

# EMDR en el tratamiento de los traumas y trastornos de apego

Walter Lupo

## Resumen

*El EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) es un enfoque psicoterapéutico que consta de ocho fases, que tiene un conjunto de procedimientos específicos centrados en el procesamiento asociativo espontáneo de los recuerdos traumáticos, con un componente de estimulación bilateral (movimientos oculares, auditivos o táctiles). El marco teórico es el procesamiento adaptativo de la información (PAI). Plantea la existencia de un sistema fisiológico innato de aprendizaje, que permite al cerebro procesar la información de las experiencias e integrarlas de una forma adaptativa en las redes de memoria, y que constituyen la base de nuestros pensamientos, emociones, actitudes y conductas. En sus inicios, se aplicó en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático, desarrollos posteriores ampliaron su uso, adquiriendo importancia el abordaje de los traumas y trastornos de apego.*

**Palabras clave:** EMDR, procesamiento adaptativo de la información, estimulación bilateral, TEPT, traumas y trastornos de apego.

## Abstract

*EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) is a psychotherapeutic approach that consists of eight phases with a set of specific procedures focused on the associative spontaneous processing of the traumatic memories and with a component of bilateral stimulation (ocular, auditory and tactile movements). The theoretical frame is the adaptive information processing (AIP). It raises the existence of a physiological system of learning that*

*allows the brain to process the information of the experiences, to integrate them in an adaptive way to memory networks, and it constitutes the basis of our thoughts, emotions, attitudes and conducts. At the beginning it was applied in the treatment of the post-traumatic stress disorder, but further developments extended its use, and the treatment of the traumas and attachment disorders gained importance.*

**Keywords:** EMDR, Adaptive Information Processing, bilateral stimulation, PTSD, traumas and attachment disorders.

## EMDR en el tratamiento de los traumas y trastornos de apego

Propongo describir en este artículo en qué consiste la psicoterapia con EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) y su aplicación para los diferentes trastornos y traumas del apego, mostrando la descripción parcial de un caso.

## Antecedentes

A finales de los años 1980 la Dra. Francine Shapiro, psicóloga clínica e investigadora del Mental Research Institute de Palo Alto, uno de los lugares donde se inició el desarrollo de la terapia breve y familiar, estaba investigando la influencia de la fase REM de los sueños sobre la memoria y de las relaciones entre las enfermedades graves, el estrés y la mente. De una manera accidental (Shapiro, Silk, 2008) descubrió como los movimientos oculares horizontales y en diagonal, denominada estimulación bilateral (EB), producían una disminución de la ansiedad provocada por los recuerdos perturbadores que presentaba en ese momento, modificando

su intensidad y eliminando los componentes emocionales negativos de los mismos.

Después de probar con diferentes personas llegó a la conclusión de que había desarrollado un procedimiento, basado en el efecto de los movimientos oculares para reducir la ansiedad. La rapidez con que se producían los cambios en las imágenes, pensamientos, emociones y sensaciones en las personas en una sola sesión, llevó al desarrollo de un modelo o protocolo que fue aplicado con pacientes que presentaban trastorno de estrés postraumático (TEPT) y que denominó EMD (*eye movement and desensitization*).

El primer estudio controlado (Shapiro, 1989) se realizó con veteranos de guerra, víctimas de violaciones sexuales y acoso sexual, con síntomas de TEPT. Se empleó el método EMD con el grupo de tratamiento y una exposición al recuerdo con el grupo control, durante varias sesiones. El grupo tratado con EMD mostró dos cambios importantes: disminución de los niveles de ansiedad y una reestructuración cognitiva de sus recuerdos. En el grupo control hubo aumento de los niveles de la ansiedad y de disminución de su sentido de autosuficiencia. Por razones éticas, se aplicó posteriormente el tratamiento EMD al grupo control.

El desarrollo y aplicación posterior de este protocolo realizado por muchos terapeutas con numerosos pacientes, la evaluación de sus resultados y los cambios en los procedimientos llevó a una modificación de paradigma. La observación de los cambios en las emociones, sensaciones, en las creencias vinculadas al recuerdo diana y su generalización a otras situaciones relacionadas con la asociación rápida mediante la estimulación bilateral ocular, llevaron a Shapiro a ampliar el modelo de desensibilización con las teorías del procesamiento de la información. Con ello el EMD, pasó a tener la denominación actual de EMDR.

