo de forma no esperada por la familia y sin que los médicos pudieran dar una causa clara para la muerte.

La paciente presenta estado de ánimo depresivo, con intensas ganas de llorar cada vez que recuerda a su padre fallecido, evitando también los sitios que le recuerdan a él y las cosas que le gustaban. Desde hace un mes aqueja dolor de pecho y taquicardias frecuentes. También presenta problemas para dormir, con frecuentes pesadillas y despertares frecuentes a lo largo de la noche. Lleva muy mal el viajar (cosa que antes disfrutaba mucho) y ha pasado de ser una persona optimista y positiva a ser negativa y de carácter irascible. La hermana refiere que en casa no pueden mencionar al padre delante de ella porque llora desconsoladamente y evita ir a su casa porque ella tiene fotos del difunto a la vista y esto le perturba mucho.

La paciente presenta un duelo complicado que ha ido evolucionando de modo disfuncional con el paso del tiempo y que a partir de un hecho actual se ha intensificado la sintomatología ansiosa, expresado como un

pdfMachine - is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!
Get yours now!

"Thank you very much! I can use Acrobat Distiller or the Acrobat PDFWriter but I consider your product a lot easier to use and much preferable to Adobe's" A.Sarras - USA

estado de estrés postraumático con evitación de estímulos internos y externos que puedan recordar la pérdida. Presenta un esquema cognitivo propio del duelo patológico, ligado a la relevancia de la persona perdida y errores cognitivos (maximización de recuerdos negativos y minimización de recuerdos positivos; visión catastrofista sobre lo mal que se pasa al recordar al difunto, y culpa por haberse conducido o haber dejado de realizar ciertas tareas hacia el difunto; e incluso culpa por haber experimentado en vida ciertos sentimientos negativos hacia el difunto, como enfado y rechazo).

Los factores que influyeron en el desarrollo del duelo patológico son las circunstancias poco claras alrededor de la muerte, la relación ambivalente de la paciente con el difunto por el recuerdo del abandono en la separación y una situación actual sin resolver en relación con el testamento en el que el difunto deja a las dos hijas el piso en el que vivieron hasta el divorcio, pero que la actual esposa del difunto esta reclamando mediante un proceso judicial.

Durante el primer año tras el fallecimiento, Maria no presentó las reacciones normales de un proceso de duelo, evitando totalmente el pensar en su padre y hablar de él y no teniendo reacciones emocionales ante la pérdida una vez realizado el funeral. Pero un disparador actual ha provocado la aparición de los síntomas hace 3 meses, es el hecho de que Maria esta cursando estudios de enfermería y el comienzo de las prácticas le ha puesto en contacto con una parte de la historia de la enfermedad de su padre y de su fallecimiento. Al manejar mas información clínica, ha vuelto a contactar con el hecho de que el fallecimiento de su padre no tuvo una causa clara y una explicación satisfactoria para la familia por parte del equipo medico que le asistió. Ella tiene toda la documentación guardada porque en su momento la familia pensó en reclamar el esclarecimiento de las causas de la muerte, pero es algo que nunca llegaron a hacer, habiéndose quedado como un asunto pendiente.

Protocolo de tratamiento

Las primeras sesiones se dedicaron a la evaluación y planificación terapéutica, decidiendo focalizar el tratamiento a nivel individual para posteriormente trabajar a nivel familiar con la hermana y las sobrinas.

