

APERTURAS PSICOANALÍTICAS

HACIA MODELOS INTEGRADORES

Revista de Psicoanálisis

Diciembre 2007 - No. 27

[VER NÚMEROS ANTERIORES](#)

[VER NÚMERO ACTUAL](#)

Reseña: **EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)** de Francine Shapiro. México, editorial Pax, 2001. 439 pags (Existe una edición en castellano: Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular. Pax México, 2005).

Autora de la reseña: **Ana Isabel Galve Arranz**

A la hora de realizar esta reseña, describiré en primer lugar como F. Shapiro descubrió “por azar” el método EMDR, después el modelo teórico en el que se inserta y, en último lugar, el método de trabajo, con las ventajas y dificultades que presenta a nivel procedimental. En algunos casos mantengo la estructura del libro, sin embargo explico primero la teoría en la que se basa el método para que al llegar a la descripción del mismo tenga un sentido, y no sea visto como una técnica más. Pongo en cursiva los ejemplos y alguna frase textual de la autora. Al hablar de terapeuta y paciente utilizo indistintamente el masculino y el femenino, lo mismo que hace la autora en su libro, y desde una perspectiva de género. Por eso en algunos casos podrá leerse “el” terapeuta y en otros “la” terapeuta.

1. DESCUBRIMIENTO DEL MÉTODO EMDR Y MODELO DE TRABAJO

Francine Shapiro, descubridora del método EMDR, finalizaba su doctorado en literatura inglesa en 1979 y, a su vez, sentía mucho interés por la psicología conductual gracias a la lectura de las obras de J. Wolpe y A. Salter. En esta etapa le descubrieron un cáncer, y como ella describe *“cuando nos ataca una enfermedad potencialmente fatal, puede convertirse en un evento que cambia nuestra vida... El tiempo cobró para mí una nueva dimensión”*. Se dedicó entonces a estudiar a fondo la interacción que existe entre la enfermedad y los elementos estresantes del mundo exterior. Leyó la obra de N. Cousins y otras de psiconeuroinmunología. Posteriormente aunque su cáncer estaba curado, nadie le garantizaba que no volvería a aparecer. Y centró su búsqueda en cuales serían los métodos psicológicos y fisiológicos que podrían aumentar su salud.

Un día, en la primavera de 1987, al salir a caminar, descubrió por azar que ciertos pensamientos perturbadores de repente se alejaban de su mente y que cuando volvía a pensar en ellos, ya no eran tan perturbadores. Se dio cuenta de que cuando esto sucedía, sus ojos se movían de arriba abajo de forma muy rápida y de modo espontáneo y disminuía la carga negativa de los pensamientos. Entonces comenzó a hacerlo de modo deliberado, mientras se

concentraba en otros pensamientos y recuerdos perturbadores, e igualmente disminuía su carga emotiva.

A partir de ahí comenzó a experimentar el método con amigos y posteriormente con sus pacientes dando lugar al inicio de un método para “desensibilizar el trauma” que fue investigado con grupos controlados de diferentes tipos de víctimas, validado experimentalmente, y se fue desarrollando hasta llegar a convertirse en un modelo y en un enfoque psicoterapéutico integral. La primera investigación piloto inicial duró 12 años, y posteriormente Shapiro habla de más de una docena de investigaciones controladas y de numerosísimos resultados clínicos exitosos logrados con la aplicación del método EMDR.

En sus inicios la autora partía de una formulación conductual ya que lo primero que constató fue la desensibilización de la emoción residual a cualquier tipo de trauma pero, posteriormente y a raíz de la experiencia clínica con sus pacientes, fue ampliando su marco teórico y el método EMDR se transformó en un paradigma integrador del procesamiento de la información. Este incluye la aplicación, la terminología y algunos de los conceptos del procesamiento de la información de las que hablan Lang y Bower. El libro no habla sólo de un método de trabajo o procedimiento que consta de una serie de pasos, sino que describe un *marco conceptual* o modelo que cambia nuestro modo de concebir la patología y que, además, es compatible con las diferentes orientaciones teóricas existentes, puesto que se trata de un modelo integrador. Después se explicará con más amplitud el modelo de procesamiento de la información, pero adelantemos dos premisas básicas en EMDR:

1. Se parte de la premisa de que el cerebro dispone de un sistema innato de “procesamiento de la información” que está preparado para procesar la información hasta alcanzar una resolución adaptativa que implique un estado de salud mental. Es decir, que ante cualquier evento “negativo” que nos sucede, el cerebro tiene capacidad de “procesarlo” (utilizando la terminología de la informática) hasta que desaparezcan las emociones negativas asociadas al mismo, y que ese evento nos sirva de aprendizaje y sea integrado para ser utilizado en el futuro. Sin embargo, como veremos después, el sistema puede desequilibrarse debido a un trauma, y entonces la información no puede procesarse debidamente. Por medio del método EMDR, podemos activar de nuevo ese sistema inherente al cerebro y ayudar a que la información almacenada traumáticamente pueda irse transmutando en información adaptativa, produciéndose en el paciente una desensibilización de la emoción, una reestructuración cognitiva, comprensiones profundas de cambio de significado, junto con la aparición de nuevos sentimientos positivos y recursos, que se van dando como efecto del “reprocesamiento” que se lleva a cabo en el nivel neurofisiológico. De ahí que el modelo pasara de llamarse EMD (eye movement desensibilization) a EMDR (eye movement desensibilization and reprocessing).

Por tanto, en la base de este modelo se encuentra el concepto de autosanación psicológica, que funciona de modo semejante a la respuesta curativa del cuerpo cuando sufre una herida física. Cuando el cuerpo sufre una herida, salvo que haya un obstáculo, como un objeto extraño o la repetición de la misma, existe una tendencia natural hacia la curación. Esta misma tendencia sucede en el procesamiento de la información, que se va desplazando hacia la salud mental cuando se dan las circunstancias adecuadas. Sin embargo cuando el procesamiento se detiene, es como si esa información quedara atascada en un “circulo vicioso” y no podemos aprender de ella. *Por ejemplo la víctima de una violación continúa recordando de manera automática las escenas, reviviendo las emociones, y sintiendo su autoconcepto contaminado por la culpa, en un intento del sistema nervioso de liberarse de algo pero sin poder hacerlo. Después de realizar el tratamiento con EMDR, la paciente puede recordar sin dolor, desaparecen las escenas intrusivas, las emociones se hacen adaptativas, y la autoevaluación que experimenta la paciente sobre sí misma se hace positiva sin que realice ningún esfuerzo.*

2. La mayor parte de las patologías nacen de experiencias tempranas que ponen en movimiento un patrón de sentimientos, emociones, conductas, cogniciones y estructuras de identidad que generan una serie de actitudes. La estructura patológica se forma en base a toda

esa información que no ha podido ser procesada adecuadamente, y a que las experiencias tempranas aún se conservan en el sistema nervioso en la forma específica que fueron contraídas originalmente. La continua influencia que ejercen estas experiencias tempranas se debe a que, como no fueron procesadas, se encuentran como “detenidas” en el sistema nervioso y los estímulos actuales hacen aflorar los sentimientos o emociones, y las creencias que forman parte de estos recuerdos, y por tanto el cliente sigue reaccionando del mismo modo en que reaccionó “entonces”.

Cuando la terapeuta enfoca la atención en los recuerdos que generaron la patología, está activando la información que ha sido almacenada “disfuncionalmente” en el sistema nervioso, y que no ha podido ser procesada por el mismo. A partir de aquí, con la aplicación del método, se van produciendo cambios que el cliente comienza a experimentar de modo progresivo: un cambio en sus emociones, cogniciones, actitudes y en los constructos de identidad que se van haciendo más realistas y adultos, con el consecuente cambio conductual en su vida.

Lo novedoso del EMDR es lo siguiente:

- Se da una intervención directa en el nivel fisiológico de la información.
- A pesar de que se re-experimentan emociones del pasado, la información se va reprocesando o actualizando y, cuando esto sucede, las emociones negativas van perdiendo fuerza.
- A nivel temporal, el cambio puede producirse de un modo inesperadamente rápido en algunos casos, no importa el tiempo que paso desde que sucedió el trauma.

2. BASES TEÓRICAS DEL MODELO DEL PROCESAMIENTO ADAPTATIVO DE LA INFORMACIÓN

Recordemos que el método EMDR nace de la observación empírica realizada sobre los efectos que ejercen los movimientos oculares en el procesamiento emocional-cognitivo de los recuerdos. A partir de los mismos, Shapiro delineó varios patrones de respuesta clínica, y formuló varias teorías en un intento por explicarlos que, a su vez, permitieron predecir y probar nuevas aplicaciones de los procedimientos. Aunque no se puede asegurar que dichas teorías representen lo que sucede realmente a nivel fisiológico, sí concuerdan con las observaciones y ayudan a guiar las decisiones clínicas, cuando aplicamos sus principios básicos. Además, logra predecir con éxito la respuesta terapéutica en nuevas áreas de aplicación. Es decir, reúne todas las características para ser considerado un modelo. El Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información ofrece solo una hipótesis que funciona, y está sujeto a posibles modificaciones futuras basadas en observaciones clínicas y de laboratorio. Utiliza la terminología del procesamiento neurofisiológico de la información, introducida por Bower (1981) y Lang (1979). El método EMDR se ajusta a dicho modelo y es solo una parte del mismo, que se utiliza en una fase del tratamiento global.

El Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información proporciona el marco teórico, los principios para el tratamiento, y una explicación de las bases de la patología y del desarrollo de la personalidad. Coincide con las nociones de Freud y Pavlov, y postula que existe un equilibrio neurológico en un sistema fisiológico definido que permite que la información sea procesada hasta alcanzar una resolución adaptativa, como antes apuntamos, y esto se realiza a través de conexiones con redes neuronales apropiadas para que la experiencia sea empleada constructivamente por la persona e integrada en un esquema cognitivo y emocional positivo. Así resultará útil, nos servirá de aprendizaje y estará disponible para reaccionar adecuadamente en situaciones semejantes en el futuro.

Pero cuando alguien experimenta un trauma psicológico se produce un desequilibrio en el sistema nervioso, provocado por la descarga masiva de neurotransmisores. Entonces, el sistema de procesamiento de la información que suponemos innato deja de funcionar adecuadamente y toda la información adquirida durante el momento del suceso traumático es almacenada en su estado original, y se mantiene neurológicamente en ese estado perturbado. Este material “no procesado” permanece en un “estado excitatorio” que puede ser detonado por toda una variedad de estímulos tanto internos como externos, expresándose en forma de pesadillas, recuerdos retrospectivos, pensamientos intrusivos, sentimientos desadaptativos, etc. (síntomas propios del síndrome de estrés post-traumático o PTSD), incluso años más tarde.

Cuando le pedimos a un cliente que se concentre en el recuerdo de un trauma, con el método EMDR lo que sucede de acuerdo a esta hipótesis es que establecemos un vínculo entre la conciencia actual y el sitio donde la información traumática está almacenada en el cerebro, que denominamos la red-neural traumática. A esta doble atención del paciente al presente y al pasado que debe realizar el paciente mientras se trabaja con EMDR, se denomina atención dual. A partir de ahí, y con la estimulación bilateral propia del método (que explicaremos con posterioridad), se reactiva el sistema de procesamiento de la información y permite que ocurra dicho recuerdo pueda ser integrado, hasta llegar a ser adaptativo. Se produce por sí mismo:

- Un descondicionamiento emocional.
- Un cambio de estado del cerebro que aumenta la activación y fortalece las asociaciones débiles.
- Un cambio en las propias cogniciones y autopercepciones del cliente

Conceptos interesantes en el modelo explicativo

Redes neurales mnemónicas o de recuerdos

Podemos definir una red de recuerdos, o red neural, como un sistema asociado de información vinculada donde se almacenan los recuerdos, con una serie de elementos: imágenes, sonidos, y otros elementos sensoriales, así como las emociones y sensaciones físicas que experimentó la persona, estos recuerdos a su vez se vinculan emocionalmente con otros recuerdos semejantes. Lo que sucede en el tratamiento con EMDR es metafóricamente que la información se va desplazando a través de las redes de recuerdos y de sus diferentes canales y los va “limpiando” de todos los elementos traumáticos. Partimos de un recuerdo traumático principal que se considera central en la causalidad del problema. *En el ejemplo anterior de una violación podría ser el rostro del agresor, o lo más impactante del suceso, o el aspecto peor que la paciente elija.* La paciente comienza centrándose en él y a partir de ahí comienzan a venirle a la mente una serie de imágenes, emociones, pensamientos etc., que poco a poco irán cambiando. Para que la paciente pueda llegar a reaccionar tranquilamente frente al incidente el cerebro ha de reprocesar o limpiar todos los canales de la red neural, (sería como una red de carreteras, que se denominan canales).