### **Conceptos y fases del tratamiento**

El EMDR es una terapia ecléctica e integradora. Contiene elementos de diferentes modelos psicoterapéuticos: los de la libre asociación y las referencias a las experiencias del pasado del psicoanálisis, los que se centran en las creencias irracionales y procesamiento de la información de los cognitivos-conductuales, el concepto de evaluaciones

positivas y negativas de la terapia humanista y fenomenológica, la exposición a las imágenes traumáticas de la desensibilización sistemática, y las estrategias de estabilización desarrolladas por la relajación progresiva, la autohipnosis, la biorretroalimentación y la meditación.

*Definición de EMDR:* es un enfoque psicoterapéutico que tiene ocho fases, con un conjunto de procedimientos específicos, que se centra en los acontecimientos del pasado, los estímulos disparadores actuales y las situaciones futuras. No se limita a la estimulación bilateral, la realización de todos los procedimientos de estas fases, es lo que le da su especificidad y la posibilidad de que se cumplan los objetivos terapéuticos.

*El marco teórico* que explica los efectos clínicos del tratamiento EMDR, se basa en el modelo hipotético del PAI (procesamiento adaptativo de la información) o AIP (*adaptive information processing model*). (Shapiro, 2001)

Los conceptos clave que avalan este modelo se encuentran en los trabajos de Lang (1977, 1979), Rachman (1980), Foa y Kozak (1986). Parten de la propuesta de la existencia de un sistema fisiológico innato que permite al cerebro procesar la información de las experiencias e integrarlas de una forma adaptativa en redes de memoria, que constituyen las bases de nuestros pensamientos, percepciones, actitudes y conductas. Lo que resulta útil es aprendido y almacenado con las imágenes, emociones y sentimientos correspondientes, que serán utilizados y estarán disponibles para usar en el futuro.

¿Qué ocurre cuando suceden experiencias de alto impacto emocional? Por su intensidad o por la repetición de las mismas, se producen como respuesta una serie de cambios fisiológicos (aumento del ritmo cardíaco, activación de las hormonas del estrés y del sistema simpático), emocionales (miedo, ira, culpa), pensamientos distorsionados y conductas impulsivas, que hacen que el procesamiento de la información se vea perturbado. Los componentes de esa experiencia llegan a ser traumáticos cuando las imágenes, emociones, sensaciones y pensamientos, quedan guardados y mantenidos en las redes de memoria de forma fragmentada y poco integrados, en un estado específico, incapaces de conectar con redes de memoria que contienen información más adaptativa. En el modelo PAI, los síntomas son el

resultado de las experiencias procesadas de forma inadecuada.

Este material puede mantenerse aislado del resto de la memoria durante mucho tiempo, y activarse por diferentes estímulos externos e internos del presente, que se pueden expresar en forma de recuerdos e imágenes retrospectivas (*flashbacks*), pesadillas, pensamientos intrusivos, conductas de evitación y aumento de la ansiedad (Bergmann, 1998).

Los procedimientos incluidos en las ocho fases del tratamiento EMDR permiten el acceso a los componentes de la memoria disfuncional y, mediante la EB (movimientos oculares, táctiles o auditivos), se facilita su conexión con los sistemas somatosensoriales, emocionales, cognitivos y temporales adecuados. De esta forma, los elementos negativos de las experiencias traumáticas pierden importancia, disminuyen el nivel de hiperactivación fisiológica y emocional y se integran de una forma más adaptativa y funcional en la memoria de los pacientes.

En este sentido la rápida capacidad de cambio que permite el reprocesamiento con EMDR, revela el potencial de los seres humanos para desarrollarse y evolucionar como especie.

Desde 1990 a la actualidad, hay numerosos estudios y publicaciones sobre la aplicación del EMDR en el tratamiento del TEPT. Se pueden consultar en la biblioteca Francine Shapiro.

