

LA TERAPIA EMDR

Kati Ayala Sánchez

Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares) es un método terapéutico integral que se empezó a aplicar a finales de los 80 en el tratamiento del estrés post-traumático de víctimas de catástrofes y guerras, abusos sexuales, violaciones y accidentes. Con el tiempo se ha demostrado su utilidad en el abordaje de otras entidades psicopatológicas en las que se pueda identificar un sufrimiento mental causado por vivencias traumáticas no resueltas, como es el caso de duelos patológicos, fobias, algunos trastornos de personalidad, crisis de pánico y obsesiones.

Orígenes e historia

Desde el año 1987, cuando la Dra. Francine Shapiro (Brooklyn, Nueva York, 1948) descubrió, en un paseo por el parque, que los movimientos espontáneos de los ojos podían modificar los pensamientos y recuerdos perturbadores, debilitándose sus efectos emocionales negativos. Hasta nuestros días, EMDR se ha convertido en una de las terapias psicológicas sobre la que más investigación se ha realizado, sobre todo para explicar los mecanismos neurofisiológicos de los efectos de los movimientos oculares y otras formas de estimulación bilateral. Organizaciones como la Asociación de Psicología Americana (American Psychological Association), la Sociedad Internacional para Estudios sobre el Estrés Traumático (International Society for Traumatic Stress Studies, 2003), el Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra norteamericano, el Departamento de Defensa (2004) y la Sociedad de Psiquiatría Americana (American Psychiatric Association,

2004) defienden la eficacia del EMDR. En 2005, el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Sistema de Salud de Inglaterra (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) reconoció como terapias para el tratamiento del *Trastorno de Estrés Post-traumático* (TEPT), basadas en la evidencia, a la *Terapia Cognitivo Conductual* (TCC) y al EMDR.

Francine Shapiro es licenciada en literatura inglesa y doctora en psicología por el Instituto de Investigación Mental de Palo Alto. Realizó trabajos como crítica literaria y profesora de inglés, y paralelamente fue interesándose por la terapia conductual. "La idea de un enfoque causa-efecto, enfocado, predecible, respecto a la psicología humana, me parecía plenamente compatible con los conceptos de desarrollo literario, tanto de los personajes como de la trama" (Shapiro, 2004). Tras el diagnóstico de un cáncer en 1979, comienza a estudiar las posibles consecuencias del estrés para la salud y se interesa por la Psicoimmunología. A partir de aquí reorienta su vida académica y profesional hacia la Psicología. Realizaba un post-grado cuando experimentó, mientras paseaba por un parque, el efecto de los movimientos de los ojos en sus emociones y pensamientos. Durante semanas practicó con personas de su entorno que no tenían problemas clínicos, pidiéndoles que pensarán en alguna experiencia negativa de su vida y mostrándoles cómo debían mover los ojos. En estas primeras prácticas instruyó a los sujetos para que siguieran sus dedos mientras pensaban en el hecho displacentero, ajustando la velocidad y la dirección del movimiento e introduciendo otros elementos que lograban la desensibilización y la reducción de la ansiedad. A este primer procedimiento lo llamó *Desensibilización por medio de Movimientos Oculares* (EMD). En 1989 se publicó en el *Journal of Traumatic Stress* el primer estudio controlado que evaluaba los resultados de la terapia EMDR con víctimas de violación, de abuso sexual y ex-combatientes de la guerra de Vietnam. Las mejorías conseguidas con el tratamiento consistieron en una reducción del nivel de ansiedad tras la desensibilización de los recuerdos más angustiosos, una modificación de las percepciones de los sujetos sobre el suceso y un descenso global de los síntomas principales del estrés post-traumático, en especial los que tenían que ver con el sueño y los *flashbacks*.

Fue la observación de que el paciente lograba cierto grado de elaboración y que además se producía un cambio cognitivo de creencias, lo que la llevó a ampliar el nombre de EMD (*Desensibilización por Movimientos Oculares*) a EMDR (*Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares*) en el año 1990. También se comprobó la efectividad de otras formas de estimulación como los tonos auditivos y los toques (*tapping*).