Neuro-redes dispares: porque el trauma no se integra

La mayoría de las psicopatologías son ocasionadas por información perturbadora que ha sido almacenada en el sistema nervioso. *En el ejemplo elegido, años después de una agresión sexual la víctima puede ver el rostro del agresor y sentir sus manos tan vívidamente como si el ataque estuviera sucediendo ahora.* Esa información parece aislada en su propia “neuro-red traumática” donde está almacenada de forma perturbadora. La persona sin embargo, tiene otras “neuro-redes adaptativas” en las que almacena información funcional, que pueden haber

surgido por una terapia que haya hecho, libros que haya leído, o simplemente de experiencias nuevas que la vida le ha ido brindando. Pero debido a que los aspectos perturbadores del recuerdo están “atrapados” en la neuro-red traumática, se asocian unos a otros de manera estática, y no pueden realizar conexiones nuevas que resulten adaptativas. Esta red no puede conectarse con la red que contiene la información adulta, y la víctima no puede evitar revivir esos sentimientos en las que cae como si de una espiral se tratara, ni logra tranquilizarse, aunque sepa racionalmente que “no debería” sentir eso ya. Cuando se estimula el trauma con EMDR, aunque el cliente pueda volver a experimentar dichos sentimientos y sensaciones físicas perturbadores, ambas redes comienzan a establecer conexiones una con la otra. Y entonces el recuerdo se va transmutando hasta que aflora espontáneamente de un modo más neutro (o a veces positivo) y puede ser integrado con sentimientos que corresponden al aquí y al ahora del paciente. La información ha sido “asimilada” por el sistema nervioso y ya no volverá a “molestar”.

El EMDR trabaja con recuerdos de Traumas y traumas

El trabajo del método EMDR se centra en trabajar sobre las experiencias o recuerdos que dan origen a la patología más que en la patología en sí misma. El EMDR funciona con Traumas, con mayúsculas, como con traumas con minúsculas, es decir tanto con aquellos que dan origen a los síntomas clásicos de PTSD, pero también con los traumas con t minúscula, es decir, sucesos sucedidos en la infancia que por su repetición, o por otras características quedaron grabados en el sistema nervioso ejerciendo un efecto perdurable en el mismo y condicionando, por tanto, todas las experiencias posteriores. Tal y como consta en el libro de Shapiro, “traumático sería cualquier suceso que ejerza un efecto negativo duradero en el ser o en la psique”. El indicador es que el recuerdo del mismo aún genera en la paciente una autoevaluación negativa sobre sí misma y un cierto grado de perturbación emocional.

Integración de recuerdos infantiles

En muchos casos, el cliente se encuentra atrapado en respuestas emocionales de un trauma infantil, caracterizadas por sentimientos de miedo, impotencia, indefensión, imposibilidad de elegir, ausencia de control e inadecuación. El lenguaje del paciente incluye expresiones de tales estados infantiles. A medida que nos trabajamos dichos recuerdos, todas estas emociones negativas de la perspectiva infantil se van transmutando progresivamente en una perspectiva adulta caracterizada por un sentido de responsabilidad, seguridad, autocontrol y confianza en la propia capacidad para la toma de decisiones.

Se ha constatado un paralelismo entre las personas que han sufrido experiencias negativas de la infancia y las experiencias de las víctimas adultas de traumas: en ambas persisten sentimientos de culpabilización autoinflingida, inadecuación, falta de control, indefensión e incapacidad para elegir.

Las creencias autorreferenciales disfuncionales

Cuando se habla de creencias negativas autorreferenciales, nos referimos a las sensaciones negativas sobre sí mismas que tienen las víctimas de trauma. Estas creencias sobre el “self” son elementos con los que también va a trabajar el EMDR, pero no se les da mayor valor que a otras manifestaciones del trauma, puesto que son interpretaciones de la experiencia e implican el lenguaje. Si bien se las incluye en el procesamiento del trauma, el lenguaje no es un elemento necesario en la formación del trauma. Existen traumas preverbales cuya respuesta es puramente emocional y sensorial. La respuesta de miedo está genéticamente codificada en el ser humano y no requiere ser estimulada por el lenguaje. Por ejemplo, si a un niño pequeño se le encierra con un tigre, sólo la visión de los colmillos y el rugido provocarán una respuesta de miedo. Las creencias son una destilación de la experiencia, pero son las emociones que las nutren las que constituyen el elemento central de la patología. De hecho es en el sistema límbico (amígdala y otras estructuras) donde queda grabado el trauma que, cabe recordar, es

más primitivo que el neocortex. Y cuando la persona ya no siente miedo (emoción) desaparece a veces su sensación de “ser indefenso o impotente frente a la vida” (creencia).

Recuerdos traumáticos de difícil acceso

Con el planteamiento teórico realizado hasta ahora, podría parecer sencillo el trabajo con el trauma, y en muchos casos lo es cuando se trata de un trauma aislado que sucede en la vida adulta. Sin embargo, Shapiro menciona también las dificultades que nos encontramos a la hora de acceder a los recuerdos, así como las dificultades en la práctica del método.

Redes obstruidas

Un indicio de que una red de recuerdos ha sido obstruida es que el cliente sólo tiene recuerdos negativos de una etapa de su vida aunque haya podido vivir otras experiencias agradables en esa etapa. La explicación que da este modelo ya fue mencionada: la información negativa permanece sostenida disfuncionalmente en una forma excitatoria y es probable que sea más estimulada que otras asociaciones. Aunque hay otros tipos de recuerdos almacenados en la red, el acceso a los mismos está obstruido. Después del procesamiento de los recuerdos con EMDR, pueden aflorar los recuerdos felices y el concepto de sí misma que tiene la paciente también cambia. A partir de entonces cualquier estímulo que active la neuro-red permitirá el acceso a otros aspectos más positivos.

Lagunas mentales

Las personas que han padecido abuso sexual en la infancia reportan que son incapaces de recuperar ningún recuerdo en torno a los años en los que sucedieron los abusos. En este caso esta red traumática tan cargada emocionalmente, obstruye el acceso a todo el resto de recuerdos de dichos años de la infancia. Igualmente, tras el procesamiento la paciente puede comenzar a recordar.

Disociación

Podemos observar la disociación en pacientes que han sufrido traumas de muchas maneras diferentes:

Pacientes que se presentan como altamente sintomáticas pero no recuerdan en absoluto el suceso traumático que les condujo a dicha condición. Los síntomas que presentan son la manifestación de la información disfuncional pero no hay suposición alguna en cuanto a la naturaleza del trauma. El material traumático está disociado. Es importante recordar que el material disociado es sólo material que no está accesible a la conciencia, por eso es importante no guiar al cliente o interpretar los hechos en su nombre para no condicionarle.

A veces lo que el paciente no consigue recuperar es la imagen del recuerdo. Tengamos en cuenta que la información se almacena del modo en el que el paciente vivió la experiencia original y la imagen es solo una posible forma. Tal y como se estudia en Programación Neurolingüística, podemos codificar y almacenar la información a través de un canal visual, auditivo, o cenéstésico, incluso olfativo, y en el trabajo con PNL e hipnosis se utiliza esta herramienta para poder acceder a la información inconsciente de modo más fácil a través del canal o modo en el que el paciente la codifica. A veces, nunca se recupera la memoria visual, sobre todo en recuerdos pre-verbales, sino sólo la memoria emocional, o incluso somática, a través de sensaciones físicas, auditivas táctiles etc. Aunque así fuera, el procesamiento puede ser efectivo. Sin embargo, el 50% de los pacientes que han sufrido trauma temprano, tras un proceso de EMDR sí recuperan imágenes visuales. (no existe certeza de que sea un recuerdo o una reconstrucción del cerebro).

Hay pacientes que en el proceso de EMDR, cuando experimentan una abreacción emocional se funden con la experiencia pasada, se “van al pasado”, siéndoles muy difícil mantener a la vez la conciencia del aquí y el ahora, o atención dual, necesaria para procesar el recuerdo, y para que se vinculen las dos redes neuronales, la traumática y la adaptativa. Se pierde la conciencia del yo del aquí y ahora y es otra forma de disociación.

También la ausencia total de emociones y sentimientos nos indica la presencia de información almacenada disfuncionalmente y el paciente puede recordar la experiencia pero lo que está disociado son los sentimientos y el paciente se siente como adormecido.

Cualquier respuesta disociativa inapropiada, ya sea exagerada o ínfima en relación a un suceso traumático, es considerada un indicio de que una red de recuerdos se encuentra obstruida, y constituye el blanco adecuado para un tratamiento EMDR. Los casos de trastornos disociativos, no se abordan en el libro, sólo se mencionan y se instruye al futuro terapeuta que utilice el EMDR, a adquirir una formación adecuada en los mismos, antes de utilizar este método.

Para Shapiro la diferencia de este método con otros modelos donde se da una “rememoración estática” de sucesos típica de las terapias verbales es la siguiente: aquí, a medida que la paciente va recordando se va produciendo un “reprocesamiento” de los recuerdos, muy dinámico, que se mantiene activo por el propio método EMDR. Esto lleva a una mayor eficacia y rapidez en la solución de los mismos, donde además se da un trabajo directo en el nivel fisiológico (se pueden llegar a revivir sensaciones somáticas con gran nitidez). Esto debe llevar al terapeuta, de acuerdo a la autora, a revisar sus nociones preconcebidas acerca del tiempo requerido para curar las heridas psicológicas. Sin embargo, a pesar de su mayor rapidez, algo que llama la atención durante el procesamiento EMDR es que el procesamiento nunca se salta una etapa pertinente de sanación: los símbolos se tornan claros, ocurren revelaciones, se aprenden lecciones y se experimentan las distintas etapas de resolución emocional, si bien en forma acelerada. Es decir, no se habla de una forma de curación “mágica”.

Antes de pasar a la descripción del tratamiento global y del método EMDR, pondremos **un ejemplo ilustrativo**.

Imaginemos que una niña de 4 ó 5 años camina al lado de su padre y cuando ella alza la mano para cogérsela al padre, éste golpea el rostro de la niña. Esto sería para ella un incidente traumático. La niña experimentará en el momento sensaciones y emociones negativas, pero también se grabará en ella una sensación de culpa propia del egocentrismo de la psicología infantil, que podría quedar interiorizada como “hay algo malo en mí, no consigo lo que quiero” aunque aún no pueda verbalizarlo. Si la niña no recibe ninguna explicación de lo sucedido, y ese u otros incidentes semejantes se repiten, se almacenan en su sistema nervioso intensos sentimientos de impotencia y autodesprecio, y además los elementos sensoriales del golpe (la cara del padre, el sonido de la bofetada, el dolor físico y cualquier otro elemento que su sistema nervioso registre en ese momento). Este suceso se convierte en un nudo central de la red traumática, o un suceso básico en la definición negativa de sí misma. Como los recuerdos se almacenan asociativamente, el siguiente recuerdo que represente para ella un rechazo similar, se vinculará con el nudo anterior, creándose así la neuro-red traumática. Cuando tenga edad suficiente como para poder formular esa creencia en su autoconcepto “hay algo en mí que no está bien, no puedo conseguir lo que quiero”, dicha conceptualización verbal se vinculará asociativamente con la red, por medio de las emoción negativa que el significado de dichas palabras engendra. Y este efecto se considera generalizante a otras experiencias posteriores que irán siendo almacenadas en la red con la información.

Es decir, lo que surgió de uno o varios incidentes concretos se convierte en una creencia general, no atribuible solo a un suceso. Seguramente en las experiencias adolescentes que tenga de fracaso o rechazo, volverá a revivir los mismos sentimientos y reaparecerá la autoevaluación negativa. Dichos sucesos producen una profecía de autocumplimiento, y a

partir de ahí, cualquier posibilidad de rechazo puede detonar la neuro-red, junto con su cognición dominante: “hay algo en mí que no está bien”. Así en situaciones ya adultas bien de tipo social o incluso de trabajo, que impliquen conseguir algo, la neuro-red se dispara, los sentimientos se reviven de nuevo y la creencia autodenigrante aparece, y probablemente perjudicará la conducta funcional del presente.