Posteriormente, el EMDR se ha ido aplicando a otros tipos de trastornos y patologías mentales, en los que los traumas y trastornos en el apego son un componente básico.

### **Descripción de las ocho fases del tratamiento**

1) *Historia clínica* en la que se obtiene la información de la historia de apego, los síntomas y disparadores actuales, determinar si es adecuado utilizar el EMDR, la existencia de experiencias traumáticas y recursos, el estado de apego, la planificación del tratamiento, haciendo una selección de las dianas a procesar siguiendo el esquema pasado-presente-futuro.

2) *Preparación del paciente*: establecer una sólida relación terapéutica, verificar la existencia de recursos emocionales positivos o desarrollarlos, explicación de cómo funciona el EMDR, probar los

diferentes EB (ocular, *tapping*, auditiva), instalar el lugar seguro.

3) *Evaluación*: se acceden y estimulan los componentes primarios del recuerdo que se ha elegido procesar, con su imagen, creencias negativas y positivas, emociones y sensaciones. Aquí comienza a activarse el sistema de procesamiento de la información.

Las tres fases siguientes (4, 5 y 6) alternan la EB con otros elementos del procedimiento con el objetivo de mejorar y acelerar el procesamiento de la información. Durante estas fases los componentes de los recuerdos tratados, pueden ir cambiando en todos sus aspectos, sensoriales, cognitivos y emocionales.

4) *Desensibilización*: mediante tandas de EB oculares, auditivas o táctiles, se reprocesa la información hasta llevarla a un nivel de perturbación neutra o mínima. Entre cada tanda de EB, el/la terapeuta pregunta brevemente al paciente sobre lo que nota, sin hacer ninguna otra intervención. La idea es dejar que funcione la libre asociación de los recuerdos, ya que una de las características centrales del procesamiento acelerado de la información es la tendencia a promover el encadenamiento asociativo a través de la formación de nuevas asociaciones a las redes de recuerdos más adaptativas.

5) *Instalación*: se sigue reprocesando el recuerdo, incluyendo la creencia positiva vinculada a este. Se la instala con estimulaciones bilaterales breves.

6) *Examen corporal*: se comprueba si existen sensaciones negativas conectadas al recuerdo. Si es así también se reprocesan.

7) *Cierre*: se asegura la estabilidad del paciente al terminar la sesión y se le explica lo que puede pasar entre sesiones y que lleve un registro de los cambios.

8) *Seguimiento*: en la siguiente sesión se evalúan los efectos del trabajo realizado con el recuerdo, si el procesamiento se ha completado, o si ha surgido nuevo material asociado y hay que seguir procesándolo. Comprobar que se están abordando todos los aspectos del plan de tratamiento.

La cantidad de sesiones dedicadas a cada fase puede variar según el paciente. Las fases 1 y 2 pueden requerir varias sesiones, mientras que las fases 3 a la 7 se realizan en una misma sesión, porque implican el trabajo directo con la experiencia elegida. La fase 8 siempre es en la siguiente sesión.

*Enfoque de tres vértices*: el orden del procesamiento es importante. Las secuencias en que se han codificado las experiencias como redes de memoria, son un elemento importante para la conceptualización y planificación del tratamiento. Se comienza con las experiencias del pasado vinculadas a los síntomas y problemas actuales, allí se encuentran las redes de memoria disfuncionales que los provocan. A continuación se procesan las circunstancias y los disparadores externos e internos actuales, junto a sus creencias y memorias alimentadoras. Al final, se prepara al paciente para situaciones futuras que tengan el mismo tipo de estímulos y circunstancias presentes, con el objetivo de acelerar el aprendizaje de recursos y actitudes nuevas, más sanas y adaptativas.

### **Mecanismos de acción**

Uno de los mecanismos básicos de la terapia EMDR es el enfoque dual de la atención, al recuerdo seleccionado por un lado y a los movimientos oculares, por otro. El concepto de atención dual se puede entender como un estado en el cual la conciencia está en equilibrio, donde la atención puede desplazarse con facilidad entre las percepciones del momento y las redes de recuerdos relevantes (Leeds, 2011). El efecto de distracción y de relajación que producen los movimientos oculares, producen una disminución en la intensidad emocional y sensorial de las abrumadoras experiencias traumáticas, facilitando el desbloqueo del procesamiento de la información y su integración en redes asociativas más funcionales.

