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

Eduardo H. Cazabat, Lic. En Psicología
Master Traumatoligist, Director Asociado de Revista de Psicotrauma para Iberoamérica
Coordinador de Areas Científicas-SAPsi (Soc. Arg. De Psicotrauma)
EduCazabat@yahoo.com.ar
http://www.geocities.com/cazabat

Resumen

EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares) es un abordaje terapéutico novedoso y efectivo. Desarrollado por Francine Shapiro a partir de 1987, ha concitado la atención de clínicos e investigadores, contando al día de la fecha con la mayor cantidad de estudios controlados en el campo del trauma psicológico, brindándole un sólido apoyo empírico.
Integrando elementos de orientaciones tales como la psicodinámica, la cognitiva, la conductual, y la corporal, EMDR trasciende a todas ellas, constituyendo un abordaje en sí mismo.
Compuesto por ocho fases claramente establecidas, EMDR brinda alivio rápido y duradero a diversos problemas.

Palabras Clave: EMDR, Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares, Trauma psicológico, psicoterapia

Abstract: EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) is a novel effective psychotherapeutic approach. Developed by Francine Shapiro since 1987, it has interested clinicians and researchers alike. Up to date, it has undergone more controlled studies in the field of psychological trauma than any other psychotherapy, which has granted it strong empirical support.
Taking elements from psychodynamic, cognitive, behavioral and body-oriented approaches, EMDR surpasses them all to become an approach on its own right.

EMDR, structured in eight well defined phases, provides quick and lasting relief for various psychological conflicts.

Key Words: EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Psychological trauma, psychotherapy

Introducción

Aun cuando el trauma psicológico es una realidad presente a lo largo de toda la historia de la humanidad y en la vida cotidiana de millones de personas, su estudio y tratamiento ha quedado relegado por diversos motivos políticos e ideológicocs (Herman 1996, Cazabat, 2003).

Desde 1980, con la inclusión del diagnóstico de estrés postraumático en el DSM III, el estudio del trauma psicológico cobró un nuevo auge. Es así que se desarrollaron protocolos que fueron aplicados principalmente a poblaciones tales como veteranos de Vietnam y mujeres violadas. Los abordajes más investigados son los de orientación cognitivo conductual, especialmente los protocolos de Terapia de Exposición Directa (DTE, Direct Therapeutic Exposure, desarrollados por Foa y Keane) y el Tratamiento por Inouclación de Estrés (SIT, Stress Innoculation Technique, de Meichenbaum)

Sin embargo, “los esfuerzos para encontrar un tratamiento eficiente y efectivo del trastorno por estrés postraumático han sido lentos (Carbonell y Figley, 1999). Los tratamientos parecen requerir un monto considerable de tiempo, y son emocionalmente demandantes, tanto par el paciente como para el terapeuta.

En este marco, se desarrollaron nuevos tratamientos no tradicionales del trauma psicológico, entre los que se destaca EMDR

Un poco de Historia

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

En 1994, EMDR fue incluido junto a TIR (Traumatic Incident Reduction, o Reducción de Incidente Traumático), TFT (Thought Field Therapy, o Terapia del Campo del Pensamiento) y VKD (Visual Kinesthesic Dissociation, o Disociación Viso Kinestésica) en la Demostración Clínica Sistemática desarrollada por el Dr. Charles Figley en la Florida State University. En este estudio se asignaron pacientes víctimas de traumas de manera aleatoria a los representantes de las cuatro escuelas seleccionadas, asignádoseles un tiempo de una semana para que administraran el tratamiento. Al cabo de la semana, comparando las medidas pre y post-test, la mayoría de los pacientes habían recibido un alivio significativo a sus sufrimientos, habiendo sido el promedio de adminsitración de EMDR de aproximadamente 3 horas.

