EMDR:alivio rapido y duradero para una variedad de problematicas. Casos clinicos

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: en este trabajo se presentan 3 casos clinicos de diversa naturaleza, ilustrativos del proceso terapeutico llevado a cabo por medio de EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares). Se pretende mostrar la naturaleza del procesamiento promovido por EMDR, y de la resolucion de los problemas presentados

Palabras clave: EMDR, Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares, casos clinicos

Introducción

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.

Si bien en sus orígenes fue desarrollado y aplicado específicamente a pacientes que presentaban síntomas de índole postraumática, su espectro de aplicación no

se reduce exclusivamente a tal tipo de pacientes. Se aplica actualmente con éxito a trastornos y síntomas tales como fobias, dolor, ansiedad, disociación, situaciones críticas y de desastre, etc.

EMDR Parte del supuesto de que existe en el ser humano un mecanismo natural de curación de las secuelas de los eventos traumáticos y , que muchas de las patologías y problemas presentados por los consultantes parecen estar directamente relacionadas con traumas “menores” especialmente los sufridos a temprana edad.

EMDR está compuesto por ocho fases claramente establecidas, que se detallan sucintamente a continuación. En la 1ª fase, “Historia del Paciente y Plan de Tratamiento”, se evalúa al paciente y si se trata de un caso apropiado para EMDR. En la 2ª fase de “Preparación” se instruye al paciente en el uso de diversas técnicas de afrontamiento y manejo de la ansiedad para que pueda enfrentar los eventuales aumentos del estrés, la ansiedad y las catarsis que puedan sobrevenir durante el curtwso del tratamiento. En la 3ª Fase, de “Evaluación”, 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. En la 4ª Fase, de “Desensibilización”, se pone en marcha el procedimiento de estimulación que desencadenará el procesamiento adaptativo. El mismo consisite en que, mientras tiene en mente los elementos identificados en la fase anterior, el terapeuta procede a la estimulación alternativa bilateral que provoca el procesamiento de la información de la manera en que se describa más adelante. La estimulación puede ser realizada a) por medio de movimientos de ojos, moviendo los dedos frente a los ojos del paciente de un extremo a otro de su campo visual y pidiéndole que los acompañe con la mirada, b) por medio de estimulación kinestésica, golpetenado alternadamente en las palmas de las manos o en las rodillas del

paciente, o c) mediante estimulación auditiva, emitiendo sonidos alternadamente frente a cada oído del paciente (existen ediciones de sonidos o música especialmente preparada para que el paciente los escuche por medio de auriculares). En la 5ª Fase se procede a la “Instalación” de la cognición positiva. En la 6ª, o de “Chequeo de las sensaciones corporales (Body Scan)” se buscan y reprocesan sensaciones corporales que puedan haber quedado sin procesar. En la 7ª Fase o “Cierre”, se hace un resumen de lo acontecido y se dan las indicaciones al paciente hasta la próxima sesión. Y en la 8ª Fase, de “Reevaluación”, en la sesión siguiente se comprueba el amntenimiento de lo logrado en la anterior

En otro lugar de este V Congreso Virtual se ofrece la conferencia **EMDR: Principios básicos y estado actual de este novedoso método terapéutico,** de este mismo autor**,** detallando las principales características, supuestos básicos y mecanismos de acción, por lo que remitimos a la misma al lector interesado en los aspectos teóricos y técnicos.

El objetivo de este trabajo es brindar algunas viñetas de la aplicación clínica, mostrando someramente el proceso realizado por algunos pacientes en el camino a la resolución de sus problemas por medio de EMDR

Casos clínicos

Fobia a los examenes.