Permite que el paciente se coloque en una doble posición de observador y participante de la experiencia, con un pie en el pasado y otro en el presente. Esto le ayuda a mantener la sensación de seguridad, mientras procesa los recuerdos negativos del pasado. Una de las responsabilidades del terapeuta es que se mantenga esta atención dual en la fase 4, realizando intervenciones que la faciliten en caso de ser necesario, ya que en momentos de intensa abreacción afectiva, la atención dual es fundamental para facilitar la integración de la experiencia y evitar el bloqueo o la retraumatización.

Se han propuesto tres hipótesis explicativas sobre los efectos de los movimientos oculares y la estimulación bilateral. Además de la atención dual,

está la de que aumenta la conexión entre los dos hemisferios del cerebro incrementando la activación, facilitando la conectividad neuronal y la integración de la memoria episódica en la memoria semántica. (Parker *et al.*, 2008; Propper *et al.*, 2007).

La tercera hipótesis es que los movimientos oculares activan cambios fisiológicos parecidos a los que ocurren en la fase REM de los sueños en los que se reorganizan los recuerdos, estimulando el procesamiento emocional y cognitivo, produciendo un aprendizaje en un breve lapso de tiempo (Bergmann, 2001; Stickgold, 2002).

### **EMDR en traumas y trastornos de apego**

Si al comienzo el EMDR se definió como una terapia para el tratamiento del TEPT a consecuencia de los traumas provocados por incidentes muy estresantes, como guerras, actos violentos, accidentes, catástrofes naturales, violaciones y abuso sexual, el desarrollo del enfoque de los tres vértices llevó a investigar las experiencias del pasado que podrían dar una mayor vulnerabilidad a las personas que padecían este trastorno. Además en la clínica de los terapeutas, había muchos pacientes que, sin presentar un TEPT, podían beneficiarse de este tratamiento.

En la actualidad el EMDR se aplica en el tratamiento de fobias, ataques de pánico, adicciones, duelos complicados y una serie de trastornos somatoformes como el dolor crónico y el síndrome del miembro fantasma. Con modificaciones al protocolo estándar se aplica en niños y adolescentes, en los trastornos límites de personalidad, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos disociativos y hay estudios de su aplicación con trastornos bipolares y trastorno mental grave.

Dada la importancia del impacto de las experiencias tempranas en las respuestas a exposiciones estresantes y traumáticas posteriores, el estudio y conocimiento del estado de apego adulto, que tiene una continuidad con el apego infantil y adolescente, es fundamental para conceptualizar los casos.

Uno de los procedimientos de la historia clínica es el pedir la lista cronológica de los acontecimientos más perturbadores del pasado con sus emociones y creencias correspondientes, y los vínculos de apego con los diferentes cuidadores.

Cuando existe un apego seguro durante la infancia, la madre o los cuidadores habituales, conectan con los estados afectivos y las expresiones no verbales de la activación interna del niño modulando sus niveles de activación, que permite la sincronía afectiva. Estas experiencias se incorporan a la memoria no verbal como expectativas, que luego pasarán a transformarse en modelos mentales, patrones o estados de apego que ayudan a construir un sentimiento interno de seguridad (Bowlby, 1988).

En momentos de asintonía, el cuidador puede regular el estado interno del niño, reduciendo los afectos negativos, amplificando las emociones positivas, aumentando la tolerancia a los afectos positivos y negativos y su capacidad de conexión con los otros.

La organización de las relaciones de apego durante la infancia se asocia con los procesos propios de la regulación de las emociones, las relaciones sociales, el acceso a la memoria autobiográfica y el desarrollo de la autorreflexión y de la narración (Main, 1995).

### **Defensas y apegos en las respuestas frente al trauma**

Existen dos sistemas psicobiológicos evolutivos en las respuestas a los sucesos traumáticos.