¿Cómo se trabajaría desde este Modelo? Después de haber realizado la historia clínica y establecido un vínculo adecuado con la paciente, donde sienta seguridad y confianza, de haber evaluado que la paciente es apta para poder trabajar con este método, se elegiría como un posible “blanco” o foco de trabajo el recuerdo inicial de cuando iba caminando con su padre. Y se consideraría como el recuerdo central que genera la neuro-red traumática. A lo largo de una sesión de EMDR, se extraerían los componentes de dicho recuerdo: la imagen y otros elementos sensoriales que recuerda del mismo, la emoción que siente en el presente, localizada en su cuerpo y la creencia negativa residual. Con todos estos elementos, y a través de las “series de estimulación bilateral”, la cliente iría progresivamente liberándose de las emociones dolorosas, a veces después de revivirlas, e iría sintiendo de modo progresivo que ella es adulta y no una niña impotente. En ese momento el sistema nervioso está liberando, pero a la vez procesando, la emoción traumática. Probablemente empezará a recordar incidentes en los que sí ha resuelto cosas y ha conseguido logros, lo que le generará sentimientos positivos y un autoconcepto de eficacia, y todo esto se empezará a vincular a la neuro-red traumática, y hasta que pueda *sentir* que su autoevaluación inicial “no puedo conseguir lo que quiero” no es en realidad válida (recalquemos la palabra sentir, porque saberlo a nivel racional en algunos casos lo sabe, el problema es que no logra sentirlo). Y en algún momento puede venirle a la mente de modo espontáneo “no hay nada malo en mí, era papá quien tenía el problema”. Y esta nueva valoración adulta será una parte de los nuevos sentimientos, emociones y de la nueva experiencia sensorial, que predominará a partir de ahora, siempre que sea activada la neuro-red por cualquier estímulo. Cuando la cognición positiva se generalice, cualquier otro recuerdo evocado sobre el padre abusivo, dará como resultado la creencia positiva “soy una buena persona, era papá quien tenía el problema” con sentimientos y emociones positivas que produce. Y los siguientes recuerdos que tengan que ver con el padre serán más fáciles de procesar, puesto que aparecerá menos dolor asociado.

3. COMPONENTES DEL TRATAMIENTO EMDR Y EFECTOS DEL TRATAMIENTO BÁSICO. LAS OCHO FASES DEL TRATAMIENTO EMDR.

Recordemos que la aplicación del método EMDR, “de reprocesamiento y desensibilización con movimientos oculares” (o estimulación táctil o auditiva), es sólo una fase de la terapia, a la que se llega una vez realizada la historia clínica, tras una evaluación adecuada, la creación de un vínculo consistente y en muchos casos una estabilización del paciente. Por eso creo necesario hablar de las etapas del tratamiento global y entre ellas describir “el procedimiento EMDR” en la fase en la que se aplica.

FASE 1. Historial clínico del cliente y planificación del tratamiento.

Cuando llega el paciente es necesario hacer una historia clínica y evaluar en ella cómo usar el EMDR y cuándo.

- Ver si el paciente es apto para recibir este tratamiento y en qué momento del mismo: el tratamiento con EMDR puede generar altos niveles de perturbación emocional precipitados potencialmente por el procesamiento de la información disfuncional, y hay que ver si el paciente tiene capacidad de tolerar dichos afectos. Asimismo valorar el posible surgimiento de material disociado que no había sido detectado antes y que puede resultar angustioso.

Además, el procesamiento de la información puede continuar tras la sesión, aunque a un ritmo más lento, y el cliente debe ser capaz de manejar ciertos niveles de perturbación emocional asociada con el recuerdo traumático entre las sesiones.

- Una fuerte alianza terapéutica: que el nivel de la relación sea tal que garantice la suficiente confianza con el terapeuta como para reexperimentar cualquier tipo de sentimiento o sensación en su presencia, así como para comunicarla. (El deseo de agradar al terapeuta hace que no siempre se comunique lo que realmente está sucediendo).

- El terapeuta deberá transmitir seguridad, flexibilidad y apoyo incondicional. Esto resulta especialmente importante en personas que han sido víctimas de abuso y/o maltrato múltiple, donde la confianza está especialmente dañada.

- Valorar la estabilidad personal del paciente y la estabilidad ambiental. No aplicar EMDR cuando haya otros problemas acuciantes del presente que no tengan que ver con el trauma y que desestabilizan la vida del paciente.

- Ver si el paciente cuenta con apoyos vitales, amigos, familiares etc.

- Evaluar el estado de salud: adicciones, problemas neurológicos, epilepsia, y problemas oculares, cardíacos o respiratorios. Esto limita el trabajo con este método.

- Cuando existan requerimientos legales, avisar al paciente de que tras el procesamiento el recuerdo puede cambiar en sus características, así como en las emociones actuales que ya no serán detonadas. Esto puede beneficiar o perjudicar de cara a un juicio.

- Control de los sistemas. Después del procesamiento, el comportamiento del paciente puede empezar a cambiar y esto va a repercutir en las relaciones que éste tenga, de modo que es necesario prepararle para afrontar dichas consecuencias.

- Se desaconseja la utilización del método EMDR en pacientes con trastornos disociativos, especialmente con trastorno disociativo de la identidad (TID) salvo que se tenga una capacitación adecuada en los mismos.

Cómo planificar el tratamiento.

Después de identificar el panorama clínico completo, elegimos cuáles problemas pueden ser trabajados con el modo de trabajo propio de la orientación teórica del terapeuta, en cuáles son necesarias medidas psicoeducativas, o técnicas de afrontamiento, etc., y cuáles son los problemas que se basan en información disfuncional que necesita ser procesada. Se ha constatado que las experiencias tempranas de maltrato son las “responsables” de muchas de las relaciones disfuncionales vividas en el presente y que cuando reprocesamos aquellas obtenemos cambios sustanciales y consistentes en éstas.

De los recuerdos que se quieran con EMDR, se eligen los blancos específicos que necesitarán ser reprocesados o sucesos principales en la historia del paciente que contribuyeron a la génesis del problema, desarrollo y mantenimiento del mismo. El terapeuta hará un intento por delinear el problema así como sus antecedentes realizando una historia clínica completa que incluya:

1. *Causa inicial.* Cuál fue el suceso original, o el más perturbador que presenta la génesis de dicha disfunción. Cuáles fueron las circunstancias que prevalecían durante dicha época.

2. *Sucesos adicionales del pasado que influyen o refuerzan dicha patología.* Quiénes son los principales “participantes” en los incidentes traumáticos, qué categorías de participantes

(familiares, conocidos o desconocidos), respuestas inadaptativas, cogniciones negativas etc. , y cómo podrían ser agrupados los sucesos con el fin de maximizar la generalización de los efectos del tratamiento: a veces se pide al paciente que elija los diez recuerdos más perturbadores que tiene. Se establece una jerarquía en el tratamiento. Normalmente el EMDR funciona mejor cuanto más traumático es el recuerdo, al contrario que otras técnicas.

3. *Síntomas actuales*: conductas disfuncionales, emociones y cogniciones negativas que prevalecen en la actualidad. Síntomas específicos como flahs-backs, pensamientos intrusivos y ataques de ansiedad. Detonadores actuales, frecuencia duración, localización y otras características. Son situaciones del presente que también deben ser procesadas.

4. *Metas del tratamiento*. Estado deseado. ¿Cómo quiere la paciente actuar, aparecer, sentir y creer? ¿Qué le impide que esto se lleve a cabo? ¿Cuáles serían las consecuencias potenciales de un tratamiento eficaz para sí mismo/a como para el entorno?

En general, el clínico, al planificar el tratamiento, identifica las situaciones paralelas entre el pasado y el presente para identificar los patrones de respuestas.

El protocolo convencional para trabajar la patología

Lo importante de este protocolo es poder trabajar los recuerdos del pasado que dieron origen a la patología, el presente con los detonadores actuales de la misma y, posteriormente, el futuro y lo que el paciente desea llegar a ser, generalmente en ese orden. Es el protocolo más utilizado, aunque no es válido para pacientes muy graves.

A. El pasado. Procesamiento de los recuerdos origen de la patología.

Explorar y trabajar los sucesos anteriores que constituyen la base de la disfunción actual. En esta fase se registra el historial del paciente y se delinear su condición patológica.

La meta de esta primera etapa es “procesar” el residuo disfuncional del pasado, de manera que el cliente pueda liberarse de sus traumas y vivir en el presente. Se considera que cualquier conducta o temor inapropiado es un producto del pasado que necesita ser enfocado.

En la historia clínica los hemos agrupado en grupúsculos para trabajar un suceso representativo de cada grupo. A veces se generalizan al resto los efectos del tratamiento, pero otras veces deberán trabajarse éstos también para limpiar cualquier disfunción residual. También se ha sugerido enfocar recuerdos en orden cronológico, pero esto depende también de la persona.

Una regla clínica importante es procesar todo el material negativo asociado a cada trauma específico antes de dirigir nuestra atención a otro.

Tras haber resuelto los problemas más pronunciados, debemos pedirle de nuevo que los retome, para revisar el material anterior y ver cómo están ahora los problemas que indujeron al cliente a ir a consulta.

B. El presente. Procesamiento de los detonadores actuales.

Se procesan los estímulos, condiciones, situaciones y personas actuales que provocan reacciones emocionales y conductas perturbadoras. Los patrones emocionales y de conducta establecidos en el pasado que aún se ven detonados en el presente. Normalmente, los miedos y las ansiedades ya habrán disminuido notablemente después de trabajar los traumas tempranos. En esta etapa pueden también surgir recuerdos nuevos antes disociados, puesto que ahora la persona se siente más fuerte. Aquí el clínico debe explorar la realidad que vive el

paciente y determinar que hacer para cambiar sus respuestas actuales, ayudándole a asumir la realidad sin sentirse denigrado o desvalorizado como lo fue en el pasado. A veces es necesario tomar medidas psico-educativas, o hacer terapia familiar, utilizar técnicas de autocontrol y afrontamiento etc.

C. El futuro. Instalación de recursos con EMDR.

Es muy importante saber que el EMDR no se utiliza solamente para procesar recuerdos, sino también para instalar recursos (utilizando la habitual jerga informática propia del método).

Utilizando técnicas de sugestión hipnótica, visualización creativa, o de afrontamiento, se pueden “instalar recursos” en la neuro-red adaptativa cuando veamos que el paciente no dispone de ellos, o para prepararle para afrontar situaciones futuras. En esta tercera etapa la terapeuta centra su atención en la capacidad del cliente de tomar decisiones futuras, identificando y reprocesando los temores anticipatorios, y creando un patrón positivo que pueda incorporar a sus acciones de futuro. Esta etapa implica modelar, educar, imaginar...

Veamos unos ejemplos de instalación de recursos:

Se le pide al cliente que imagine un encuentro futuro con una persona significativa, con la que existe la posibilidad de que se produzca. Cualquier miedo anticipatorio no real se produce por el impacto de recuerdos aún no resueltos. Se le insta a imaginar cómo le gustaría que fuera el encuentro y se aplica el método EMDR. En este caso no se trata de rescatar recuerdos, sino de generar nuevas redes adaptativas y fortalecerlas con la estimulación bilateral.

Se pueden imaginar situaciones significativas del futuro y determinar si la paciente puede imaginarse resolviéndolas o por el contrario hay otras áreas de perturbación.

Incorporar un patrón positivo se produce trabajando las respuestas intrapsíquicas y su reforzamiento por el mundo exterior. Aquí se deberán enfocar respuestas inapropiadas, o atender al sistema social, familiar y social. Es importante trabajar con las cogniciones positivas, lo que ayudará también hacia las situaciones futuras. Las creencias de un cliente, en relación a su valor personal, su eficacia, y su relación con los demás expresan la noción que tiene sobre su identidad.

No se considera finalizado el tratamiento hasta que el paciente haya incorporado un patrón alternativo de respuestas conductuales adaptativas. Se explora con el paciente cómo le gustaría percibir, sentir, actuar y creer y trabajar desde ahí el futuro, a veces incluso con un modelaje, ya que en algunos casos hay una ausencia total de experiencias tempranas y modelos adecuados de aprendizaje (a veces hay que enseñarle el patrón para que lo ponga en práctica en imaginación, y luego se instala con EMDR). Después de interiorizar dichos modelos, es más fácil que sus interacciones futuras sean más satisfactorias puesto que su cerebro dispone de nuevos recursos.

Nunca se intenta instalar un patrón positivo antes de que hayan sido reprocesados eficazmente los recuerdos previos que ocasionaron las reacciones disfuncionales pasadas y actuales.

A la hora de procesar el futuro, ante la pregunta ¿qué sucedería si logro hacer lo que quiero?, el terapeuta deber estar alerta ante cualquier temor o resistencia que aparezca y trabajarlos antes de instalar el patrón positivo.

Fase 2. Preparación y estabilización del paciente

Es necesario garantizar que el paciente tiene suficiente estabilidad a todos los niveles: psicológica, social, laboral, etc. antes de aplicar el método EMDR para procesar el material

traumático. En trabajos posteriores al libro de Shapiro, se insiste mucho en la etapa de estabilización del paciente antes de abordar los recuerdos con el método.