En 2002 recibió el premio Sigmund Freud por su contribución a la psicoterapia.

La técnica del EMDR

Con EMDR accedemos al recuerdo traumático que ha contribuido al desarrollo del trastorno que presenta el paciente de manera directa, tal y como se archivó en la red neural, propiciando la activación del sistema natural de procesamiento de la información y la remisión, por lo tanto, de los síntomas que ha ocasionado. Con la focalización en la información disfuncional se consiguen resultados en menor tiempo que con otros tipos de terapia, siendo este uno de sus grandes valores. Desde el año 2012, he trabajado con EMDR como tratamiento único en pacientes diagnosticados de *Trastorno de estrés post-traumático* (TEPT) y también en pacientes con otros problemas psicológicos, combinado con psicoterapia psicodinámica.

En EMDR se considera el trauma "T" (con t mayúscula), que serían aquellas experiencias en las cuales ha existido una amenaza para la vida de la persona o su integridad física y que tendría una relación causal con un TEPT o un duelo patológico. Acontecimientos como violaciones, guerras, desastres naturales u otras catástrofes, atentados y accidentes, corresponden a este tipo de trauma. El DSM-V incluye para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático cuatro grupos de síntomas: re-experimentación (*flashbacks*, pesadillas y pensamientos recurrentes), hiperactivación (irritabilidad, dificultades de concentración e insomnio), evitación (de lugares o estímulos que se asocien al hecho traumático) y alteraciones negativas persistentes en las cogniciones

y el estado de ánimo. Además, se tiene que especificar si hay síntomas disociativos como despersonalización o desrealización.

Un paciente joven acudió a consultar, derivado por su médico de familia, por una pérdida de peso progresiva desde hacía unos cinco años, causada por problemas para deglutir. Había sido sometido a exploraciones físicas para descartar causas orgánicas que explicaran la pérdida de peso y las dificultades para tragar. En la primera entrevista el paciente explicó un episodio de atragantamiento que tuvo que solucionar por sí mismo, de manera exitosa, tras unos segundos muy angustiosos y durante los cuales pensaba que moría. No fue hasta transcurridos unos días del episodio que comenzó a sentir molestias en la garganta, en forma de tensión y dificultad para tragar. Poco a poco fue evitando comer. Intentaba realizar sólo 1 o 2 ingestas diarias para las cuales dedicaba mucho tiempo. Empezó a perder peso y a sentir que su vida social se limitaba porque evitaba situaciones sociales en las que tuviera que comer y/o beber. Realizamos el procesamiento del episodio traumático en varias sesiones, con especial atención a las sensaciones corporales, hasta que desaparecieron las molestias y pudo normalizar sus ingestas.

El trauma "t" (t minúscula), cuyo equivalente en la corriente intersubjetiva sería el denominado trauma relacional, sería aquél que ocurre de manera continuada, sobretodo en la infancia y lo componen situaciones de maltrato físico y psicológico por acción u omisión: falta de cuidados, humillaciones, ridiculizaciones, abusos sexuales, *bulling*... También vivencias con una elevada carga emocional que han podido influir en el sentimiento de valor (y valía personal), de seguridad, en la capacidad de tomar decisiones para sí mismo y para otros, y que también limita la sensación de control y de elección.

Protocolo estándar en tres vertientes (pasado, presente y futuro)

EMDR ha desarrollado en su corta historia una serie de protocolos y procedimientos terapéuticos de los cuales describiremos resumidamente el que se conoce como Protocolo estándar en ocho fases. Los protocolos con los que trabaja EMDR incluyen el

reprocesamiento de episodios pasados, de estímulos presentes que precipitan el síntoma y de comportamientos del futuro.