- El sistema de defensa más antiguo, localizado en el tronco del encéfalo, que regula las respuestas de parálisis-lucha/huida-muerte y sus emociones correspondientes (miedo, ira, impotencia, indefensión).
- El sistema de apego, más reciente, localizado en el sistema límbico que regula la búsqueda de ayuda durante el suceso traumático y la tranquilización posterior.

En la teoría polivagal, Porges desarrolla que las respuestas del sistema defensivo están reguladas por tres redes neuronales pertenecientes al SNA (Porges, 1994):

- El sistema simpático, que actúa de intermediario en las reacciones de inmovilidad con hipervigilancia, lucha o huida.
- El núcleo vagal dorsal, que actúa de mediador en la respuesta de inmovilidad que se acompaña de embotamiento en el tono muscular flácido (muerte fingida) o desmayo (síncope vagal).

- El núcleo vagal ventral, que actúa ante la seguridad creada por la presencia de personas que ayudan, la autorregulación emocional y el sistema de compromiso social.

La teoría polivagal permite identificar los síntomas de *hypo-arousal* en el TEPT y el TEPT complejo. Las expresiones importantes del *hypo-arousal* son: el embotamiento, la despersonalización y la desrealización.

### **Trauma y sistema de defensa**

Tras una experiencia traumática se activa el sistema defensivo y la causa del TEPT es la persistente activación del sistema de defensa en el tiempo. Los síntomas del TEPT son la expresión de las defensas normales que se vuelven perturbadoras como consecuencia de esta persistencia. La activación eficaz del sistema de apego ayuda a detener las defensas cuando ha acabado la experiencia traumática, y el fracaso en la activación del sistema de apego es uno de los factores principales en la génesis del TEPT.

La acumulación de traumas es también causa de activación del sistema de defensa. Es en los casos de negligencia y abusos durante la infancia, en que los pacientes presentan síntomas severos de disociación, TEPT, ansiedad y depresión. En estos casos, el tratamiento es mucho más difícil y complejo que cuando hay un incidente único, ya que se organiza un sistema defensivo y de creencias sobre sí mismo que afecta a toda la personalidad y que hay que ir trabajando por fases: primero desarrollar recursos, luego debilitar las defensas y por último reprocessar las experiencias traumáticas.

La contradictoria y persistente activación de los sistemas de apego y de defensa es el signo distintivo de la desorganización de los apegos.

Diferentes estudios de neurociencia (Rauch, *et al.*, 1996) han mostrado que la activación del sistema defensivo, incluso cuando se recuerdan o reviven las memorias traumáticas, dificulta gravemente el funcionamiento de la corteza cerebral frontal y por lo tanto las funciones cognitivas superiores. El EMDR se puede concebir como una forma eficaz de restablecer el grado normal de conectividad cortical de dichas funciones mentales (Liotti, 2012).

El cambio terapéutico sería el resultado de la desensibilización y el procesamiento de recuerdos

traumáticos hacia redes adaptativas más amplias. El paciente se distancia del recuerdo, modifica las evaluaciones cognitivas sobre sí mismo, siente emociones más adecuadas a la situación, y elimina las sensaciones perturbadoras.

### Caso clínico

Describiré brevemente la aplicación del EMDR en una paciente con trastornos y traumas en el apego.

Se trata de una mujer de 60 años que presentaba síntomas de ansiedad, con ataques de pánico, temores hipocondríacos respecto a padecer un cáncer, claustrofobia, miedo a volar (su única hija vive en el extranjero). Tenía importantes dificultades en la relación con su marido, su madre y su hija. Alto nivel de estrés laboral, no podía desconectar del trabajo ni de las preocupaciones respecto a la relación con su jefe y compañeros. Se sentía invadida con frecuencia por pensamientos y *flash-back*, respecto a acontecimientos del pasado de su historia familiar.

La demanda de la paciente era la desaparición de la ansiedad, de su miedo a las enfermedades y la muerte, en mejorar los vínculos familiares y modificar lo que definía como adicción al trabajo. Después de varios años de tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos, con resultados positivos para su depresión, tenía la creencia de que nunca resolvería estos problemas.

La planificación del tratamiento con EMDR se hizo tomando tres líneas diferentes, articuladas con los síntomas y problemas que planteaba la paciente, en las vertientes del pasado, presente y futuro.