Además la terapeuta ha de mostrar gran flexibilidad y adecuarse a las necesidades de cada cliente. Evidentemente su actitud, que proporciona seguridad y confianza, aumentará la efectividad del tratamiento. No se debe comenzar a trabajar con EMDR hasta que no exista ese vínculo de confianza suficiente como para que no den situaciones como la que sigue. A veces, por “complacer al terapeuta”, el paciente no se atreve a informar de que la perturbación emocional no ha disminuido durante la sesión, y eso hace que pueda volver a aumentar entre las sesiones y que el paciente no pueda manejarla por sí mismo, con la consecuente inseguridad del paciente.

Establecer la alianza terapéutica es también explicar al paciente en qué consiste el proceso EMDR, la teoría y los procedimientos que implica, sus efectos, contestando sus dudas y sus preguntas, iniciando los procedimientos de relajación y de seguridad básica. Se informa al paciente de que es posible que experimente emociones intensas que son precipitadas por el procesamiento, y que es importante que él aprenda a manejarlas primero. Antes de iniciar el procesamiento, la terapeuta enseña al cliente técnicas de relajación, autohipnosis o visualización guiada. La que más se utiliza y que aparece en el libro de Shapiro es “el lugar seguro” para que pueda manejar las emociones desagradables que puedan aflorar entre sesión y sesión. Asimismo existen otras, o aquellas que conozca el terapeuta, que pueden instalarse como recursos para manejar la perturbación. Si el paciente no es capaz con dichos recursos de eliminar completamente la perturbación durante la sesión, no deberá continuar el tratamiento con EMDR, hasta que el terapeuta constate que está suficientemente fortalecido.

También es importante explorar las ganancias secundarias y lo que deberá el paciente abandonar o confrontar si logra curar la patología etc. Hay pacientes que han organizado su vida en torno a la patología y esto debe ser atendido, al menos cognitivamente, antes de realizar el procesamiento. Asimismo las víctimas de algunos traumas pueden temer perder la propia identidad de “superviviente de trauma” que las vincula a otras personas que han sufrido el mismo problema. Si dichas ganancias son alimentadas por temores irracionales o sentimientos de baja autoestima, estos deberán ser trabajados en primer lugar antes de iniciar el tratamiento. De ahí la importancia de la relación que proporcione seguridad.

Para la autora, el método EMDR no sustituye a otras técnicas ni modos de abordaje sino que las complementa. Cuando decidimos por fin entrar en la fase de aplicación de EMDR, damos por supuesto, que el paciente es suficientemente fuerte como para afrontar tanto la perturbación emocional como cualquier recuerdo disociado que puede aparecer.

Entonces se le explica a la paciente en qué consiste la estimulación bilateral por movimientos oculares. Y el método de trabajo.

“Cuando sucede un trauma, se queda bloqueado en el sistema nervioso con la imagen original, los sonidos, los pensamientos y las emociones que se experimentaron. Este material a veces se combina con imágenes que simbolizan el evento y con otros sentimientos que tenemos en relación al mismo. Los movimientos bilaterales que utilizamos en EMDR parecen desbloquear el sistema nervioso y permiten al cerebro procesar la información. Es importante recordar que es tu cerebro el que realiza el procesamiento y que tú eres la persona que controla el proceso”.

Al paciente se le explica también que para poder procesar un recuerdo debemos hacerlo utilizando todos los componentes del mismo, que son los que han quedado grabados en su cerebro. - La imagen más significativa del recuerdo (por ejemplo el rostro del agresor). Si no hay imagen, el sonido o lo que le venga a la mente al pensar en el recuerdo. - La creencia autorreferencial negativa asociada a ese recuerdo o imagen (“soy incompetente, no valgo nada, estoy indefenso, etc.). Se denomina en EMDR “cognición negativa”

- La emoción o ansiedad que siente ante la misma y que la evalúe de 1 a 10, según su grado

de perturbación. Y el lugar del cuerpo donde se localiza dicha emoción.

- La creencia positiva sobre sí mismo que desearía alcanzar (cognición positiva). Con ella fijamos la meta y marcamos la dirección que ha de seguir el procesamiento.

Ahondaremos después en estos componentes. Una vez obtenidos, mientras él fija su atención en los componentes del recuerdo, deberá seguir con sus ojos los movimientos de la mano del terapeuta, en lo que se denomina “serie de movimientos oculares”. Mantiene entonces lo que antes denominamos atención dual: una parte de sí observa lo que le viene a la mente mientras otra está en el presente siguiendo los movimientos con sus ojos.

Cada serie de movimientos oculares consta de los 24 movimientos de mano -de derecha a izquierda y viceversa- que el paciente ha de seguir con sus ojos (ocular), sin mover la cabeza, mientras se da cuenta de lo que le viene a la mente. Después de cada serie se pide al paciente que respire hondo, y se le pregunta “¿qué viene ahora?” O bien “¿qué percibe ahora?” Y el cliente reporta cualquier cosa que le haya venido a la mente, bien sea una imagen, una emoción, una idea o una sensación física. En base a lo que le venga, el terapeuta le invita a focalizar su atención en ello, y se realiza una nueva serie, y se le vuelve a preguntar qué le viene a la mente, y así se van haciendo las series sucesivas, las veces que sea necesario.

Una metáfora clásica en EMDR es la de un tren que viaja a lo largo de un recorrido. Al principio, la información que lleva en sus vagones es disfuncional, y a medida que empieza el procesamiento el tren hace su recorrido y en cada parada el cliente suelta alguna información disfuncional y agrega cierta cantidad de información adaptativa. El clínico debe recordar no intervenir prematuramente en ninguna de las paradas intermedias, haciendo por ejemplo una reestructuración cognitiva, porque puede hacer interrumpir el procesamiento del paciente o enlentecerlo. Cuando no hay bloqueos en el procesamiento, es importante permitir que sea “el cerebro” del paciente el que lo vaya haciendo. La terapeuta sólo dirige a la paciente a pensar en aquello que acaba de reportar en la parada de una serie, y el proceso de cambio sucede por sí mismo. También debe saber que, aunque experimente emociones y recuerdos, éstos serán sólo algo transitorio, como el “paisaje que atraviesa ese tren al viajar”, y que no corre ningún peligro real. Que incluso aunque le venga alguna emoción dolorosa del pasado, está aquí a salvo. Y que puede parar en cualquier momento. El objetivo es que vaya observando lo que le viene a la vez que lo siente, pero sin atribuirle ningún significado.

Fase 3. Evaluación. Los componentes del recuerdo

La fase evaluativa implica evocar el recuerdo para después estimular la información que fue almacenada en el momento del trauma. El terapeuta debe identificar los componentes del recuerdo o blanco a procesar y establecer una respuesta base antes de iniciar el procesamiento con movimientos oculares. Al final del procesamiento reevalúo la línea base y paciente y terapeuta pueden comprobar el avance que ha sucedido.

1. Imagen que representa el recuerdo.

Es la imagen más representativa del incidente completo o la que representa lo peor (más traumático) de dicho suceso. Da igual que sea clara, borrosa o fragmentada. Cuando no viene imagen, le pido que piense en el suceso y me diga lo que le viene a la mente. Sólo al pensar en ello, desde este modelo, se vincula la conciencia presente con el lugar del cerebro donde está almacenada la información, que es el “blanco” del procesamiento.

2. La cognición negativa.

La creencia negativa sería aquella creencia con la que la víctima se evalúa negativamente a sí misma en el presente cuando recuerda el trauma. Es una autoevaluación negativa sobre su ser

que ha interiorizado a raíz de las experiencias traumáticas. Si paciente la desconoce, le ayudamos explicándole que no es algo que racionalmente sea cierto, sino algo irracional pero que no puede evitar sentir como cierto. La pregunta que se le suele hacer es: ¿palabras son las que mejor acompañan a esa imagen y que expresa la peor creencia negativa sobre ti mismo/a?

Es decir: en el caso de una violación la descripción “estaba indefensa” no es una cognición negativa porque es objetivamente cierta. Y si las elegimos para procesar, no sufrirán ninguna modificación. Sin embargo “soy impotente, o soy incapaz de defenderme” sí serían creencias disfuncionales, porque probablemente se han generalizado a otras áreas.

La cognición negativa es el significado que da el psiquismo a todas las emociones negativas asociadas al trauma. Es decir, son “declaraciones yo” que se vinculan con el material disfuncional que necesita ser procesado. Debido a que son creencias negativas injustificadas, objetivamente falsas, aunque el paciente las sienta como ciertas, son blancos principales en el tratamiento EMDR.

Para trabajar con EMDR deben ser enunciadas en tiempo presente. Se ha comprobado que EMDR no puede anular una cognición negativa verdadera o infundir una falsa. Si el paciente dice “papá nunca me quiso” y eso es un hecho cierto, emdr no podrá modificarlo. Para averiguar la cognición negativa hay que preguntar al paciente ¿y qué te hace sentir esto sobre ti mismo? Ahí suele aparecer “algo en mí no va bien” “no merezco amor”, etc.

3. La cognición positiva.

Es la “verbalización del estado que se desea alcanzar”, es decir la creencia positiva que el cliente desearía tener acerca de sí mismo al recordar el incidente, la que aún no puede pero desearía sentir acerca de sí mismo, en el presente y como adulto. El propósito de buscar esta cognición es marcar la dirección que debe seguir el tratamiento para poder estimular las neuro-redes alternativas y para ofrecer al terapeuta y al cliente un punto de referencia, a partir del cual se pueda evaluar el progreso alcanzado. Utilizando la metáfora del tren, esta creencia indicaría el destino final al que el tren se dirige. En la medida de lo posible, debe incluir un locus de control interno que aumente su autoestima, para que pueda generalizarse en toda la red de recuerdos, y que sea la más poderosa que el cliente pueda imaginar. Tiene que ser realista, porque si es inapropiada o imposible, interrumpirá el procesamiento. Esto indica que el paciente está intentando incorporar alguna forma de pensamiento ilusorio.

Algunos ejemplos serían “soy capaz de afrontar las cosas”, “puedo tomar decisiones”, “soy digno de recibir amor”. Aunque si al paciente le resulta demasiado lejana, como en el caso de un gran sentimiento de culpa, sería suficiente un enunciado del tipo “hice lo mejor que pude”, “hoy soy capaz de elegir cosas diferentes” “aprendí de la experiencia” o “se acabó”.

Ayudar al cliente a identificar una cognición positiva es un paso importante en el camino de recuperación, porque desarrolla la capacidad de definir una visión alternativa del trauma, en un lenguaje razonable, y la posibilidad de escapar al dolor que implica la autodenigración. A veces, incluso, a medida que avanza el procesamiento, al paciente le viene de modo espontáneo una cognición positiva aún más general y benéfica hacia sí mismo de la que eligió al principio. La terapeuta debe ayudar a la paciente a verbalizar una cognición positiva que pueda generalizarse. Las cogniciones más breves y más generales son las que pueden generalizarse mejor. *La validez de la cognición positiva:* antes de iniciar el procesamiento se le pide a la paciente que evalúe cuán cierta siente visceralmente la cognición deseada, en una escala de 1 a 7 puntos. Cuando piensa en el incidente, ¿cuán ciertas siente las palabras (digo la cognición positiva) de 1 a 7? Esta evaluación no es racional, sino emocional. Es decir se trata de lo que el paciente siente en sus vísceras, no de lo que racionalmente sabe. El evaluar la cognición nos sirve para comprobar tras el procesamiento, al volver al recuerdo, si su sensación sobre sí mismo ha mejorado.

4. Las emociones negativas y su nivel de perturbación.

Para seguir evaluando las medidas base, y posteriormente el avance que realiza el paciente, se le pide que mantenga en su mente la imagen del recuerdo, y la cognición negativa, y que nombre la emoción que siente *en el momento presente*, y que la evalúe en una escala de 1 a 10 según su nivel de perturbación emocional. Podemos saber que su recuerdo es disfuncional porque aún hay emoción negativa, si bien no es tan intensa como en el momento en que sucedió el suceso. Atención, porque si la emoción está disociada, el paciente no sentirá nada, y entonces aún no es el momento de trabajar con el método EMDR.

5. Las sensaciones físicas

Le pregunto al paciente en qué parte del cuerpo siente la perturbación, ya que las sensaciones físicas son puntos focales esenciales del tratamiento. La sensación es la resonancia física del material disfuncional: puede ser tensión muscular, una aceleración del ritmo cardiaco, opresión etc. Algunas sensaciones físicas forman parte de la experiencia sensorial del trauma, otras se asocian a las cogniciones negativas. Por eso no se considera que el procesamiento se haya completado hasta que las sensaciones físicas desagradables asociadas al trauma hayan desaparecido. Cuando un cliente tiene dificultades en localizar las sensaciones corporales deberemos enseñarle a ello, ya que algunos clientes han aprendido a separarse psicológicamente de sus cuerpos, como resultado de una perturbación continua, o por creer que nunca lograrán lo que desean.