En la *fase 1* se lleva a cabo la conceptualización del caso. Se hace la historia clínica, como en cualquier terapia pero prestando especial atención a la relación con la principal figura de apego y se exploran sus factores de seguridad. Se identifican los recuerdos del pasado que provocan el problema actual, preguntándole al paciente cuál fue la primera vez que sintió esos síntomas, qué estaba pasando en su vida y qué recuerdos tiene. Y también, en el presente, qué hechos o situaciones actuales estimulan el síntoma. Dedicar una sesión a realizar conjuntamente con el paciente su línea de la vida en la cual, de manera gráfica, se sitúan los recuerdos positivos y negativos por franjas de edad, permite, además, conocer el impacto de determinadas vivencias en la organización de su personalidad. Sorprende la gran cantidad de "pequeñas vivencias negativas" que suelen atesorar los pacientes a lo largo de su vida, sobre todo en la infancia, que no han sido reconocidas y cuyo efecto nunca hasta ahora ha podido ser validado por nadie.

M. es una paciente que traté en psicoterapia por un problema de alimentación. Al inicio del tratamiento observé las dificultades que tenía para hablar de la relación con la madre. En aquel tiempo yo había acabado la formación básica en EMDR y un día le propuse hacer la línea de la vida. M. pudo recordar algunas situaciones de su infancia, escenas familiares y domésticas, que todavía ahora, cuando las pensaba, le provocaban tristeza. Abordamos con EMDR un recuerdo de una reunión familiar, cuando tenía unos 15 años, en el cual su madre la reñía por haberse maquillado (algo que no solía hacer porque a la madre no le gustaba), ridiculizándola en presencia de su familia. A partir de otros recuerdos parecidos que pudimos trabajar, revisamos la relación con la madre de una manera menos culpabilizante, de modo que fueron apareciendo sus sentimientos de imperfección, de ser una decepción y un fracaso. Por supuesto, estas creencias estaban en la base de otros problemas, además del alimentario.

En EMDR se habla de los archivos de la memoria de la infancia como formados por experiencias infantiles que si se repiten o se refuerzan acaban constituyéndose en esquemas cognitivos o de creencias.

Finalmente, en esta primera fase, se seleccionan las dianas sobre las que se trabajará y se acuerdan los objetivos terapéuticos. Siempre y cuando el paciente no consulte por un trauma "T", se empieza por el pasado. Los traumas "T" son los que responden mejor y más rápidamente al tratamiento con EMDR.

La *fase 2* es la de la preparación del paciente. Primero se revisan los criterios genéricos de idoneidad para el método, que son: la existencia de una red de apoyo social, si tiene disponibilidad en cuanto a tiempo y económica (en los tratamientos privados), el tipo de problema que presenta y, en el caso de que esté tomando medicación, si ésta le permite trabajar en buenas condiciones.

Algunos problemas, como el dolor ocular, contraindican el uso de la estimulación bilateral visual. Para terapeutas que se inician no es recomendable atender a pacientes con problemas neurológicos o físicos ni tampoco a aquellos que presentan abuso de sustancias con riesgo para su vida, tentativas autolíticas, auto o heteroagresiones o trastornos disociativos.

En esta fase es especialmente importante descartar síntomas disociativos y para ello se puede administrar al paciente un cuestionario de *screening* como la *Escala de Experiencias Disociativas* (DES, Bersntein y Putnam, 1986).

También se valoran cuáles son las expectativas del paciente y se le explica en qué consiste el tratamiento. En este punto se le comunica la posibilidad de una activación de material perturbador cuando comienza la estimulación y que una vez acabada la sesión podrían aparecer otros recuerdos o establecerse nuevas asociaciones, con el consiguiente malestar subjetivo. Asimismo, se revisan los recursos de estabilización del paciente o la capacidad para autorregularse con estrategias de reducción del estrés como la relajación y el *mindfulness*, por ejemplo. EMDR es un instrumento potente que usado de manera inadecuada puede ser muy perjudicial para los pacientes. Durante el reprocesamiento o incluso antes, en la elaboración de la historia, el paciente puede sentirse desbordado emocionalmente y por ello se hacen necesarias las medidas de estabilización. Un recurso que se le enseña al paciente es el del "lugar seguro" o tranquilo. En los niños se puede aceptar como "lugar seguro" un peluche o cualquier otro objeto de apego. Sería el equivalente al objeto transicional. Si el paciente no tiene un lugar imaginario o real dónde

se sienta tranquilo, se puede recurrir a la identificación de una característica positiva como la fuerza o el control.