Describiré el abordaje de uno de los ejes, relacionados con los síntomas actuales más debilitantes: la ansiedad y sus temores hipocondríacos, que le provocaban ataques de pánico. Además, le impedían las visitas de control ginecológico y los exámenes médicos generales, y le hacían estar en una observación diaria durante horas, en la búsqueda de signos de enfermedades en su cuerpo, especialmente de diferentes tipos de cáncer.

La existencia de maltrato verbal y físico del padre hacia su madre y sus hermanos, que duraron hasta su muerte cuando ella tenía 21 años, unido al impacto de las amenazas verbales paternas de abusar sexualmente de ella en la pubertad y adolescencia, fueron experiencias

traumáticas repetidas, que tienen su manifestación en los síntomas de reexperimentación que relata la paciente. Coincidiendo con los cambios evolutivos de la pubertad, se manifiestan las dificultades en la aceptación de estos, el inicio de sus temores hipocondríacos sobre el cáncer en sus pechos y genitales y sus ideas de culpa y suciedad. Hay una creencia, que aún mantenía en el momento de la consulta, de que el alto riesgo de padecer un cáncer era producto de una «mancha» debido a que no tuvo padres protectores durante la infancia. Se hace evidente la existencia de un estado de apego inseguro, que tiene su continuidad en los problemas en los vínculos familiares y laborales del presente.

El primer recuerdo trabajado, es el recuerdo más antiguo que pone en movimiento la red disfuncional no procesada. Cuando tenía 13 años, durante una discusión de los padres en el dormitorio, escucha que su padre ante la negativa de la madre a mantener relaciones sexuales, le dice gritando «si tú no quieres, tendré que hacerlo con mi hija, ojalá fueras ella». Este acontecimiento (y los sucesivos de este tipo) le provocó una inmensa angustia y un estado de confusión respecto a su cuerpo. Es el momento en que se inician los pensamientos de estar enferma, con creencias de ser sucia y de no tener el control sobre su cuerpo.

Cuando se acceden a los componentes del recuerdo (fase 3), la imagen es «en la cama, con las manos en las orejas, con mucho miedo de que el padre entrara en su cuarto». La creencia negativa es «no tengo el control de mi cuerpo», la creencia positiva deseable es «puedo controlar mi mente y mi cuerpo», con un nivel bajo de verdad. Las emociones son miedo y ansiedad, con un nivel alto de perturbación, y las sensaciones que percibe son opresión en el vientre y dolor en el cuello y la cabeza. En la fase de desensibilización se usan tandas de movimientos oculares. Al comienzo se produce un aumento de las sensaciones de tensión física, de confusión sobre su sexualidad, rechazo de su cuerpo y aparece la creencia de ser sucia. Paulatinamente se van debilitando las sensaciones físicas desagradables, disminuye el estado de alerta y los sentimientos de amenaza. Comienza a discriminar entre lo que ella escuchaba, lo que formaba parte de su imaginación y lo que realmente sucedía, el miedo y la ansiedad se diluye. Cuando retoma el recuerdo al finalizar esta fase, no hay

perturbación y se conecta con la creencia positiva, que ahora le resulta creíble. En la sesión siguiente, se mantienen los cambios respecto al recuerdo, aunque persiste en la paciente un estado general de ansiedad y sus temores respecto a las enfermedades.

Hay un efecto de desensibilización y de reprocesamiento respecto al recuerdo, se integra en su memoria sin perturbación y con una mayor claridad respecto a sus temores del abuso paterno. Hay que tener presente, que en esta paciente el grado de confusión era tan intenso, que muchas veces pensaba que su hija era fruto de un incesto. Esto le provocaba un rechazo importante en el vínculo con su hija.