Fase 4. Desensibilización. Aplicación del Método EMDR

Llega, por fin, la explicación de cómo funciona el método EMDR. Fijados todos los elementos del blanco, comienza el periodo de desensibilización y reprocesamiento acelerado, a través de los movimientos oculares o estimulación táctil o auditiva.

Se le indica al paciente algo así: *“Ahora lo que haremos será simplemente chequear lo que tú experimentes y, de vez en cuando, te preguntaré qué te está pasando. A veces las cosas van a cambiar y a veces no. A lo mejor te preguntaré si te surge alguna otra cosa. Sólo coméntame del modo más preciso que puedas lo que te venga, sin juzgar si debería estar pasando o no”*. Una vez que el paciente esté preparado, se le pide que ponga su atención en los componentes del blanco: la imagen del recuerdo, la cognición negativa y la emoción que siente, localizándola en su cuerpo, y, a partir de ese momento, el terapeuta comienza la estimulación en series de movimientos, o golpecitos en el caso del tapping, tras los cuales le pregunta al paciente qué le viene a la mente. Así, hasta que se haya producido un cambio en la emoción, en la cognición negativa, y en las sensaciones del cuerpo. Es decir hasta que la persona pueda recordar el incidente sintiéndose bien con ella misma y sin reactividad emocional.

Tipos de estimulación

Movimientos oculares: la terapeuta mueve los dedos por delante del campo ocular del paciente de diferentes modos y en diferentes direcciones mientras el paciente los sigue con sus ojos. Si el cliente reporta dolor, sequedad ocular o ansiedad, el clínico debe parar. Normalmente el terapeuta mueve la mano de izquierda a derecha y viceversa, con dos dedos levantados (índice y corazón) indicándole que solo mueva la vista pero no la cabeza. La distancia es la que le resulte cómoda al paciente, y la velocidad es la mayor que éste pueda sostener con comodidad. Aquí hay muchas variaciones entre clientes. La duración estándar de una serie de estimulación es de 24 movimientos bidireccionales, en los que un cambio derecha-izquierda e izquierda-derecha se considera un movimiento. Después de dicha serie se para la estimulación y se pide al paciente que reporte ¿qué le viene a la mente? Sin embargo tanto la velocidad, como la dirección del movimiento, como la duración de la serie pueden variarse en función del

paciente y de si procesa adecuadamente la información.

Estimulación táctil o tapping: El paciente coloca sus manos sobre las rodillas y el terapeuta da toques en cada una de sus manos o sobre las rodillas alternativamente con los dedos, a la misma velocidad que se realizarían los movimientos oculares. Se utiliza en los casos en los que el paciente procesa mejor con los ojos cerrados. (cuando su sistema de procesamiento de la información es “cenestésico” suele preferir este método).

Estimulación auditiva: el terapeuta chasquea sus dedos alternativamente a los lados de ambos oídos del paciente mientras el paciente mantiene su atención en el recuerdo. Es el sistema que menos se utiliza, aunque existen también aparatos de estimulación auditiva que emiten sonidos alternos por unos audífonos cuya velocidad se puede regular, y también de estimulación táctil.

Después se insta al paciente a reportar lo que le venga a la mente sin descartar nada porque le parezca “poco importante”, o que no guarda relación con el recuerdo. Que tome nota de todo lo que surja y que se lo diga al terapeuta cuando se haga la pausa entre las series. Al final de cada serie la instrucción es: “descansa, bórralo y respira profundamente”. Es un periodo de reenfoque que permite al cliente descansar, reorientarse y prepararse para verbalizar un nuevo plano de información. Es útil que la terapeuta respire a la vez que la paciente, para estrechar el vínculo, y generar sensación de trabajo en equipo. “¿qué obtienes ahora?”

Durante las series, si el procesamiento va bien, las únicas intervenciones del terapeuta deben ir dirigidas a apoyar el proceso: asentimientos, sonrisas, o comentarios del tipo “bien”, “eso es”, etc. No se realiza ninguna reestructuración cognitiva, ni se parafrasea lo que el cliente acaba de comentar, porque una frase del terapeuta puede cambiar el significado de lo que le viene, sino que se le pide que en la nueva serie se concentre en aquello que le acaba de venir, o en lo último que dijo si se encuentra muy confundido, “piense en eso”, “fíjese en eso” o “siga adelante con eso”.

Utilizando cualquiera de estos tipos de estimulación, después de cada serie el paciente va reportando cambios en sus emociones, sensaciones, imágenes y creencias.

Durante el procesamiento

A veces al principio, el cliente comienza a decir “no lo debo hacer bien, mis ojos no se mueven, no puedo sostener la imagen, estoy pensando en otra cosa”, etc., se le debe asegurar que lo hace correctamente. Lo que en realidad está aflorando es el sistema de creencias distorsionadas de alguien que se siente un fracaso. Siempre se insiste en que no debe forzar que suceda nada específico, porque entonces el procesamiento se detiene. Una alta exigencia por parte del terapeuta o incluso un alto deseo de complacerle por parte del paciente también puede frenar el proceso. Por tanto es mejor empezar “tranquilamente”.

Los cambios que van apareciendo y de los que el cliente informa son:

- Imágenes. La mayoría de las veces se “ven” imágenes que van cambiando.
- Nuevos recuerdos: aparecen nuevos recuerdos y le pedimos al cliente que se concentre en el que es más perturbador, o en el último.
- El incidente se desarrolla. Al principio paciente tiene una sola escena en su mente, el momento más traumático, y al empezar el procesamiento puede recordarlo paso a paso entero de nuevo, incluso recordando cosas que había olvidado. La apariencia de la imagen puede cambiar, se aleja, se agranda, se hace borrosa o incluso desaparece. Si eso sucede, le informamos de que es normal y le indicamos, que “solo piense en el incidente” y se concentre en las sensaciones físicas. Sonidos y pensamientos también van cambiando y eso es signo de procesamiento.

- Comentarios negativos: si aflora una idea negativa pregunto al paciente en qué parte del cuerpo la siente. Y continúo desde ahí el procesamiento.
- Cambios cualitativos en la emoción. A veces la emoción sufre un cambio cualitativo aunque no cambie en el nivel cuantitativo, el paciente pasa de sentir miedo a sentir rabia. Puede pasar por toda una variación de emociones hasta que deja de haber perturbación emocional.
- Revelaciones progresivas. Como la información se va transmutando, el cliente va teniendo revelaciones que le acercan a una comprensión mayor del incidente. Aquí es importante que la terapeuta no intervenga, ya que la visión de la paciente no será completamente funcional hasta que llegue a la última estación de información plenamente adaptativa. Cuando le digamos “piense en ello”, él se concentrará en lo que sienta más pertinente de la información.
- Emociones nuevas de carácter positivo. ¿En qué parte de tu cuerpo sientes eso? Y luego se inicia otra serie. Es importante fortalecer las nuevas emociones porque forman parte de la red adaptativa.
- Sensaciones físicas que cambian. Se pide al cliente que centre su atención en la nueva localización de las sensaciones, y que deje que suceda lo que sea.

Evaluación del proceso

Cada vez que un canal del trauma ha sido procesado, volvemos a reevaluar el recuerdo inicial, para comprobar cómo le viene al paciente ahora a la mente. Se dice que “un canal ha sido limpiado” cuando tras reducirse la perturbación emocional, no aflora nada nuevo después de dos series consecutivas. Entonces se le indica que vuelva de nuevo al recuerdo original, y con lo que le venga iniciamos una nueva serie “piensa de nuevo en el incidente, ¿qué te viene?” O “¿qué te aparece?” “¿Qué obtienes?” La tendencia dominante es a que las sucesivas veces que vuelvo al recuerdo, éste resulta menos amenazador, más distante, o se percibe de un modo diferente. Esto indica que está habiendo procesamiento. Y así sucesivamente voy limpiando los siguientes canales.

Podemos dar esta fase por finalizada cuando la emoción negativa tiene un nivel de perturbación de 0, es decir, cuando ha desaparecido por completo.

FASE 5: Instalación de la cognición positiva

Ahora el recuerdo ha sido plenamente desensibilizado y el paciente puede recordarlo sin que le afecte. Normalmente resultan visibles su alivio y tranquilidad. En esta fase se pretende incrementar la fuerza de la creencia positiva del cliente sobre sí mismo (cognición positiva), en relación al suceso traumático. A este proceso se denomina instalación y sólo se realiza si la emoción negativa ha desaparecido por completo. Por ejemplo, si al principio sentía “soy un ser indefenso” y ahora siente “tengo el control sobre mí mismo”, queremos fortalecer la sensación que le produce esa creencia. Le preguntamos cómo de cierta siente ahora la cognición positiva de 1 a 7, y buscamos fortalecerla hasta que llegue al máximo, a un 7.

El terapeuta pide al paciente que ponga su atención en el suceso tal y como le viene después de ser procesado y en la creencia positiva y que informe de lo que siente. Realizamos varias series de estimulación hasta que el paciente pueda *sentirla* totalmente cierta en su cuerpo. A veces en esta fase, al cliente le viene espontáneamente otra creencia positiva que es aún más global que la anterior cuando piensa en el suceso inicial. A raíz del procesamiento, puede considerar el suceso bajo una luz mucho más positiva de lo que imaginaba anteriormente. En este caso, es esta segunda cognición que le ha venido la que vamos a instalar. Es muy importante instalar aquella que sea más significativa, global y por tanto más generalizable.

Recordemos que “instalamos” la cognición positiva con la nueva sensación del recuerdo, y así se fortalece el vínculo asociativo entre ambos, de modo que si se detona el recuerdo del incidente original, irá acompañado de la sensación que produce dicha cognición positiva (ej “estoy a salvo, confío en mí mismo”). A su vez, puede generalizarse a otro material traumático asociado. Además, proporciona una sensación de poder personal a la paciente de modo que pueda encarar sucesos presentes y futuros. El fortalecer la cognición positiva es crucial, porque la cognición negativa que queda grabada en el sujeto a raíz de las experiencias traumáticas condiciona la vida de la persona generando un marco referencial desadaptativo basado en creencias de indefensión, desvalimiento, culpa y sentimientos de estar en peligro. El cambio en dichas creencias le va a facilitar el afrontamiento del futuro.

FASE 6. Exploración del cuerpo

Tras instalar la cognición positiva, se pide al sujeto que mantenga en mente el recuerdo o lo que le venga ahora de él y la cognición positiva mientras explora mentalmente su cuerpo en busca de alguna tensión física residual. Si existe alguna, se convierte en blanco de las siguientes series. A veces van desapareciendo tras unas cuantas series, y aumenta la sensación de bienestar. Pero otras, aparecen nuevas memorias somáticas que revelan información adicional, y pueden abrir nuevos canales: enojo porque la patología haya estado tanto tiempo, temor hacia el nuevo tipo de persona en la que se convertirá el paciente. Por tanto esta fase puede ayudar a resolver cualquier información residual no procesada anteriormente.

La fase de exploración termina, cuando el cliente, teniendo en mente el suceso y la cognición positiva no experimenta ninguna tensión en el cuerpo. Normalmente experimenta una sensación positiva y podemos fortalecerla con algunas series adicionales.

FASE 7: Clausura de la sesión EMDR

Ya que en una sesión no siempre se completa un procesamiento, al final de cada sesión se debe restituir al paciente a su equilibrio emocional si no se ha completado el reprocesamiento. Si al final de una sesión de EMDR la persona muestra signos de preocupación, o si está experimentando una abreacción, el clínico deberá utilizar técnicas de contención, hipnosis o visualización guiada, para que recupere la tranquilidad.

El cliente debe estar preparado para que puedan venir imágenes, pensamientos y emociones perturbadoras entre sesiones, que evidencian que es necesario continuar el procesamiento. Previamente, al paciente se le han enseñado técnicas de relajación, visualización y autocontrol emocional para manejar estas imágenes que le pueden surgir durante la semana. Como ya mencioné, es importante no aplicar esta técnica con pacientes que puedan descompensarse con facilidad.

Normalmente veremos al paciente una vez a la semana, para darle la oportunidad de integrar el material que ha sido procesado. En algunos casos dos, si surgen recuerdos muy perturbadores. Asimismo, las sesiones de procesamiento deberían durar 90 minutos, lo que garantiza que la mayor parte de la carga traumática pueda liberarse.

Entre sesiones

Aparte de las técnicas que le hemos enseñado, es útil que el paciente escriba un diario para que pueda distanciarse de las emociones cuando aparecen y registrarlas, así como pesadillas, recuerdos etc. Eso permite al paciente tomar distancia y sentirse en control, y al terapeuta ver

si hay algo nuevo que se debe trabajar en relación al recuerdo traumático. No se deben enfocar recuerdos traumáticos nuevos hasta que desaparezcan las reverberaciones ocasionadas por los recuerdos traumáticos trabajados. Si aparece una pesadilla vinculada a lo trabajado, es importante procesarla antes de ir a un nuevo suceso traumático. El diario o bitácora del paciente a veces nos da la guía de por dónde seguir trabajando.