La relación entre paciente y terapeuta debe ser de confianza, por lo que no es recomendable precipitarse e iniciar el tratamiento sin esa base bien establecida.

El ensayo de la mecánica del reprocesamiento, como la posición de las sillas de paciente y terapeuta, la distancia entre ambos, el radio, la velocidad y la dirección de los movimientos oculares, el *tapping* o la escucha alternada, se efectúa en esta fase. La señal de *stop* es la que le da el paciente al terapeuta para parar la estimulación.

En la fase de medición o *fase 3* se descompone el recuerdo en *imagen, cogniciones, emociones y sensaciones físicas* (ICES). Para ilustrar esta fase, pondré el ejemplo de S, una chica que consulta por problemas de inestabilidad afectiva y en sus relaciones. Uno de los recuerdos que escogió para re-procesar fue el siguiente:

"Mis padres discutiendo, de pie al lado del sofá, cada vez más fuerte y de pronto mi padre, en un arrebató, le tira del pelo a mi madre, la tira al sofá y yo arrodillada diciéndole, para ya, para ya,... y llanto y gritos".

La imagen que representa la peor parte de este recuerdo para la paciente es cuando el padre coge del pelo a la madre. El pensamiento negativo es "soy culpable" y el pensamiento positivo que le gustaría tener de ese recuerdo es "yo era una niña, no soy culpable". La emoción que le provoca es impotencia. La sensación física que le genera ese recuerdo es una opresión en la "boca del estómago". El tratamiento de esta paciente ha permitido identificar un funcionamiento tipo *rol reverse*, en un contexto relacional con graves carencias emocionales, y orientar todo un trabajo de validación que le está ayudando en la relación con su propia hija.

Es preciso establecer bien las cogniciones negativas asociadas a la imagen del recuerdo porque son las creencias que uno tiene de sí mismo y suelen aparecer en tres ámbitos: el de la *responsabilidad* sobre la situación ("soy culpable", como en el ejemplo anterior), el de la *seguridad/peligro* (habitualmente lo encontramos en los "T" y son del tipo "estoy en peligro", "no confío en mí", "no puedo protegerme") y el del *control* ("no tengo el control", "soy débil", "no tengo opciones", "soy vulnerable").

También se mide el nivel de la validez de la cognición positiva (VOC) y el grado de perturbación que está sintiendo cuando piensa en esa imagen (SUD).

En la *fase 4* se inicia el reprocesamiento con estimulación bilateral (movimientos de los ojos, *tapping* o tonos auditivos). Aquí se le pide al paciente que traiga a su mente la imagen y las palabras negativas, y notando dónde lo está sintiendo en el cuerpo se inicia la estimulación. Tras una tanda de unos 30 segundos el paciente dice lo que nota. Se realizan tandas de estimulación y re información hasta que no aparezca material nuevo. El terapeuta tiene que estar atento al lenguaje corporal y las señales no verbales. Si el procesamiento va bien se van a establecer conexiones y el paciente informará sobre nuevas asociaciones. La imagen, los pensamientos, la emoción y las sensaciones van a ir cambiando. Al final el recuerdo queda integrado en una estructura de memoria más amplia. Si las puntuaciones del VOC y el SUD son óptimas se pasa a la siguiente fase.

En la *fase 5* se verifica la validez de la cognición positiva original (VOC) y mediante instalación (una tanda corta de estimulación bilateral) se integran sus efectos positivos al evento *target* original.

El examen corporal pertenece a la *fase 6*. Cualquier sensación residual de perturbación se reprocesa hasta su desaparición. El procesamiento no está completo hasta que no se logre un examen corporal libre de cualquier sensación negativa asociada.

En la *fase 7* nos hemos de asegurar de la estabilidad del paciente. En el cierre se le dice que el reprocesamiento de hoy puede o no continuar después y los días posteriores a la sesión.