Se siguieron trabajando experiencias traumáticas, entre ellas el rechazo a su embarazo (27 años), con vivencias de deformación corporal y creencias de ser sucia. Durante el procesamiento de este recuerdo, en la que miraba a su cuerpo con desconcierto y confusión, se reactivó la incredulidad y extrañeza corporal durante sus meses de embarazo. Luego de varias tandas de EB, comienzan a aparecer imágenes y vivencias positivas, de sensibilidad y de contacto con su hija recién nacida, con sensación de bienestar físico. Eran experiencias que había vivido, pero que estaban aisladas en su memoria, debido a que predominaban los componentes de rechazo del embarazo. Hay un *insight* sobre el error de pensar el embarazo como una deformidad y de vivir a su hija como algo sucio. Se mantiene una defensa disociativa respecto al recuerdo, dice que una parte de su mente se niega a abandonar esa idea y otra que le gustaría estar bien con su hija, «es extraño, algo queda secuestrado» es uno de sus comentarios.

En la siguiente sesión, en la que se evalúan los efectos de lo trabajado, unos de los cambios se manifestó en que había logrado tener una conversación tranquila con su hija por Skype, y que este hecho le reforzaba los recuerdos positivos del embarazo. En esta sesión se vuelve a trabajar el recuerdo, logrando modificar la creencia de que su embarazo era fruto de un incesto y de que era algo sucio. Desaparece el mecanismo disociativo y el recuerdo se integra con los aspectos positivos y negativos de esa experiencia, y lo más importante es que comienzan a producirse cambios significativos en el vínculo con su hija, hasta ese momento fuente de ansiedad, rechazo y temor, que se ven confirmados en la evolución en los meses posteriores.

En sesiones posteriores se abordaron situaciones del presente, como la autoobservación y sus ideas de padecer cáncer y las visitas a los médicos. También se hicieron sesiones con plantillas de futuro para las visitas futuras. Después de 25 sesiones en las que también se abordaron los otros ejes, la paciente ha superado su ansiedad, la autoobservación temerosa de su cuerpo y ha logrado acudir a las visitas de control médico.

Estos efectos de reprocesamiento de las memorias traumática, su transmutación y reconsolidación en redes de memoria más adaptativas y funcionales, son habituales cuando los procedimientos del EMDR funcionan bien. En personas con apegos desorganizados por abusos continuos, violencia y negligencia en la primera infancia, los cambios son más lentos y requieren un tratamiento en el que la primera fase es la estabilización del paciente.

## Conclusiones

El EMDR es una terapia que tiene 25 años de existencia, que se ha ido desarrollando y extendiendo su aplicación en estos últimos 15 años. Hasta ahora, en el mundo se han formado más de 150.000 terapeutas, en Europa más de 20.000 y en España unos 4.000.

Es una de las terapias recomendadas para el TEPT, por las OMS (en el año 2013), además de la APA (American Psychiatric Association en 2004), el Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra norteamericano, el Departamento de Defensa (en 2004), el Centro Australiano de Salud Mental Postraumática (en 2007), la Directrices del Comité Directivo holandés para la Salud Mental (en 2003) y el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (en 2005).

Además del reconocimiento de su eficacia para el TEPT, se han desarrollado modelos y protocolos para aplicarlos a otros síndromes clínicos, como las fobias, ataques de pánico, duelos problemáticos, trastornos disociativos de personalidad, trastornos límites de personalidad, dolor crónico, TOC, trastorno mental grave y trastorno bipolar. También hay protocolos adaptados para el tratamiento de niños, adolescentes y de grupos con TEPT.

El grupo de investigación de Barcelona hizo un estudio piloto *randomizado* de EMDR con

15 pacientes con trastorno bipolar estables, con el objetivo de comprobar si bajaban los niveles de ansiedad, mejoraba la estabilización del humor y la calidad de vida. Se realizaron 15 sesiones de EMDR con cada paciente abordando las experiencias traumáticas más importantes y los disparadores del presente. Los resultados fueron una mejora en los niveles de ansiedad y la estabilidad del humor. No hubo cambios significativos en la calidad de vida (Novo, *et al.*, 2014). Otro de los resultados del estudio fue el desarrollo de un protocolo específico para este tipo de pacientes que se pondrá a prueba en un estudio próximo.

Otro de los temas que están siendo objeto de investigación son los mecanismos que fundamentan la efectividad del EMDR, con estudios empíricos sobre los efectos de la EB con EMDR.