FASE 8: Reevaluación

Después de cada sesión de EMDR es importante reevaluar en qué grado se ha resuelto el material procesado en la sesión anterior y si es necesario un nuevo procesamiento. Esto requiere resolver los siguientes factores:

- ¿Se resolvió el blanco individual? ¿Hasta qué punto puede creerse la cognición positiva? Si la imagen se presenta aún con elementos perturbadores deberá seguirse procesando.
- ¿Se ha activado algún material asociado que no fue atendido?
- ¿Se han reprocesado todos los blancos necesarios para permitir que el cliente se sienta en paz con el pasado, fuerte en el presente, y preparado para asumir el futuro?
- ¿Ha realizado una asimilación adecuada para integrarse en un sistema social sano?

Cada sesión está integrada en un plan global de tratamiento, por eso la reevaluación es fundamental y el número de reevaluaciones variará de un paciente a otro. En el caso de supervivientes de traumas infantiles y experiencias traumáticas múltiples, requerirá reforzar, volver a evocar y procesar durante muchas sesiones consecutivas.

Incluso tras un periodo de distanciamiento, el pedir a un paciente que retome un recuerdo que ha sido blanco de un tratamiento resulta un buen método para poner a prueba los efectos del mismo, eso re-estimula la neuro-red y determina de que modo está almacenado ahora dicho recuerdo. También debe reevaluarse los blancos en el caso de que el cliente estuviera tomando medicación psiquiátrica en el momento del reprocesamiento, ya que ciertos recuerdos solo afloran si el cliente es capaz de sentir ansiedad, y la medicación no permitía sentir esta.

FINALIZACION DE LA TERAPIA

Aunque se vayan reduciendo el número de sesiones de tratamiento, el hecho de que el cliente siga registrando en su diario las experiencias emocionales es útil para su seguimiento, a la hora de ir distanciando las sesiones. Los seguimientos extensos son importantes en el caso de clientes con historiales de abuso prolongado, debido a que las creencias negativas que derivan del abuso seguramente han conducido a circunstancias en la vida adulta que refuercen de forma constante sentimientos de impotencia y de bajo valor personal. Recordemos que en estos casos, el EMDR se utiliza para instaurar patrones positivos.

A veces antes de la despedida también es importante recordar, sobre todo a las víctimas de múltiples traumas, que la vida misma trae sus impactos al sistema nervioso, que implican reacciones emocionales no siempre adecuadas, dependiendo del número de factores implicados, incluyendo el equilibrio químico y hormonal, el nivel de fatiga y la convergencia de estímulos, etc. Es decir que una vez curado el trauma no desaparecen los problemas, ni las reacciones del sistema nervioso. Pero que esas señales pueden servirles para emprender una acción en la vida real y tomar las medidas para atender la situación perturbadora. Otros necesitarán comprender la diferencia entre el "no puedo" y el "prefiero no hacerlo" o incluso el "no quiero".

Es importante que el paciente se vaya con un sentimiento de fuerza interior y de confianza en su capacidad para realizar un autoseguimiento y autoapoyo en la etapa posterior a la terapia. Y si necesita volver, antes deberá intentar poner en marcha sus recursos primero. La solución de una perturbación quizá sea tan simple como tomar medidas apropiadas o emplear autohipnosis, visualización o meditación.

CASOS ESPECIFICOS Y PROBLEMAS EN EL PROCESAMIENTO

Es importante saber que sólo en el 50% de los casos el paciente podrá completar el procesamiento con un procesamiento estándar. En la otra mitad de los casos, el clínico tiene que emplear estrategias adicionales y procedimientos avanzados del método EMDR, que veremos a continuación.

Tratar abreacciones emocionales

Por abreacción se entiende la “re-experimentación” del material estimulado (recuerdo traumático) a un nivel elevado de perturbación emocional. Es una parte normal y potencial del procesamiento emotivo y cognitivo. Al cliente puede revivir tanto las señales sensoriales que fueron percibidas originalmente, así como los pensamientos, emociones que pasaron por su mente en el momento del suceso. Todo ello es información almacenada disfuncionalmente. No se va a dar un *flashback* completo puesto que mantenemos el enfoque dual: conciencia del pasado y de seguridad en el presente simultáneamente. Por estudios se ve que la abreacción tiene menor duración en el tiempo que estado hipnótico (de 4 a 5 veces más rápido). El terapeuta se ocupa de ofrecer una seguridad absoluta al paciente, respeto y apoyo incondicional. Pero no frena la abreacción.

Pautas a conocer para las abreacciones:

1. El tratamiento EMDR no provoca la angustia del cliente, solo la libera.
2. Una abreacción tiene una etapa inicial, una etapa intermedia (como la cresta de la ola) y una final.
3. La abreacción sucede al mismo tiempo que se procesa la información (completamente diferente al procedimiento de *flooding* o anegamiento de la terapia cognitivo conductual), y es el signo de la transformación del material perturbador. Si dejamos que suceda sin dejar de estimular, generalmente ese nivel de perturbación no volverá a aflorar en las sesiones siguientes.
5. La actitud del terapeuta debe ser la de brindar al cliente el apoyo necesario ante las diversas emociones de éste, con una “distancia compasiva”, pero responsabilizándose de la seguridad de la situación, indicando al paciente que es “material antiguo, y que a pesar de que lo reviva ya pasó”. Tono de voz tranquilizador, mucha presencia, expresiones como, “eso es, nóvalo, muy bien” etc.
6. A algunos pacientes les ayuda la metáfora de conducir un automóvil a lo largo de un túnel. Si mantenemos firme el pie en el acelerador llegaremos antes al final del túnel. Sabiendo también que puede parar en el momento que lo desee.
7. Es importante que el terapeuta vea las señales no verbales del cliente, para observar los cambios fisiológicos que indican que la abreacción ha terminado y concluir la serie: cambios en el movimiento ocular, en la tensión facial, en la postura corporal, en el ritmo de la respiración, en el color del rostro. Los estratos nuevos se manifiestan antes físicamente que cognitivamente.

La duración del periodo de descanso entre series es determinada por las necesidades de la persona individual. Este permite que la paciente se reorienta en el presente, que verbalice lo que sienta como más relevante, y también proporcionarle un descanso a la mente. La terapeuta no reinicia los movimientos oculares si la persona tiene que ser estabilizada emocionalmente y si necesita mayor seguridad. También el procesamiento continúa en los descansos y por eso el cliente tiene que prestar atención a una nueva abeación. Es importante reforzar la atención dual del paciente, para que pueda sentirse conectado con su terapeuta, y se sepa en el marco de seguridad.

Sin embargo durante la abeación pueden suceder dos cosas: que el paciente se disocie; o que no se sienta capaz de tolerar el nivel de perturbación e indique al terapeuta que quiere parar.

En ambos casos, existen estrategias avanzadas para manejar ambas situaciones, que la autora describe detalladamente.

Problemas en el procesamiento

El procesamiento impedido

Ya hemos comentado varias razones por las que pudiera detenerse el procesamiento: porque el paciente cree que las cosas tienen que ser de determinado modo, y espere que “algo concreto” suceda; por deseo de agradar al terapeuta, o por una alta autoexigencia en relación al logro de la técnica; por miedo al fracaso, que conecta con la sensación de “no estar haciendo bien las cosas”.

Cuando el terapeuta introduce una reestructuración cognitiva o una intervención que “saca” al paciente del procesamiento -pero también cuando el cliente introduce deliberadamente un elemento, en mitad del procesamiento- éste se bloquea, por ejemplo, si en mitad de una abeación introduce una afirmación positiva para aliviar su dolor. Siempre le preguntamos “¿estás haciendo o diciéndote algo deliberadamente?” Si es así, le pedimos que deje de lado el comentario, sin intentar forzar nada.

Cuando nos damos cuenta de que esto sucede, es sencillo volver a liberar el procesamiento, simplemente hablando con el paciente. Pero en otros casos necesitaremos emplear estrategias adicionales, desde las más sencillas hasta las que implican una versión más “proactiva” del método.

Modos sencillos de re-estimular el procesamiento

Cambiar la dirección, duración, velocidad, altura o intensidad de la estimulación.

Enfocar la atención en las sensaciones corporales nada más, dejando de lado las imágenes o pensamientos.

Cuando hay tensión corporal en la mandíbula, a veces indica la necesidad de dar voz a palabras que el cliente ha reprimido durante el trauma o en la infancia. Aquí apoyamos al cliente a verbalizarlas en su mente y después en alto si lo necesita. Sea lo que sea que el cliente necesite verbalizar le apoyamos a hacerlo.

Usar el movimiento. A veces al cliente se le aprietan los puños, porque no pudo realizar un movimiento, o quedó impedido durante la experiencia traumática. Cuando el cliente sienta una tensión que indica que una reacción fue suprimida, le alentamos a realizar el movimiento asociado. Por ejemplo, dar un golpe en el brazo del sillón.

Presionar la zona donde se localiza la sensación física. Esto a veces, hace que aflore un pensamiento o imagen asociado al recuerdo.

Cambios la focalización de la siguiente serie. Que revise mentalmente toda la escena para descubrir si hay aspectos particularmente perturbadores en la actualidad: sonidos, olores, o parte del diálogo que sucedió etc. Y partir de ellos en la siguiente serie.

Cambiar la imagen del recuerdo, como si de una película se tratara:

La apariencia de la imagen: que se vea más clara, borrosa, distante o en blanco y negro. Preparo bien al cliente para que tenga un buen control de la alteración, a veces utilizando hipnosis o relajación. Como si tuviera un mando a distancia

Visualizar la escena fija, como si de una foto se tratara.

Imaginar que hay un muro de vidrio entre el agresor y la persona.

Cuando afloran muchos sentimientos y pensamientos perturbadores, redirigir la atención de la persona hacia el último suceso perturbador.

Otras causas por las que el procesamiento se detiene: soluciones

Cuando el paciente no ha podido continuar el procesamiento cambiando los aspectos del blanco anteriormente mencionados, debemos reevaluar otros factores que ocasionan la perturbación. Posponemos entonces retornar al blanco original y aseguramos al paciente, que redefinir la sesión de EMDR es parte de la estrategia clínica.

Recuerdos alimentadores. Se refiere a recuerdos previos que no habíamos detectado anteriormente y que alimentan el recuerdo que estamos trabajando. Ayudamos al cliente a que encuentre un recuerdo anterior con el mismo sentimiento predominante, o la misma creencia negativa. Consiste en explorar hacia el pasado desde la emoción dominante y su correspondiente sensación física, con la estrategia denominada “puente afectivo”, o *float back*. Esta tipo de actuación puede realizarse en estado hipnótico o en un nivel de conciencia normal.

Creencias obstaculizadoras. A veces en el procesamiento la emoción se reduce pero no llega a desaparecer, o el paciente no consigue creerse la cognición positiva. En ese caso preguntamos al paciente ¿qué impide que la emoción se reduzca a 0? O ¿qué impide que la creencia positiva alcance el nivel 7? Con esta sencilla pregunta, a veces el paciente responde “no merezco ser del todo feliz” “es demasiado para mí”. Y aparece una creencia limitante que impide seguir avanzando. Esto no siempre se ve así de claro, pero muchas veces detrás de un procesamiento impedido hay una creencia bloqueadora. Una de las funciones del terapeuta es ayudar al paciente a que averigüe cuál es y, después, cómo se gestó, quien le transmitió esa idea, para convertirla en otro blanco del procesamiento si nos impide seguir avanzando. Si es así, estará afectando a otras áreas de la vida del paciente. Creencias de este tipo pueden ser “si alcanzo el éxito me abandonarán”, “si hago lo que quiero no me querrán”, “no merezco el amor de alguien tan bueno”, etc.

Temores. Los temores en relación al resultado del proceso también han de ser procesados. Estos suelen tener que ver con las ganancias secundarias: con quién o qué deberá confrontar el cliente si la terapia resulta eficaz. Podemos detectar la existencia de temores por una tensión pronunciada, detenerse continuamente a mitad de las series de movimientos oculares, dificultad en realizar los movimientos oculares, reticencia a hacer EMDR incluso cuando haya tenido resultados positivos previos, indicios de miedo o indecisión, tanto verbales como no verbales.

Temor a volverse loco. Sobre todo si los sentimientos son intensos y confusos. Asegurar al

cliente de que sus emociones son parte de la vieja experiencia y que se puede atravesar la experiencia con gran velocidad manteniendo el pie sobre el acelerador lo mismo que al atravesar un túnel oscuro.

Temor a perder los recuerdos agradables. Cuando no logran que aflore la imagen tras el procesamiento de un recuerdo traumático puede aparecer este temor. Hay que asegurar al paciente que los recuerdos se mantienen y que, si acaso, cambia la imagen, lo único que “se borra es el impacto del mismo”. A veces se puede llevar a la persona a un recuerdo positivo para que constate que no ha desaparecido.