El tratamiento se inicia con una tarea basada en las técnicas narrativas (White y Epston, 1993) para tomar contacto con las emociones bloqueadas relacionadas con la pérdida (carta continua a su padre fallecido y arquetipo de padre ideal). Esta tarea realizada por la paciente entre sesiones le ha ayudado a aliviar emociones y a tomar contacto con la realidad de la pérdida y a tomar conciencia de que no la tenía asumida. Trabajamos con ventilación emocional y con el arquetipo del padre ideal para ayudarla a ver las cosas que su padre ha dejado en su

vida. Se le recomienda que siga trabajando con la carta continua esta vez tomando como hilo conductor las características del padre ideal que su padre cumplía y recuperando recuerdos que ejemplificaran las mismas. A medida que este trabajo terapéutico, que se lleva a cabo a lo largo de 5 sesiones individuales, le ayuda a ir desbloqueando el proceso de duelo, comienza a poder hablar de su padre sin llorar de forma desconsolada y a sentirse mejor. Habla mas con su madre y su hermana de cómo se siente. Se sigue trabajando con técnicas narrativas y gestálticas y se le recomienda iniciar un álbum de recuerdos y una tarea ritualizada para las fechas navideñas que se acercan.

Llegados a este punto, la paciente ya esta preparada para iniciar el trabajo con EMDR, pues es importante no comenzar a usarlo de forma precipitada sino cuando la persona este preparada para enfrentarse con el procesamiento. Las sesiones de EMDR se plantearon como sigue:

-Fase 1: Procesamiento de los recuerdos pasados que se relacionan con las circunstancias dolorosas actuales: en esta etapa el objetivo es darse cuenta que no importa realmente como la persona murió, sino que se ha ido y así progresar hacia la aceptación.

Se llevaron a cabo sesiones de reprocesamiento de las ideas irracionales de culpa y la ilusión de control entorno a las condiciones alrededor de la muerte del padre mediante EMDR. Las imágenes seleccionadas por la paciente fueron las de las primeras visitas al médico y la estancia en la UCI y el momento de la muerte en la que ella estuvo presente aunque el padre estaba sedado. La cognición negativa asociada a estas imágenes era: “soy culpable de no haber hecho algo más”, “debí haber considerado otros médicos y otro hospital”, “se fue sin saber que le quería”. La cognición positiva que la paciente quería instalar en su lugar es “le cuidé y él sabia que le quería”, pero la validez que le daba a esta creencia era muy baja (VOC: 2). La culpa y el auto reproche eran muy intensas, identificando el nivel de perturbación con un SUD de 10 que se manifestaba en sensaciones corporales como taquicardia y ahogo. Tras el reprocesamiento mediante la estimulación bilateral fueron emergiendo recuerdos en los que ella había cuidado a su padre, el detalle de haber conseguido que los médicos le dejaran llevarle la radio que el solía escuchar con auriculares en la UCI, todos los gestos que ella había tenido a lo largo de su vida en los que le transmitió el amor que sentía hacia él y el beso de despedida que le dio cuando dejo de respirar.

En esta fase se reprocesaron otros recuerdos relacionados con el divorcio y el sentimiento de enfado hacia el padre por el abandono que generaban creencias negativas del tipo “soy culpable por sentir enfado”, “hice algo malo para que se fuera”, etc.; imágenes del funeral relacionadas con la presencia de la segunda esposa, etc. que

pdfMachine - is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Get yours now!

“Thank you very much! I can use Acrobat Distiller or the Acrobat PDFWriter but I consider your product a lot easier to use and much preferable to Adobe's” A.Sarras - USA

bloqueaban el proceso de duelo con sentimientos ambivalentes. Una vez que se reprocesaron estas dianas y se comprobó la resolución adaptativa de las mismas, la paciente comenzó a entrar en temas de aceptación y se pudo pasar a la siguiente fase.

-Fase 2: Aceptación de la muerte. Se procesan los precipitantes presentes que continúan estimulando el dolor y el afrontamiento no adaptativo.

En esta fase, es frecuente el bloqueo en la aceptación de la pérdida porque la persona no quiere que se desvanezca toda la emoción. Teme que si se deshace del dolor pierda también los buenos recuerdos del difunto. Cuando hay un bloqueo o resistencia de este tipo, Lazrove (1996) sugiere incluir en el procesamiento el dialogo socrático mediante la pregunta “¿qué es lo que deseas dejar ir y qué es lo que quieres conservar?”. Esto ayuda al paciente a ganar confianza de que los buenos recuerdos no se van a perder y se pueden procesar mejor los recuerdos dolorosos.

