
EMDR: Principios básicos y estado actual de este novedoso método terapéutico

FUENTE: Eduardo H. Cazabat

Un poco de Historia

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, o Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares) fue desarrollado por Francine Shapiro, quien en 1987 descubrió accidentalmente que mientras estaba concentrada en pensamientos perturbadores, al realizar cierto movimiento rápido e involuntario de ojos, la perturbación asociada al pensamiento se diluyó, desapareciendo totalmente. Este fue el comienzo de un proceso de investigación, primeramente informal, y que luego llegó a involucrar grupos de veteranos de Vietnam y de mujeres violadas (Shapiro, 1989), en los que EMDR fue demostrando su eficacia.

Desde aquel descubrimiento inicial hasta el momento, más de 40.000 terapeutas han sido entrenados en todo el mundo, y ha generado la mayor cantidad de estudios controlados en su aplicación al trauma psicológico al punto que le valió el reconocimiento de la ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies) que en el conseso de expertos (Miami, 1999) calificó su sustento empírico al mismo nivel que los protocolos de la terapia cognitivo conductual.

Si bien en sus orígenes fue desarrollado y aplicado específicamente a pacientes que presentaban síntomas de índole postraumática, su espectro de aplicación no se reduce exclusivamente a tal tipo de pacientes. Se aplica actualmente con éxito a trastornos y síntomas tales como fobias, dolor, ansiedad, disociación, situaciones críticas y de desastre, etc.

Supuestos Básicos

El primer presupuesto básico del que parte EMDR, es que existe en el ser humano un mecanismo natural de curación de las secuelas de los eventos traumáticos. Dado que todos sufrimos a lo largo de la vida innumerable cantidad de situaciones potencialmente traumatogénicas, y sólo una pequeña proporción de ellos provocan alguna consecuencia, es de suponer que algún mecanismo interno, innato, no aprendido hace que esa información sea archivada de manera que no perturbe al individuo. De la misma manera que el cuerpo posee mecanismos naturales de curación, por los cuales no toda herida requiere de antibióticos o atención médica, cuando la mente se ve afectada por

una situación traumática, el individuo, perturbado por la misma, habla, piensa, lee, sueña, etc. acerca del hecho hasta que puede llegar a una resolución adaptativa, archivándolo en la memoria, sin el distrés concomitante.

Asimismo, según la experiencia recogida a lo largo de cientos de sesiones, muchas de las patologías y problemas presentados por los consultantes parecen estar directamente relacionadas con **traumas “menores”** especialmente los sufridos a temprana edad. La información de estos traumas **quedaría pues archivada en el sistema nervioso**, de una manera específica, como una memoria dependiente de estado, de manera tal que continuarían influyendo en la conducta y la personalidad del individuo.

De acuerdo con el Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información, formulado como hipótesis de trabajo por Francine Shapiro a partir de la observación de cientos de sesiones de EMDR, los recuerdos son archivados en redes neuronales interconectadas entre sí.

En el caso de los eventos traumáticos, la intensa reacción fisiológica de estrés y terror, bloquearía el procesamiento de la información recibida en el momento del trauma, la cual quedaría ahora archivada bajo la forma de sensaciones, percepciones, recuerdos, creencias e ideas perturbadoras, de la misma manera en que fueron experimentadas originalmente. El procesamiento de esta información queda bloqueado, y diversos estímulos externos e internos asociados al trauma pueden disparar las perturbaciones bajo la forma de flashbacks, reexperimentaciones, pesadillas, activación fisiológica, etc. La red neuronal en la que esta información está depositada parece estar aislada de la información adaptativa contenida en otras redes. Es así que muchos de los consultantes que sufren algún tipo de patología postraumática (desde una fobia simple a un estrés postraumático severo) saben que no “deberían sentirse así” (amedrentados por un simple gato, o reaccionar como si estuviera bajo fuego enemigo al escuchar un portazo) pero no pueden reaccionar de otra manera.

La estimulación provocada por el procedimiento del EMDR parece poner en funcionamiento un mecanismo por el cual **la información perturbadora proveniente del trauma se pone en contacto con información adaptativa** (“el gato no es un león” o “el portazo no es fuego enemigo”), produciendo de esta manera un aprendizaje, muchas veces acompañado de un cambio cognitivo.

El tratamiento en fases del EMDR

El EMDR se estructura en ocho fases, pero hablando en términos generales el tratamiento se sintetizaría en:

Estimulación Bilateral Alterna: A través de la estimulación de distintos receptores sensoriales se genera una activación alterna de los hemisferios cerebrales, poniendo en marcha sistemas y recursos que el cerebro tiene para enfrentar cada situación concreta y que han quedado bloqueados y fuera del alcance del sujeto.