Temor al cambio. Este es el más difícil de afrontar. Se manifiesta en: temor al éxito, al fracaso, a lo desconocido, a la pérdida de identidad, a la pérdida de control, a con quién deberá confrontarse si la terapia funciona, a perder al terapeuta, a traicionar los mandatos de los padres o a serles desleal. Podemos preguntarle en relación al temor al cambio ¿en qué zona del cuerpo localiza ese temor? A veces se disipa solo, y otras le llevamos al origen del temor y hay que procesar ese recuerdo. Explorar la cognición negativa asociada con dicho miedo.

Todos ellos han de ser atendidos. ¿Qué sucedería si ... –le mencionamos un temor-? A partir de ahí se puede establecer una jerarquía de creencias negativas que obstaculizan la capacidad de cambiar.

Hay temores que se pueden trabajar con un plan de acción. El temor a la separación se puede manejar con un contrato de continuidad en el apoyo terapéutico.

Cuando un cliente ha participado en una terapia anterior durante mucho tiempo, le cuesta asumir la posibilidad de un cambio rápido. Se suele detectar porque: hablan mucho de sus experiencias y quieren controlar rígidamente todo el proceso. A veces este temor surge después de haber hecho un procesamiento efectivo de sucesos traumáticos importantes, y se toma conciencia de la necesidad de integrar el nuevo autoconcepto en su contexto presente.

PACIENTES GRAVES. LA VERSION PROACTIVA DEL METODO EMDR. EL ENTRETEJIDO COGNITIVO.

Los pacientes gravemente perturbados, generalmente tienen una historia de múltiples traumas y ausencia de estructura y contención. Debido a sus déficits, no pueden realizar un procesamiento efectivo por sí mismos. Por eso se creó la versión proactiva del método, que muestra estrategias avanzadas de EMDR, como el entretendido cognitivo.

El entretendido cognitivo se refiere a que terapeuta introduce durante la sesión intervenciones de tipo cognitivo que puedan “entreteter” terapéuticamente las neuro-redes apropiadas y las asociaciones. La terapeuta inicia los entretendidos con preguntas o instrucciones, que obtienen como respuesta del paciente pensamientos, sentimientos, acciones o imágenes. Esta técnica no sólo se utiliza con pacientes graves sino también en los siguientes casos:

- Cuando el paciente entra en un *looping*, o círculo vicioso de pensamientos negativos, sentimientos, e imágenes que se repiten, generándole gran confusión y perturbación.
- Cuando la persona no tiene información suficiente para poder avanzar cognitiva o conductualmente por déficits educacionales o vitales (ausencia de modelos adecuados, etc.).
- Cuando el procesamiento no se generaliza a otros recuerdos.
- Cuando hay presiones de tiempo para contener al paciente: por ejemplo si se da una abreacción justo al final de la sesión.

Se utiliza como último recurso. Antes la terapeuta ha debido trabajar: los posibles miedos, ganancias secundarias y creencias obstaculizadoras del paciente, y ha debido probar otras estrategias aplicables a las abreaciones y a la detención del procesamiento. Esta estrategia se enseña en la formación avanzada de EMDR, para que así la terapeuta sólo la aplique cuando haya experimentado el alcance y los límites que tiene el método EMDR convencional. Es importante tener suficiente experiencia con el método para ver cuánto material se puede procesar con “el sistema de procesamiento” del paciente sin necesitar una intervención clínica adicional.

La base teórica del entretejido

Sabemos que el material disfuncional se almacena en una neuro-red con el contenido emocional y cognitivo del suceso traumático y con la perspectiva infantil del momento en que sucedió, que está aislada de las neuroredes adaptativas que contienen la información adulta del presente, y que, tras el procesamiento con EMDR, se vinculan ambas neuro-redes, y se genera un riel de unión, a nivel metafórico, entre las mismas. Con el entretejido cognitivo es el terapeuta quien le da al paciente ese riel que una ambas informaciones, para que pueda producirse dicho resultado, porque él mismo no es capaz de hacerlo. Se le da al paciente una información, similar a una reestructuración cognitiva, o una pregunta que pueda aceptar a nivel cognitivo (incluso si no es capaz de crearla o si la emoción no acompaña), y a partir de ahí se hace una serie de estimulación. Si es válido en el procesamiento del paciente, se produce un nuevo cambio en la información; si no lo acepta o no es lo que él necesita, exploraremos lo que ha surgido hasta que podamos darle “un riel adecuado” para él, que le resulte válido y pueda estimular de nuevo el procesamiento. Pero el entretejido para que sea eficaz debe aplicarse con moderación y teniendo en cuenta que el paciente no pasa directamente de un estado negativo intenso a uno muy positivo, sino que se va transmutando progresivamente en una secuencia cada vez más adaptativa. Por tanto, la intervención la adecuaremos al momento en el que el paciente puede recibirla.

La temática en la que se suele utilizar

La experiencia clínica demuestra que hay tres temas importantes que aparecen en los incidentes traumáticos y que son difíciles de procesar, y en los que más suele ser necesario “entretejer”:

1. *La culpa.* Los niños y niñas se atribuyen la culpa de los incidentes que les sucedieron, y así queda grabado en el sistema emocional (sistema límbico) del adulto que acude a consulta. Cuando el paciente se atribuye a sí mismo la responsabilidad de lo que pasó, se halla en un estado de indiferenciación infantil en el que ha internalizado el peligro y, por tanto, no puede escapar de él. Al sacar al paciente de este estado, puede desplazarse de la identificación a nivel primario con el trauma (con el terror y la autodenigración asociados) a un estado madurativo de diferenciación personal en el que puede distinguir los límites apropiados y tener un juicio adulto del suceso. Es muy común tener que trabajar en esta línea en los incidentes de abuso sexual. El objetivo de los entretejidos en este tema es que se pueda atribuir la responsabilidad de lo que pasó a la persona adecuada, diferenciar su ser de las situaciones de peligro y salir de la sensación de culpa. Una intervención en ese sentido sería: “Y como adulto, ¿quién crees que es responsable de lo que te pasó?” Y si el paciente está de acuerdo a nivel cognitivo de que el responsable es el agresor, entonces inicio una serie de estimulación, para que pueda “integrar” dicha creencia. Esto no suele ser fácil puesto que la culpa está muy arraigada y por eso existen múltiples opciones de entretejido para hacerlo.

2. *La seguridad en el presente.* Después de poder hacer esa diferenciación puede separar las situaciones de peligro de su propio ser, y esto difumina ese terror infantil con el que convive y lo convierte en miedo focalizado en cosas concretas. Puede aprender a sentirse seguro en el presente sin esa constante sensación de peligro con la que conviven los supervivientes de traumas severos. Es importante que pueda sentir que aquello pasó hace mucho tiempo. Y una

intervención del estilo “ya pasó, estoy a salvo en el presente” puede ser muy liberadora cuando el procesamiento se bloquea. Sólo cuando la persona se siente segura en el presente pueden aparecer otros sentimientos que hay tras el miedo: la rabia, la repugnancia y el dolor. Lo que aparezca debe ser expresado abiertamente y procesado.

3. La confianza en uno mismo como adulto y en la capacidad de tomar decisiones adultas. Sólo desde la seguridad puede nacer un sentimiento de confianza en sí mismo, en que el paciente podrá sentirse capaz de elegir y tomar decisiones en el futuro, y puede incorporar un locus de control interno, que no le deja a merced de lo que pase. “Como niño no podía elegir, ahora soy adulto y puedo” “Ahora ya tengo el control de mí mismo”.

Ajustar la intervención al cliente

Existen numerosas formas de hacer un entretejido: algunas de ellas similares a una reestructuración cognitiva, otras como son confrontaciones, se usa la técnica socrática y también técnicas paradójicas, e incluso pequeñas metáforas o cuentos que ayuden al paciente a darse cuenta de que se encuentra bloqueado en un punto de vista infantil. Pero es importante ajustar la intervención a cada paciente. Al aplicar estas estrategias es suficiente con que el paciente las comprenda y esté de acuerdo con ellas a nivel racional y, si son las que necesita escuchar, después de varias series de estimulación, podrá integrarlas a nivel emocional e interiorizarlas. A veces el paciente carece de la información mínima para saber cómo deben ser las cosas en un entorno de salud mental. Otras el bloqueo producido por el trauma hace imposible ver alternativas o soluciones que están ahí. Intervenciones del terapeuta muy sencillas pueden suponer auténticas revelaciones para estos pacientes, las mismas que “les suceden de modo espontáneo” a los pacientes que procesan con facilidad con el método EMDR convencional.

CONCLUSIONES, REFLEXIONES PERSONALES E INVESTIGACIÓN

En los últimos capítulos del libro, la autora explica los protocolos de abordaje específico con diferentes poblaciones. Contienen una serie de elementos que los diferencian de la aplicación a otras poblaciones y que se han demostrado útiles desde la experiencia clínica, y validados en la predicción de resultados. Muestra protocolos para trabajar: para un solo suceso traumático, para ansiedad actual y conductas actuales, para sucesos traumáticos muy recientes, protocolo para fobias, para dolor excesivo o crónico, para enfermedades y desórdenes somáticos, para víctimas de abuso sexual, para niños, parejas, veteranos de guerra etc.

También explica procedimientos de autoaplicación de series de movimientos oculares para la reducción del estrés y procedimientos de autocontrol y de clausura. La autora insiste mucho en que si bien el método es muy sencillo, es necesaria una formación adecuada y supervisión, por los posibles problemas que pueden surgir, y que ya se han mencionado.

El último capítulo está dedicado a mostrar teoría sobre el funcionamiento del cerebro, y conclusiones sobre diversas investigaciones y estudios controlados que se han realizado con EMDR y sus dificultades. Al final del libro hay un apéndice para los y las terapeutas que utilizan EMDR, con tablas que pueden serles de utilidad en su trabajo clínico.

Palabras de la autora, Francine Shapiro que resumen la aportación esencial del EMDR

“El modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información ofrece una teoría unificadora que subyace en todas las modalidades psicoterapéuticas, pero además crea UN NUEVO TERRITORIO al definir la patología como información almacenada disfuncionalmente, que puede ser reasimilada de modo apropiado por medio de un sistema de procesamiento. Y al

clínico se le ofrece un nuevo papel, el de ayudar a facilitar los efectos positivos del tratamiento”.

En EMDR el diagnóstico específico de la patología es menos importante que el hecho de enfocar y procesar adecuadamente las experiencias tempranas que están generando los síntomas, las características y las conductas disfuncionales que padece el cliente. Sobre todo porque ciertas etiquetas diagnósticas, como “trastorno de la personalidad” a veces sirven para encadenar al paciente a una montaña inamovible.

Se aconseja a los clínicos, utilizar el método EMDR y observar los resultados clínicos antes de intentar definirlo, o hacer que se ajuste a modalidades previamente establecidas. Permitir que el método defina sus propios parámetros con base a los efectos que produce, significa que los límites observados en otras modalidades pueden ser superados. Resulta crucial que el clínico observe las respuestas del cliente sin limitaciones preconcebidas.

En la práctica real el método EMDR puede ser definido como una terapia interactiva, interaccional, intrapsíquica, cognitiva, conductual, orientada al cuerpo y centrada en el cliente. Todas estas modalidades son integradas para tratar al cliente como una persona integral.

CONVERGENCIAS TEÓRICAS, CRÍTICAS Y OTRAS REFLEXIONES

Convergencias con otras orientaciones teóricas

El método EMDR, tal y como viene reflejado en el libro, es compatible con la mayor parte de las orientaciones teóricas.

Lo que sucede en una sesión de terapia con el método EMDR, seguramente sería nombrado de modo diferente por las diferentes orientaciones de terapia: la terapia conductista se fijaría en las respuestas condicionadas, las cadenas de aprendizaje, respuesta de generalización etc. La terapia cognitiva apreciaría el cambio progresivo de las estructuras y creencias cognitivas. Desde la terapia corporal: reichiana o bioenergética observará el cambio de las sensaciones físicas, el desbloqueo de las tensiones y corazas musculares, la terapia gestalt podría fijarse en el continuo fluir y en cambio de el fondo y la forma, el cambio de la estática emocional etc Y la terapia psicodinámica observaría una asociación libre acelerada, con multitud de insights etc. La importancia de los recuerdos de la infancia se ajusta claramente al modelo psicodinámico. Trabaja con la información traumática que aún está activa en la memoria, hasta que la persona pueda reconciliarse con ella, y con los modelos internos que tiene del mundo. Curiosamente sólo se produce cuando hay un vínculo de seguridad y contención en la relación terapéutica. La transferencia se trabaja en el modelo EMDR, procesando el recuerdo que dio lugar a que el paciente sienta lo que aparece en la terapia hacia la terapeuta. Es probable que si lo que el paciente siente hacia la terapeuta es miedo, haya que trabajar la relación con una “madre interiorizada” autoritaria o dominante. Y una vez más se busca el primer recuerdo que tenga el paciente de eso, y se procesa como un blanco específico.