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

Supuestos Básicos

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

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

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

En el caso de los eventos traumáticos, la intensa reacción fisiológica de estrés y terror, bloquearía el procesamiento de la información recibida en el momento del trauma, la cual quedaría ahora archivada bajo la forma de sensaciones, percepciones, recuerdos, creencias e ideas perturbadoras, de la misma manera en

que fueron experimentadas originalmente. El procesamiento de esta información queda bloqueado, y diversos estímulos externos e internos asociados al trauma pueden disparar las perturbaciones bajo la forma de flashbacks, reexperimentaciones, pesadillas, activación fisiológica, etc. La red neuronal en la que esta información está depositada parece estar aislada de la información adaptativa contenida en otras redes. Es así que muchos de los consultantes que sufren algun tipo de patología postraumática (desde una fobia simple a un estrés postraumático severo) saben que no “deberían sentirse así” (amedrentados por un simple gato, o reaccionar como si estuviera bajo fuego enemigo al escuchar un portazo) pero no pueden reaccionar de otra manera.

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

El tratamiento en fases del EMDR

El EMDR se estructura en ocho fases, según se describen a continuación.

1ª Fase: Historia del Paciente y Plan de Tratamiento. Como en todo procedimiento psicoterapéutico cuidadoso, se debe tomar una historia del paciente, a fin de evaluar si se trata de un caso apropiado para EMDR y la predisposición y capacidad del paciente de enfrentar material potencialmente doloroso o perturbador. También es necesario evaluar otros aspectos que podrían complicar el curso del tratamiento, tales como las comorbilidades, la presencia de síntomas disociativos, el consumo de sustancias, o trastornos de orden orgánico (como p. ej. una cardiopatia o alguna otra enfermedad que hiciera necesario contar con el visto bueno del médico tratante) o saituaciones específicas (como un embarazo avanzado, por ejemplo).

Luego de hecho esto, lo esencial en esta fase es la selección del objetivo sobre el cual se hará blanco con el procedimiento. Éste será un aspecto de la memoria traumática o del problema suficientemente sigfnificativo, o los disparadores presentes del problema presentado.

2ª Fase: Preparación. Como es sabido, toda psicoterapia exitosa se basa en la construcción de una sólida alianza terapéutica. En especial como EMDR suele abordar situaciones traumáticas, la importancia del vínculo terapeuta consultante resulta crucial, dado que para abordar el material perturbador el consultante necesita confiar en su terapueta.

En esta fase el terapeuta evalúa las diferentes habilidades de afrontamiento con que cuenta el consultante, y de ser necesario instruye al mismo en el uso de técnicas o procedimientos de estabilización y manejo de la ansiedad y el estrés que pudiera sobrevenir entre sesiones. Tales técnicas pueden incluir entrenamiento en relajación, imaginación guiada, autohipnosis, técnicas de respiración, etc.

3ª Fase: Evaluación. En esta fase comienza el trabajo sobre la experiencia traumática. Consultante y terapeuta deben seleccionar el blanco sobre el que trabajarán. El consultante deberá identificar adecuadamente la imagen de la situación elegida, así como las cogniciones negativas, las creencias, emociones y sensaciones corporales asociadas. También se pide al consultante que elija una cognición positiva que desearía que esté asociada en lugar de la cognición negativa.

4ª Fase: Desensibilización. En esta fase se pone en marcha el procedimiento de estimulación alternada bilateral que desencadenará el procesamiento adaptativo. Se pide al paciente que focalice su atención en la situación elegida como blanco y en los aspectos asociados identificados en la fase anterior. Una vez hecho esto, el