Desensibilización: es la separación del hecho pasado objetivo respecto de las emociones negativas asociadas que convierten dicha vivencia en un trauma. En este procedimiento se trabaja variando la activación de la Amígdala, elicitadora de los recuerdos emocionales negativos.

Sincronización interhemisférica: la estimulación alterna genera un gran caudal de sinapsis en el cuerpo caloso, así como la activación de áreas del cortex complementarias en los dos hemisferios, favoreciendo un procesamiento integrado de ambos.

Aspecto integrador

A partir de la lectura de las fases del EMDR pueden extraerse algunas conclusiones en cuanto a similitudes y puntos de contacto con otros abordajes psicoterapéuticos.

- Abordaje conductual: EMDR comparte con estos abordajes el objetivo de desensibilizar un recuerdo o conducta rompiendo la asociación existente con la emoción negativa. Comparte, además algunos métodos, como la exposición imaginaria, y el uso de registros conductuales.
- Abordaje Cognitivo: EMDR resalta la importancia de las cogniciones asociadas a la situación trabajada, promoviendo un cambio cognitivo. Asimismo EMDR usa métodos de registro provenientes de la terapia cognitiva.
- Abordajes Cognitivo-Conductuales: desde el trabajo pionero de Joseph Wolpe (Desensibilización Sistemática o Inhibición Recíproca) hasta los protocolos más usados en el tratamiento del trauma psicológico, tales como Exposición Terapéutica Directa (Direct Therapeutic Exposure) y Técnica de Inoculación de Estrés (Stress Inoculation Technique), consisten básicamente en exposición junto con técnicas de reducción de ansiedad. Como se ha visto, EMDR promueve una exposición imaginaria, al tiempo que la estimulación bilateral alternada provoca finalmente un estado de reducción de la ansiedad.
- Abordajes psicodinámicos: durante la fase de desensibilización, el paciente frecuentemente produce una especie cadena de asociación acelerada, en la que va recorriendo eventos y emociones interconectados con el incidente blanco del reprocesamiento, de una manera que recuerda la asociación libre de los tratamientos de corte psicodinámico. Además, comparte también la idea de que situaciones tempranas no resueltas son el origen de muchos de los problemas presentados en la consulta.

- Abordajes corporales: al tomar las sensaciones corporales como memorias corporales o elementos de información no procesada, EMDR pone de relieve la vinculación entre las emociones y lo somático, siendo su importancia común con los abordajes corporales.

También es de destacar, que pese a lo estructurado del método, EMDR es un **abordaje centrado en el cliente**, dado que otorga la máxima importancia al flujo de información producido por el paciente, mientras que el terapeuta se limita a seguirlo en la aplicación

del protocolo, sin ofrecer interpretaciones ni intervenciones; los cambios cognitivos, los insights, las resignificaciones son provistas espontáneamente por el paciente mismo.

Aunque comparte los aspectos someramente detallados previamente, también es evidente que EMDR no se limita a ser una combinación de los mismos, sino que tiene elementos propios originales, que lo constituyen por derecho propio en un abordaje terapéutico en sí mismo.

Mecanismos supuestos de acción

Estudios realizados con neuroimágenes demuestran la incidencia del EMDR a nivel neurofisiológico. La experiencia llevada a cabo por Bessel van der Kolk consistió en tomar una imagen del funcionamiento cerebral por medio de PET Scan (Tomografía por emisión de positrones) previa y posteriormente a un conjunto de tres sesiones de EMDR. El resultado fue que, tal como predice la teoría, cuando en la situación previa al tratamiento se pidió al paciente que focalizara su atención en el hecho traumático sufrido, la coloración de la imagen, indicadora de la actividad cerebral mostraba una actividad más intensa en el hemisferio no dominante, lo cual es compatible con la dificultad de codificación verbal del trauma. Con posterioridad a las sesiones de EMDR, la imagen realizada con la misma consigna evidenciaba un efecto de emparejamiento de la actividad cerebral en ambos hemisferios, concomitante con una mejora en los síntomas presentados y con la posibilidad de completar la narrativa del trauma.

Varios son los mecanismos de acción postulados. En primer término, como en toda psicoterapia exitosa, existe una sólida alianza terapéutica como base para la intervención, aunque éste es un componente no específico de EMDR.