Las estrategias para liberar el procesamiento impedido, recuerdan mucho a las que se enseñan en gestalt, en PNL y técnicas de trabajo en estado hipnótico, tanto de estabilización como de profundización. Cualquier psicoterapeuta que lea este libro encontrará resonancias de su propio modelo, de uno u otro modo.

Sin embargo, lo más llamativo para mí del proceso de procesamiento con EMDR, es que se producen “desbloques” de tensiones profundas a nivel corporal sin siquiera tocar el cuerpo, que el paciente tiene “insights, o comprensiones profundas” a veces antes de que la terapeuta pueda darse cuenta de lo relevante que es para él lo que le está viniendo a la mente y, otras veces, que después de sesiones de alta carga emocional donde el procesamiento se hace

lento y arduo para el paciente, una vez que se libera la emoción, las siguientes el paciente “procesa” con una facilidad tan grande, que a él (y terapeuta inexperto en EMDR al principio) le cuesta creer que esté sucediendo. Existe en la jerga del modelo de procesamiento de la información, incluso un término para cuando esto se produce y se llama el “fenómeno ápex”. Cuando el cambio sucede con una naturalidad y facilidad inesperada, el paciente no se cree que se deba al trabajo con “los movimientos oculares” o “los golpecitos”.

Valoración personal del libro

Este libro es el más exhaustivo que se ha escrito sobre EMDR, el que podríamos denominar “manual” obligatorio para terapeutas que utilizan el método, y en él se contemplan numerosísimas situaciones que se pueden dar durante su aplicación en psicoterapia. Sin embargo resulta repetitivo en los conceptos, que aparecen de formas diversas a través de los diferentes capítulos, completándose poco a poco unos a otros, como si de una “neuro-red” se tratara. Si bien es verdad que da una idea de la complejidad del método y reestructura la idea preconcebida del EMDR como “método mágico”, es un libro que pueden disfrutar terapeutas que deseen conocer la técnica de modo muy detallado, pero quizás demasiado amplio para quien sólo desee adquirir una visión general.

Investigación

Se sabe que se dan cambios a nivel neurológicos en los pacientes que han realizado una terapia en la que se incluye el procesamiento de la información traumática con EMDR. Esto resulta esperanzador, puesto que se han constatado las diferencias a nivel neurofisiológico de la persona traumatizada en relación a la que no lo está (Pitman, 1997). En los estudios sobre el método se insiste en la necesidad de investigar más al respecto. Hemos de tener en cuenta que es un método que se ha probado eficaz con veteranos de la guerra del Vietnam, con víctimas de violaciones, y en catástrofes naturales: terremotos etc. Existe incluso un protocolo de aplicación para grupos que se utiliza en estos últimos casos.

Lo mismo que algunos estudios conductuales (Nader, Schafe y Le Doux, 2000) demostraron que se puede invertir el condicionamiento en ratas al bloquear el proceso de síntesis de las proteínas en la amígdala cerebral mientras se expone al estímulo incondicionado, esto podría indicar algo semejante a lo que sucede en el procesamiento de recuerdos con EMDR. Parece ser que se da un mecanismo celular semejante al que se producía en las ratas condicionadas (Nader 2000). Pero, además, cambia ese estado del cerebro por el que se inclinaba por asociaciones débiles y hace posible que el cerebro forme y fortalezca asociaciones con sentimientos y emociones más positiva en sus valencias, logrando incorporar la información positiva que en estas se haya almacenado. Existe evidencia de que será el hemisferio izquierdo del cerebro más que el derecho quien active estas conexiones poderosas y que el hemisferio derecho tenderá más a activar las asociaciones débiles. De modo similar, la etapa del sueño lento propicia la activación de las asociaciones poderosas (Stickgold, Scott, Rittenhouse y Hobson 1999) mientras que en el estado REM se activan las conexiones débiles (Nakagawa 1991).

La esencia de cualquier tratamiento, según Pavlov, es el restablecimiento de un equilibrio neurológico, visión apoyada por Freud, Janet y por los actuales expertos en neurobiología como Krystal, van der Kolk y van der Hart. Shapiro propuso que los movimientos oculares quizá ejercieran un efecto directo sobre las funciones corticales, y las diferentes teorías proponen que quizá la causa de que esto se produzca sea la sincronización hemisférica que se da en este proceso.

Bergmann (2000) especula que el tratamiento EMDR, al inducir la activación bihemisférica puede funcionar como un marcapasos del sistema límbico, facilitando la regulación y la integración de una función cortical superior. Las investigaciones han demostrado además la existencia de una asimetría hemisférica en el procesamiento emocional. La noción de que la

activación sincronizada de ambos hemisferios produce efectos benéficos derivados del procesamiento de información se ve apoyada por investigaciones independientes. (Drake 1987, Drake y Seligman 1989, Merckelbcak y van Oppen 1989). Asimismo, se ha comprobado que en muchos pacientes los movimientos oculares producen respuestas de relajación en mucho mayor grado que otro tipo de estimulaciones, y que el estado cerebral durante el procesamiento es diferente por completo al estado hipnótico.

Los estudios controlados más importantes se han realizado con víctimas de PTSD y con veteranos de guerra. Pero existen muchos problemas metodológicos en la investigación, entre ellos la ausencia de tests psicométricos adecuados para medir la eficacia del cambio en el procesamiento de un solo recuerdo. Shapiro sugiere en su libro criterios para las investigaciones sobre resultados clínicos que resultarán interesantes para quienes estén interesados en ellas.

Lo más importante es que las observaciones clínicas de los efectos del EMDR pueden proporcionar a los investigadores de neurobiología, y de la memoria una oportunidad para comprender mejor los procesos fisiológicos, y para observar los patrones convencionales de asociación de recuerdos, y del procesamiento cognitivo o emotivo. Para Shapiro posiblemente *“el tratamiento sobre EMDR nos ofrezca una ventana al cerebro”*.

Mi experiencia clínica con EMDR

Aludo a ella puesto que, tras conocer este modo de trabajo y el modelo de procesamiento de la información, encaja con la formación teórica que he recibido pero, además, explica algunos factores que antes no podía detectar desde mis conocimientos anteriores.

Cuando comencé la formación en EMDR me había llegado una información parcial sobre el mismo, como una “técnica rápida y eficaz” para trabajar el trauma. Con esa ilusión y entusiasmo acometí la formación, que es verdaderamente breve, puesto que da por hecho que cada terapeuta va a integrarla en su propia forma de hacer terapia. Lo que descubrí tras la lectura del libro de Shapiro es que todo lo que puede tener de eficaz, también lo puede tener de “desestabilizadora” para algunos pacientes si no se aplica con cautela. Y si el vínculo no salva este posible fallo, una persona traumatizada puede re-traumatizarse, reviviendo emociones abrumadoras sin tener suficiente capacidad de autorregulación emocional. Como ya mencioné en algún momento de la reseña, la etapa de estabilización, denominada así en este modelo, contiene un trabajo de aprendizaje de autorregulación y de autocontención para el paciente, que se denomina “instalación de recursos” y que será muy útil para el posterior reprocesamiento del material traumático.

Otra de las cosas que me resultaba chocante desde mi marco teórico humanista, habiendo realizado formación en bioenergética, gestalt y terapia psicodinámica, es la cuantificación de las emociones y de las cogniciones. Al paciente se le pregunta qué emoción siente y cómo de perturbadora es de 1 a 10. Y después cómo de válida siente la creencia positiva de 1 a 7. El cuantificar me resultaba extraño. Sin embargo, hay que tener en cuenta que a veces un recuerdo puede tardar unas cuantas sesiones en procesarse, porque tiene múltiples repercusiones en la vida del paciente. Y al final de la sesión, al volver al recuerdo inicial, cuando el paciente se da cuenta que la intensidad de su emoción ha bajado de un 9 a un 6, puede constatar que ha habido un avance y eso le motiva de cara a las siguientes sesiones. Del mismo modo sucede con la creencia positiva que al principio le resulta tan lejana, que le cuesta muchísimo encontrarla, y cuando descubre que ya puede sentirla en sus tripas un 5 de una escala de 7 puntos, eso refuerza su capacidad de logro puesto que ha sido él quien lo ha conseguido. Cabe mencionar aquí también que se eligen dos escalas diferentes, una para las emociones de 10 puntos y otra para las cogniciones positivas de 7 puntos, y el objetivo es que el paciente pueda diferenciar más fácilmente cuando nos referimos a cada una de ellas. En mi experiencia inicial esto que parecía que iba a facilitar me resultaba confuso, y al paciente también, pero en cuanto interioricé el método, es más fácil que los pacientes puedan asimilarlo

también.

De acuerdo con lo que señala Shapiro, es muy importante asegurar la estabilidad del paciente y su fortaleza yoica en el momento de iniciar el método EMDR. A veces EL terapeuta, desde la ansiedad o desde la presión del paciente, aplica el método antes de tiempo, y lo que suele suceder es que el paciente se disocia, o sufre una elevadísima perturbación emocional, o simplemente no “sucede nada”. En algunos casos incluso el riesgo merece la pena porque aparece material que al paciente le sirve mucho después, en otros se bloquea y después tendrá reticencias a intentarlo de nuevo. Como crítica personal, y hablando desde mi experiencia clínica, no se insiste suficiente en la importancia del vínculo terapéutico, aunque sí se menciona en varios capítulos que no se debe utilizar el método hasta estar seguros de que el paciente va a poder tolerar las abreacciones y la perturbación emocional. Pero, en gran parte, si el paciente corre el riesgo de sentir todo ese dolor es porque hay un psicoterapeuta que da seguridad y que lo contiene de modo suficiente y que se hace cargo de la seguridad de la situación. En las etapas en las que se está procesando un trauma importante, el terapeuta debe estar disponible por si fuera necesario realizar alguna sesión adicional antes de lo previsto para poder cerrar algo que quedó inconcluso en la sesión anterior y que está removiendo demasiado a nivel emocional al paciente. Sin embargo, si nos aseguramos que el paciente está suficientemente fuerte para recibir el impacto de la técnica, tolerará perfectamente lo que suceda entre sesiones y no comunicará una gran perturbación emocional. Lo mismo que el bebé recibe cualquier leche de la madre si es con amor, y la alimentación sólida en el momento adecuado, el paciente recibe cualquier técnica si el vínculo es bueno.

La versión proactiva del método, es la que más se va a utilizar con la mayoría de los pacientes graves. Tiene la ventaja de que las intervenciones que realiza la terapeuta durante el procesamiento, y que el paciente puede entender cognitivamente pero sentir, si no se realizan en el momento adecuado: confrontaciones, interpretaciones, reestructuraciones cognitivas, señalamientos o cualquier forma de intervención que pretenda conseguir un insight en el paciente, aquí puede realizarse antes en el tiempo. Esto es debido a que en un estado ordinario de conciencia, el paciente recibiría esa información solo a nivel racional y la entendería desde su neocortex, pero no llegaría a su sistema límbico, o dicho de modo coloquial, lo sabe pero no logra sentirlo. Sin embargo en estados alterados de conciencia, como el estado hipnótico o este estado que se produce durante el procesamiento en el que se están activando alternativamente hemisferio derecho e izquierdo, parece ser que se da una “sincronización hemisférica”, que hace que la información se asimile también a un nivel emocional. Y esto es el paciente el que nos lo va a hacer saber. Asimismo, pacientes con relativamente poca capacidad de introspección y pocas prejuicios y expectativas sobre qué es una terapia, cuando empiezan a hacer EMDR, van “conectando” con recuerdos infantiles que ni siquiera recordaban que estaban ahí, es decir, realizan una asociación libre en un tiempo mucho menor de lo que lo harían en un estado en el que solo se verbaliza, ante la sorpresa de ambos: terapeuta y paciente. Hay paralelismos entre lo que describe Shapiro y lo que describían Janet y también Freud en su primera versión la génesis del trauma, incluso al describir el modo como al paciente le venían los recuerdos.

Quizás lo más hermoso de todo, y me permito acabar así, es que lo que grandes genios de la psicología intuían hace un siglo, comienza a ser comprobado hoy con modernas técnicas por las investigaciones de neurofisiología. Ojalá sigamos aprendiendo nuevos métodos para ayudar a nuestros pacientes, generándoles un espacio de contención y seguridad pero también un espacio eficaz, que pueda evitarles pasar por más dolor del necesario. Pues ya padecieron mucho.

anaisabel.galve@gmail.com