clínico comienza la estimulación alternativa bilateral. Esta puede consistir en movimientos de ojos, para lo cual el terapueta puede pedir que el paciente siga sus dedos mientras describe un camino de ida y vuelta hacia ambos extremos del campo visual del mismo. La distancia y la velocidad del movimiento deben adaptarse a la comodidad del paciente. La estimulación puede ser también de orden kinestésico, golpeando alternadamente de manera suave en la palma de ambas manos o en las rodillas del paciente, o también auditiva, por medio de sonidos alternantes en ambos oídos (existen grabaciones de sonidos o música especialmente preparada para que el paciente los escuche por medio de auriculares). Esta estimulación bilateral alternadava provocando el reprocesamiento de la información asociada al hecho traumático, de tal manera que pueden cambiar las emociones, las sensaciones, las cogniciones, etc. Al cabo de cada tanda de estimulación el clínico pide que vuelva a concentrarse y pregunta “qué es lo que obtiene ahora?” No hay nada predeterminado en cuanto a lo que se debería obtenere, sea lo que sea, está bien. Mientras el material que el paciente produzca tenga alguna carga negativa, se prosigue con la estimulación bilateral alternada, haciendo blanco en este material, hasta que se llegue a un material no cargado negativamente. En ese momento se pide al paciente que vuelva a la situación original y se vuelve a evaluar su reacción. Mientras la reacción sea negativa, se continúa la estimulación bilateral alternada. La fase se concluye cuando al concentrarse el paciente en el blanco original, su reacción es al menos neutra

5ª Fase: Instalación. Luego de desensibilizada la situación traumática, se hace blanco en la cognición positiva, con la intención de fortalecerla. Haciendo que el paciente focalice nuevamente en el evento traumático, se le pide que tenga en mente la cognición positiva y evalúe qué grado de veracidad le asigna. En ese punto el clínico procede nuevamente con el procedimiento de estimulación bilateral alternada, reevaluando luego de cada tanda de estimulación, hasta que la Validez de la Cognición (VoC, por sus siglas en inglés) llegue a 6 o 7 en una escala de 1-7

6ª Fase: Chequeo de las sensaciones corporales (Body Scan): en este punto se le pide al paciente que tenga en mente la situación traumática junto con la cognición positiva, y que recorra mentalmente su cuerpo para determinar si queda algún resto de tensión. Si la hubiera, las sensaciones remanentes son procesadas nuevamente mediante estimulación bilateral alternada (como en la fase de desensibilización). En algunos casos, las sensaciones simplemente desaparecen, pero en otros aportan nuevo material, reflejo de información no procesada.

7ª Fase: Cierre. En esta fase se debe volver al paciente a un estado de equilibrio emocional. Si el procesamiento fue completo, probablemente no haga falta emplear ninguna técnica en especial, pero si el procesamiento quedó trunco, será necesario aplicar técnicas de reducción de ansiedad (como téncicas de relajación, imaginación guiada, hipnosis, etc.) También se debe informar al paciente de que es probable que el procesamiento continúe entre sesiones mediante la forma de sueños, sensaciones, recuerdos, emociones, sensaciones, etc., para lo cual será necesario que lleve un registro, de tal manera que los mismos puedan ser utilizados como blanco del nuevo reprocesamiento en la siguiente sesión.

8ª Fase: Reevaluación. Al comienzo de cada nueva sesión de EMDR debe volver a evaluarse la situación trabajada en la sesión previa, para comprobar si los efectos logrados se mantienen, o no ha quedado algún aspecto remanente a procesar.

Es importante destacar la necesidad de un entrenamiento serio para poder aplicar el procedimiento, dado que de otra manera se podría provocar más daño que alivio, por loq ue se sugiere no intentar aplicar el método sin entrrenamiento y/o supervisión autorizada

Aspecto integrador

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

Abordaje conductual: EMDR comparte con estos abordajes el objetivo de desensibilizar un recuerdo o conducta rompiendo la asociación existente con la emoción negativa. Comparte, además algunos métodos, como la exposición imaginaria, y el uso de registros conductuales.

Abordaje Cognitivo: EMDR resalta la importancia de las cogniciones asociadas a la situación trabajada, promoviendo un cambio cognitivo. Asímismo EMDR usa métodos de registro provenientes de la terapia cognitiva.

Abordajes Cognitivo-Conductuales: desde el trabajo pionero de Joseph Wolpe (Desensibilización Sistemática o Inhibición Recíproca) hasta los protocolos más usados en el tratamiento del trauma psicológico, tales como Exposición Terapéutica Directa (Direct Therapeutic Exposure) y Técnica de Inoculación de Estrés (Stress Innoculation Technique), consisten básicamente en exposición junto con técnicas de reducción de ansiedad. Como se ha visto, EMDR promueve una exposición imaginaria, al tiempo que la estimulación bilateral alternada provoca finalmente un estado de reducción de la ansiedad.