En esta fase se seleccionaron las situaciones actuales en las que el dolor y las reacciones emocionales desbordaban a la paciente: las practicas en el hospital, cuando su familia habla del fallecido, cuando alguien habla de su propio padre en una conversación habitual, la relación actual con la segunda esposa de su padre y el tema legal sin resolver del testamento. Estas situaciones le activaban creencias negativas como “no tengo control”, “me voy a volver loca”, “nunca lo superaré”, que fueron neutralizándose con las cogniciones positivas “es normal sentirme triste”, “esto es un proceso, el dolor pasara”, “tengo un gran legado de mi padre”, “mis sobrinas han sido muy felices con él”, etc. Tras comprobar la resolución adaptativa del reprocesamiento y ver que se favoreció la aceptación y adaptación a la pérdida, se pasa a la siguiente fase.

-Fase 3: Integrar la ausencia en la visión de futuro. Se desarrollan esquemas cognitivos de futuro, facilitando el afrontamiento eficaz en el presente y la anticipación de futuras situaciones que la persona vive como estresantes.

Se comprueba en esta fase si todavía hay alguna cosa pendiente, formulado preguntas desafiantes o confrontadoras que fuercen a la paciente a volver a la experiencia de la pérdida (“si tuvieras que decir algo que todavía te perturbe de lo que pasó, ¿qué sería?”, “¿qué le dirías a tu padre hoy si te pudiera escuchar?”, etc.). El objetivo aquí es afianzar la adaptación a la pérdida y la instalación de recursos para elaborar el sentido de la misma y encontrar un nuevo lugar simbólico adaptativo para el fallecido.

En este sentido se retoman los recursos terapéuticos desarrollados en las primeras sesiones y también entre las sesiones de procesamiento: el

pdfMachine - is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Get yours now!

“Thank you very much! I can use Acrobat Distiller or the Acrobat PDFWriter but I consider your product a lot easier to use and much preferable to Adobe's” A.Sarras - USA

legado que su padre le ha dejado y que le ha expresado en la carta continua, el álbum de recuerdos, etc.

En el reprocesamiento de las dianas seleccionadas relacionadas con vivir actualmente sin el fallecido y mirar hacia el futuro, la paciente conecta con el sentido particular que le da a estas tareas. Por ejemplo, decide poner el álbum en un sitio visible de su estantería para cuando lo vea que su padre le recuerde que es importante reír y cuales son las cosas importantes de la vida.

También se utilizó el reprocesamiento para preparar estrategias de afrontamiento para los futuros encuentros relacionados con el juicio y la segunda esposa de su padre.

Tras 7 sesiones de EMDR, una vez consolidados los cambios y ver restablecido el curso natural del proceso de duelo, se llevó a cabo un ritual de despedida y de una nueva bienvenida para la figura paterna ausente.

Se dedicaron dos sesiones familiares con la hermana y las sobrinas para preparar un ritual familiar para la conmemoración del cumpleaños de su padre junto a su hermana y sus sobrinas. La paciente les propuso construir una “olla de semillas”, un recipiente donde guardar todas las semillas que su padre dejó sembradas en vida y que ahora que no está son ellas las encargadas de hacerlas crecer. Entre todas eligieron un recipiente, una caja de madera tallada, en la que guardaron un montón de papeles de colores doblados en los que habían escrito lo que el fallecido les enseñó: “abrazos de oso”, “reírse de uno mismo”, “disfrutar de la vida”, “la tarta de chocolate”, “las caras feas que hacían reír”, etc. El acuerdo al que llegaron es que en el cumpleaños del fallecido o en fechas importantes sacarían la caja y extraerían un papel cada una para llevarlo a cabo y hacerle tributo.

Tras el seguimiento se fue comprobando que el proceso seguía su curso normal y la paciente iba avanzando de forma positiva.