Nathan R. Denny (1995) propuso que el mecanismo subyacente es el de la elicitación del reflejo de orientación/inhibición externa, mecanismos descritos por Pavlov en 1927 como el reflejo que provoca una respuesta inmediata frente a cualquier cambio en el medioambiente.

Se supone que la estimulación bilateral alternada y la atención dual (en el blanco de la intervención y en los estímulos recibidos) estimula los hemisferios alternadamente, favoreciendo su intercomunicación, y desbloqueando la información contenida en el sistema nervioso.

También se considera posible que comparta los mismos mecanismos usados en el aprendizaje y la memoria ahora identificados con la fase REM del sueño

CASOS CLINICOS

Fobia a los exámenes.

La paciente, de 28 años de edad, estudiante de psicología, planteó su problema para rendir exámenes orales. Si bien en los escritos no presentaba ningún problema, en los

orales, aun cuando iba muy bien preparada, llegaba un punto en que comenzaba a tener síntomas de orden fisiológico, tales como taquicardia sudoración, vacilación en la voz y finalmente se quedaba en blanco, sin poder contestar.

Luego de la entrevista inicial, no presentando ninguna contraindicación para la aplicación de EMDR, y habiendo cumplido con las fases de preparación y evaluación entramos en la etapa de desensibilización. La misma se realizó por estímulos auditivos.

La escena blanco elegida fue la del último examen fallido. La emoción presentada fue de miedo y vergüenza. La cognición negativa fue “no soy capaz de hacerlo” y la positiva fue “soy capaz”.

Manteniendo todas estos elementos en mente se comenzó la estimulación auditiva. Súbitamente, luego de algunos momentos, la imagen desapareció, transformándose en un negro absoluto. El procesamiento se realizó principalmente a nivel corporal, manifestando la paciente sensaciones corporales que fueron variando en intensidad y ubicación con el paso de los minutos, hasta que al cabo de unos 20 minutos de procesamiento, apareció de repente una imagen de la paciente a los 5 años. Sosteniendo la atención en esa imagen, nuevamente la estimulación llevó a la aparición de un recuerdo olvidado: la paciente se había orinado encima estando frente a todos sus compañeros de jardín de infantes. Volvió a experimentar el mismo miedo y vergüenza que en aquel momento. Al cabo de algunos momentos, la emoción intensa fue cediendo hasta desaparecer.

Al volver a concentrarse en el blanco original (el examen fallido) no presentó ninguna reacción emocional, así como al pedírsele que imagine el próximo examen. La intensidad de la cognición positiva disminuyó casi a cero, y la cognición positiva creció en intensidad casi al máximo (6/7).

Luego de esta sesión, se realizaron algunas sesiones de seguimiento, durante las cuales la paciente reportó haber rendido examen oral sin problemas.

Infidelidad y Duelo

La paciente Hilda, de 62 años presentó como motivo de consulta el dolor que le sigue provocando la infidelidad del marido, ocurrida algunos años antes. Luego de la previsible crisis, el arrepentimiento de él, y la aceptación del mismo por parte de ella, Hilda intentó rehacer su matrimonio. Pero, pese a sentirse segura de su marido, y de haberlo perdonado, no podía evitar todavía reaccionar intensamente frente a determinados estímulos, como pasar por ciertos lugares donde ella sabía que se había consumado la infidelidad, o “hacerle la vida imposible con recriminaciones”, lo que la hacía sentir culpable por no poder ser consecuente con el perdón otorgado, y por el temor a ser ella la causante de una nueva crisis de la pareja.

La escena elegida para comenzar el reprocesamiento fue una de las tantas situaciones de infidelidad, frente a lo que ella reaccionó con asco e ira intensos. La cognición negativa

fue “no puedo soportarlo” y la cognición positiva fue “lo perdoné, ya es cosa del pasado”

Comenzada la estimulación bilateral alternada kinestésica, por medio de dos palillos de batería en las rodillas de la paciente, ésta fue recorriendo algunas otras escenas. En determinado momento del proceso, la paciente recordó una escena en la que mientras el marido estaba cometiendo la infidelidad, ella estaba cuidando a un nieto enfermo, que finalmente murió a los pocos días.

El blanco del procesamiento cambió a la muerte del nieto. En medio de una intensa catarsis fue reviviendo y rememorando el proceso de su muerte. Al cabo de aproximadamente una hora y media, la catarsis fue cediendo, hasta poder evocar el hecho sin manifestaciones emotivas.