Abordajes psicodinámicos: durante la fase de desensibilización, el paciente frecuentemente produce una especie cadena de asociación acelerada, en la que va recorriendo eventos y emociones interconectados con el incidente blanco del reprocesamiento, de una manera que recuerda la asociación libre de los tratamientos de corte psicodinámico. Además, comparte también la idea de que situaciones tempranas no resueltas son el origen de muchos de los problemas presentados en la consulta.

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

También es de destacar, que pese a lo estructurado del método, EMDR es un abordaje centrado en el cliente, dado que otorga la máxima improtancia al flujo de información producido por el paciente, mientras que el terapeuta se limita a seguirlo en la aplicación del protocolo, sin ofrecer interpretaciones ni intervenciones; los cambios cognitivos, los insights, las resignificaciones son provistas espontáneamente por el paciente mismo.

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

Mecanismos supuestos de accion

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

cerebral en ambos hemisferios, concomitante con una mejora en los síntomas presentados y con la posibilidad de completar la narrativa del trauma.

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

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

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

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

Conclusión

EMDR resulta un abordaje prometedor, no sólo en el campo del trauma. Aunque sin el cuerpo de investigación obtenido en él, también se ha estado aplicando exitosamente en campos tales como el dolor, reducción de estrés, optimización del rendimiento, trastornos disociativos, intervención en desastres, desarrollando protocolos específicos para éstos y otros problemas y poblaciones. El monto de literatura publicada en tan poco tiempo desde su creación, y el interés despertado en clínicos e investigadores augura un afianzamiento y perfeccionamiento de este abordaje.

Nota: El lector interesado en mayores datos podrá encontrar algunos casos clínicos ilustrativos en el panel sobre psicoterapias coordinado por este mismo autor en este IV Congreso Virtual de Psiquiatría.

Bibliografía

Carbonell, J y Ch. Figley A Systematic Clinical Demonstration Methodology: A Collaboration Between Practitioners and Clinical Researchers. TRAUMATOLOGYe, 2:1. 1996 (disponible en http://rdz.stjohns.edu/~trauma)

Carbonell, J y Ch. Figley. Promising PTSD treatment approaches A Systematic Clinical Demonstration of Promising PTSD Treatment Approaches. TRAUMATOLOGYe, 5:1, Article 4, 1999 (disponible en http://rdz.stjohns.edu/~trauma)

Cazabat, E. Un recorrido por la traumática historia del estudio del estrés traumático. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica, vol 1 Nº1, Diciembre de 2002. (disponible en http://www.psicotrauma.com.ar)

Cazabat, E. EMDR:alivio rapido y duradero para una variedad de problematicas. Casos clinicos. V Congreso Virtual de Psiquiatria, 2004 disponible en http://www.interpsiquis.com/2004

Denny, Nathan: An orienting reflex/external inhibition model of EMDR and Thought Field Therapy. TRAUMATOLOGYe, 1:1, 1995 (disponible en http://rdz.stjohns.edu/~trauma)

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

Gallo, F. Reflections on active ingredients in efficient treatments of PTSD, Part 2. TRAUMATOLOGYe, 2:2, 1996 (disponible en http://rdz.stjohns.edu/~trauma)

Herman, J. Trauma and recovery. The aftermath of violence- from domestic abuse to political terror. 2ª ed. New York. Basic Books, 1997

Van der Kolk, B. La naturaleza del trauma. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica, vol 1 Nº1, Diciembre de 2002. http://www.psicotrauma.com.ar

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

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

Shapiro, F, Lake, K. y Norcross, J. Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR): un tratamiento integrador del trauma. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica, vol 2 Nº3, Noviembre de 2003. pag. 4-10. http://www.psicotrauma.com.ar