También es importante considerar que en la formación de EMDR acuden psicólogos y psiquiatras de las diferentes escuelas y orientaciones terapéuticas. Desde hace 8 años, participo como facilitador y supervisor en la formación de los futuros terapeutas EMDR, y he comprobado como la aplicación de EMDR con aquellos pacientes que no responden o están bloqueados en sus terapias respectivas es un aporte complementario al tratamiento que realizan.

Considero que esto es posible porque, al ser un modelo ecléctico, permite a los terapeutas de diferentes orientaciones integrarlos en su práctica, pero su eficacia dependerá de que se cumplan con los procedimientos mencionados en este trabajo.



### Walter Lupo

Escipió, 4, 3.º 1.ª, Barcelona  
 [T] 651339584/ 934186961  
 [@] wlupo51@gmail.com;  
 walterlupo@hotmail.com

### Referencias bibliográficas

- BERGMANN, U. (1998). Speculations on the neurobiología of EMDR. *Traumatology*, 4 (1).
- . (2001). Furter thoughts on the neurobiology of EMDR: The role of the cerebellum in acelerated information reprocessing. *Traumatology*, 6 (3).
- Biblioteca Francine Shapiro. [http://library.nku.edu/emdr/emdr\\_data.php](http://library.nku.edu/emdr/emdr_data.php)
- BOLWBY, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy humans development*. New York: Ed. Basic Books.
- FOA, E., KOZAK, M. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*. Vol. 99. N 1, pp. 20-35.
- LANG, P. J. (1977). Imagery in therapy: an information processing analysis of fear. *Behaviour Ther.*, 8, pp. 862-886.
- . (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, pp. 495-512.
- LEEDS, A. (2009). *A Guide to the standard EMDR Protocols for clinicians supervisors and consultants*. New York: Ed. Springer Publishing Company. [En español:(2011). *Guía de protocolos estándar de EMDR, para terapeutas, supervisores y consultores*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.]
- LIOTTI, G. (2012). Traumas, apego y EMDR. *Conferencia EMDR*, Madrid.
- MAIN, M. (1995). Attachment: Overview, with implications for clinical work. *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*, pp. 407-474.
- NOVO, P., LANDIN ROMERO, R., RADUA, J., VICENS, V., FERNANDEZ, I., GARCÍA, F., *et al.* (2014). Eye Movement desensitization and reprocessing therapy in subsyndromal bipolar patients with a history of traumatics eventos: a randomized, controlled pilot-study. *Psychiatry Res. Sep* 30:219 (1), pp. 122-8.
- PARKER, A., RELPH, S., DAGNALL N. (2008). Effects of bilateral eye movements on the retrieval of item, associative, and contextual information. *Neuropsychology*. Janvier; 22 (1), pp. 136-45
- PORGES, S. *et al.* (1994). *Vagal tone and the physiological regulation of emotion*. En N. A Fox (Ed.), *Emotion regulation: Behavioral and biological considerations* (Monographs of the Society for Research in Child Development, pp. 167-186). Chicago: University of Chicago Press.
- PROPPER, R. E., PIERCE, J., GEISLER, M. W., CHRISTMAN, S. D., BELLORADO, N. (2007). Effect of bilateral eye movements on frontal interhemispheric gamma EEG coherence: implications for EMDR therapy. *J Nerv Ment Dis. Sep*; 195 (9), pp. 785-8.
- RACHMAN, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research & Therpay*, 18, pp. 51-60.
- RAUCH S. L., VAN DER KOLK B. A, FISLER R. E, ALPERT N. M, ORR S. P, SAVAGE C. R, *et al.* (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Arch Gen Psychiatry* 53, pp. 380 -387.
- SHAPIRO, F.; SILK, M. (2008). *EMDR, una terapia revolucionaria para superar, la ansiedad, el estrés y los traumas*. Barcelona: Ed. Kairós.



SHAPIRO, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2.

—. (2001). *EMDR Basic Principles Protocols and Procedures*. New York: Ed. Guilford. [En español: (2004). *EMDR*,

*Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. México: Ed. Pax.]

STICKGOLD, R. (2002). EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. *Journal Clinical Psychol. Jan*; 58 (1), pp. 52-6.