Conclusiones

Mediante las técnicas narrativas, el uso de rituales y símbolos para trabajar a nivel emocional y la técnica de EMDR para terminar de procesar los bloqueos emocionales, se puede lograr, como en el caso expuesto, la expresión plena de pensamientos y sentimientos relacionados con la pérdida, incluyendo remordimientos, culpa y decepciones, facilitando una resolución adaptativa del proceso de duelo.

Se ha logrado que la paciente siga avanzando en su proceso de duelo de una forma funcional a partir de los siguientes objetivos logrados, que se corresponden con las tareas del duelo que estaban bloqueadas:

- Aceptación de la realidad de la pérdida

- Trabajar las emociones del dolor por la pérdida y resolver asuntos pendientes
- Adaptarse al medio en el que el fallecido ya no está
- Recolocar emocionalmente la figura del fallecido de forma que le permita seguir viviendo de modo funcional

Con ello, los síntomas perturbadores remitieron, restableciéndose un estado emocional normal para su proceso de duelo.

El EMDR puede ser una herramienta muy útil para trabajar con el proceso de duelo. Mediante el reprocesamiento de recuerdos negativos relacionados con la pérdida y los disparadores actuales del malestar, se hace posible recuperar los recuerdos positivos y focalizar en el amor hacia la persona querida.

Por tanto, el EMDR se muestra como un facilitador para que emerja una representación interna y externa de la vivencia de la pérdida, lo que es esencial en el duelo saludable. Enriquecer el procesamiento con otras estrategias habituales en el acompañamiento y tratamiento del duelo ofrece a las personas con dificultades un buen marco de trabajo terapéutico para completar su proceso emocional con una vivencia de crecimiento interior muy valiosa.

Referencias Bibliográficas

Bayés, R. (2007). *El reloj emocional. Gestión del tiempo interior*. Barcelona: Alienta.

Bowlby, J. (1983) *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires. Paidós..

Lazrove, S. (1996, June). *Work with victim advocates: EMDR and MADD, an evolving story – From grief to mourning: an EMDR protocol for complicated bereavement*. EMDRIA Conference, Denver, CO.

Neimeyer, R.A., & Stewart, A.E. (1996). Trauma, healing, and the narrative employment of loss. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 77, 360-375.

Neimeyer, R.A., Keesee, N.J., & Fortner, B.V. (1997). Loss and meaning reconstruction: Propositions and procedures. In S. Rubin, R. Malkinson and E. Witztum (Eds.), *Traumatic and non-traumatic loss and bereavement: Clinical theory and practice*. Madison, CT: Psychosocial Press.

Parkes, C.M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: International Universities Press.

Sewell, K. (1996). Constructional risk factors for a post-traumatic stress response following a mass murder. *Journal of Constructivist Psychology*, 9, 112-134.

Sewell, K., Cromwell, R.L., Farrell-Higgins, J., Palmer, R., Ohlde, C., & Patterson, T.W. (1996). Hierarchical elaboration in the conceptual

pdfMachine - is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!
Get yours now!

"Thank you very much! I can use Acrobat Distiller or the Acrobat PDFWriter but I consider your product a lot easier to use and much preferable to Adobe's" A.Sarras - USA

structure of vietnam combat veterans. *Journal of Constructivist Psychology*, 9.

Rando, T. (1993) *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Shapiro, F., Kaslow, F. y Maxfield (2007). (Eds.) *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes*. New Jersey: John Wiley & sons.

Solomon, R y Rando, R. (2007) Utilization of EMDR in the Treatment of Grief and Mourning. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2) 109-117.

White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Gedisa

Worden, J. William (1997). *El Tratamiento del Duelo : Asesoramiento Psicologico y Terapia*. Barcelona: Paidós.

pdfMachine - is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Get yours now!

"Thank you very much! I can use Acrobat Distiller or the Acrobat PDFWriter but I consider your product a lot easier to use and much preferable to Adobe's" A.Sarras - USA