La paciente, de 28 años de edad, estudiante de psicología, planteó su problema para rendir exámenes orales. Si bien en los escritos no presentaba ningún problema, en los orales, aun cuando iba muy bien preparada, llegaba un punto en que comenzaba a tener síntomas de orden fisiológico, tales como taquicardia

sudoración, vacilación en la voz y finalmente se quedaba en blanco, sin poder contestar.
Luego de la entrevista inicial, no presentando ninguna contraindicación para la aplicación de EMDR, y habiendo cumplido con las fases de preparación y evaluación entramos en la etapa de desensibilización. La misma se realizó por estímulos auditivos.
La escena blanco elegida fue la del último examen fallido. La emoción presentada fue de miedo y vergüenza. La cognición negativa fue “no soy capaz de hacerlo” y la positiva fue “soy capaz”.
Manteniendo todas estos elementos en mente se comenzó la estimulación auditiva. Súbitamente, luego de algunos momentos, la imagen desapareció, transformándose en un un negro absoluto. El procesamiento se realizó principalmente a nivel corporal, manifestando la paciente sensaciones corporales que fueron variando en intensidad y ubicación con el paso de los minutos, hasta que al cabo de unos 20 minutos de procesamiento, apareció de repente una imagen de la paciente a los 5 anos. Sosteniendo la atención en esa imagen, nuevamente la estimulación llevó a la aparición de un recuerdo olvidado: la paciente se había orinado encima estando frente a todos sus compañeros de jardín de infantes. Volvió a experimentar el mismo miedo y vergüenza que en aquel momento. Al cabo de algunos momentos, la emoción intensa fue cediendo hasta desaparecer.
Al volver a concentrarse en el blanco original (el examen fallido) no presentó ninguna reacción emocional, así como al pedírsele que imagine el próximo examen. La intensidad de la cognición positiva disminuyó casi a cero, y la cognición positiva creció en intensidad casi al máximo (6/7).
Luego de esta sesión, se realizaron algunas sesiones de seguimiento, durante las cuales la paciente reportó haber rendido examen oral sin problemas.

Infidelidad y Duelo

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

La escena elegida para comenzar el reprocesamiento fue una de las tantas situaciones de infidelidad, frente a lo que ella reaccionó con asco e ira intensos. La cognición negativa fue “no puedo soportarlo” y la cognición positiva fue “lo perdoné, ya es cosa del pasado”

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

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

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

“también con el corazón”. Ninguno de los dos temas volvieron a presentar problemas.

La cirugía de un niño

Lautaro, de 6 años debía ser intervenido quirúrgicamente. Ya en los preparativos, el niño se resistió a la intervención mdica por miedo. Para prevenir futuros incidentes sus padre hicieron la consulta. Debido a la dificultad para la autoobservacion y la expresión verbal de emociones, es común entre los clínicos que practican EMDR una adaptación del protocolo, consistente en pedir al niño que dibuje la situación o miedo que lo trae a la consulta. Simultáneamente con el dibujo, el terapeuta realiza la estimulación alternada bilateral kinestésica (o auditiva). A medida que se va realizando el procesamiento de la información, los dibujos, uno tras otro, van cambiando en la expresión emocional, hasta llegar a un dibujo neutro o que exprese una emoción positiva.
As fue realizado con Lautaro, que al final de la primera sesión de EMDR logró disipar su miedo y luego de ella fue intervenido, sin que se hayan presentado problemas de ansiedad o miedo más allá de los normales en este tipo de situación, pero que no obstaculizaron el accionar profesional.

Conclusiones

Los reportes clínicos de casos únicos no son prueba de efectividad. Sin embargo, en el contexto de la ingente cantidad de estudios controlados acerca de la efectividad de EMDR, estos reportes pueden servir para ilustrar cómo es el proceso terapéutico con este abordaje, reflejando las sesiones reales, más allá de las estadistícas
En los casos presentados se resolvieron positivamente situaciones de variada gravedad en corto tiempo. Sin embargo cabe advertir que no siempre son tan cortos los tratamientos, dependiendo en buena medida de la historia de traumas previos y de cómo la información respectiva se halle interconectada en el sistema

nervioso. De todas maneras, EMDR es un abordaje terapéutico breve, centrado en el cliente, que brinda rápido alivio a diversa variedad de sufrimientos, y a poblaciones de diferentes características.

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. EMDR**:** Principios básicos y estado actual de este novedoso método terapéutico. Conferencia V Congreso Virtual de Psiquiatria, 2004 disponible en http://www.interpsiquis.com/2004

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)

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