En la reevaluación (8ª fase del protocolo de EMDR) realizada en la sesión siguiente quince días después, al evocar la muerte del nieto, pudo hacerlo con tristeza, pero sin perturbarse. Con respecto al tema del marido, no había tenido ninguna reacción incontrolable, había podido pasar por algunos de los lugares que anteriormente le provocaban una intensa reacción de asco, ira y un impulso incontrolable de agredirlo verbalmente, esta vez sin percatarse de estar pasando por esos lugares. Al darse cuenta posteriormente, pudo esbozar una sonrisa, sin perturbarse. Ahora había podido perdonarlo, no solamente con la cabeza, sino “también con el corazón”. Ninguno de los dos temas volvieron a presentar problemas.

La cirugía de un niño

Lautaro, de 6 años debía ser intervenido quirúrgicamente. Ya en los preparativos, el niño se resistió a la intervención mdica por miedo. Para prevenir futuros incidentes sus padre hicieron la consulta. Debido a la dificultad para la autoobservación y la expresión verbal de emociones, es común entre los clínicos que practican EMDR una adaptación del protocolo, consistente en pedir al niño que dibuje la situación o miedo que lo trae a la consulta. Simultáneamente con el dibujo, el terapeuta realiza la estimulación alternada bilateral kinestésica (o auditiva). A medida que se va realizando el procesamiento de la información, los dibujos, uno tras otro, van cambiando en la expresión emocional, hasta llegar a un dibujo neutro o que exprese una emoción positiva.

As fue realizado con Lautaro, que al final de la primera sesión de EMDR logró disipar su miedo y luego de ella fue intervenido, sin que se hayan presentado problemas de ansiedad o miedo más allá de los normales en este tipo de situación, pero que no obstaculizaron el accionar profesional.

Conclusiones

Los reportes clínicos de casos únicos no son prueba de efectividad. Sin embargo, en el contexto de la ingente cantidad de estudios controlados acerca de la efectividad de EMDR, estos reportes pueden servir para ilustrar cómo es el proceso terapéutico con este abordaje, reflejando las sesiones reales, más allá de las estadísticas

En los casos presentados se resolvieron positivamente situaciones de variada gravedad en corto tiempo. Sin embargo cabe advertir que no siempre son tan cortos los tratamientos, dependiendo en buena medida de la historia de traumas previos y de cómo la información respectiva se halle interconectada en el sistema nervioso. De todas maneras, EMDR es un abordaje terapéutico breve, centrado en el cliente, que brinda rápido alivio a diversa variedad de sufrimientos, y a poblaciones de diferentes características no sólo en el campo del trauma. Aunque sin el cuerpo de investigación obtenido en él, también se ha estado aplicando exitosamente en campos tales como el dolor, reducción de estrés, optimización del rendimiento, trastornos disociativos, intervención en desastres, desarrollando protocolos específicos para éstos y otros problemas y poblaciones. El monto de literatura publicada en tan poco tiempo desde su creación, y el interés despertado en clínicos e investigadores augura un afianzamiento y perfeccionamiento de este abordaje.

Bibliografía

Foa, Edna et al (Ed) Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.1999

Gallo, F. Reflections on active ingredients in efficient treatments of PTSD, Part 2. TRAUMATOLOGYe, 2:2, 1996

Van der Kolk, B. La naturaleza del trauma. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica, vol 1 N°1, Diciembre de 2002. <http://www.psicotrauma.com.ar>

Shapiro, F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. Journal of Traumatic Stress, 1989, 2, 199-223

Shapiro, F, Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols and procedures. New York, Guilford. 1997

Shapiro, F, Lake, K. y Norcross, J. Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR): un tratamiento integrador del trauma. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica, vol 2 N°3, Noviembre de 2003. pag. 4-10. <http://www.psicotrauma.com.ar>

Bibliografía

Foa, Edna et al (Ed) Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.1999

Gallo, F. Reflections on active ingredients in efficient treatments of PTSD, Part 2. TRAUMATOLOGYe, 2:2, 1996

Van der Kolk, B. La naturaleza del trauma. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica, vol 1 N°1, Diciembre de 2002. <http://www.psicotrauma.com.ar>

Shapiro, F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. Journal of Traumatic Stress, 1989, 2, 199-223

Shapiro, F, Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols and procedures. New York, Guilford. 1997

Shapiro, F, Lake, K. y Norcross, J. Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR): un tratamiento integrador del trauma. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica, vol 2 N°3, Noviembre de 2003. pag. 4-10.
<http://www.psicotrauma.com.ar>