Finalmente, en la *fase 8* o de reevaluación, por lo general al inicio de una nueva sesión, se accede de nuevo al *target* de la sesión anterior para evaluar si existen perturbaciones residuales.

Puede suceder que durante el proceso, el paciente presente abreacciones o episodios breves de elevada intensidad emotiva, generalmente cuando está reviviendo una experiencia traumática. Es una señal de que el material disfuncional se está procesando; pero conviene que el terapeuta ayude al paciente a mantener la atención dual sin dejar la estimulación bilateral. Si el procesamiento no avanza puede ser que haya creencias

bloqueantes o recuerdos más antiguos que estén interfiriendo en el proceso (*recuerdo fuente*).

El *protocolo a futuro* se lleva a cabo con ejercicios de imaginación, visualización y estimulación una vez se han procesado todos los *targets* y los estímulos actuales que disparan los síntomas. Consiste en explorar cuáles son las habilidades que tiene que desarrollar el paciente cuando tenga un problema determinado.

El *protocolo estándar* se realiza en más de una sesión. En cuanto al tiempo que puede durar una sesión de EMDR, Shapiro (2001) habla de 90 minutos. Pero en los tratamientos EMDR que yo he realizado intento no hacer sesiones de más de una hora porque puede resultar muy cansado tanto para el paciente como para el terapeuta. Tanto si es una hora como algo más, es importante que las sesiones se cierren bien, lo cual significa, básicamente, que el paciente salga de la consulta tranquilo. Para ello se utilizan las técnicas de autorregulación preferidas por él (lugar seguro, relajación con respiración, *mindfulness*, etc.).

Marco teórico

El procesamiento adaptativo de la información

La terapia EMDR se explica a través del *Modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información* (PAI, Shapiro, 2001) que plantea la hipótesis de la existencia de una capacidad de autosanación del organismo, que a nivel cerebral, se plasmaría en un sistema innato de procesamiento de la información. Este sistema permite a los humanos reorganizar las respuestas a acontecimientos perturbadores de la vida desde un estado disfuncional inicial de desequilibrio hasta un estado de resolución adaptativa. Lo que sucede ante un hecho estresante y peligroso son reacciones fisiológicas y conductuales de defensa y protección ante la amenaza. Cuando pasa el peligro, y en condiciones normales, el evento se integra en la red asociativa experiencial. Los recuerdos pasan del sistema de memoria implícito y a corto plazo del hemisferio derecho, donde encontramos las

impresiones sensoriales y las respuestas emocionales y fisiológicas, a la memoria explícita, narrativa, semántica del hemisferio izquierdo (Shapiro, 2001; Leeds, 2011). Ahora bien, cuando el acontecimiento supera la capacidad de respuesta del individuo, se producen cambios neurobiológicos, muchos de los cuales pueden ser permanentes y provocar síntomas post-traumáticos. La información queda almacenada de la misma forma en la que fue experimentada, fragmentada en sensaciones físicas, imágenes i/o sonidos y afectos, en lugar de integrada adecuadamente con informaciones más adaptativas de la red de recuerdos (sistema relacionado de información que permite unir los pensamientos, las imágenes, las emociones y las sensaciones con experiencias). Cualquier señal externa que se asemeje a la vivencia original puede provocar los mismos efectos que en su momento produjo el suceso traumático. Cuando los recuerdos permanecen sin procesar pueden convertirse en la base de los síntomas del TEPT (Shapiro y Maxfield, 2002).

Actualmente las investigaciones han podido cuantificar los cambios fisiológicos, neuroquímicos, neurohumorales, inmunológicos y neuroanatómicos que se producen en el TEPT (Bleichmar, 2000).

F. Shapiro (2001) también destaca que las experiencias traumáticas vividas en momentos evolutivos críticos pueden interrumpir las capacidades adaptativas del individuo. Este principio tiene su origen en las hipótesis de P. Janet (1889), descritas en su libro *El automatismo psicológico*, donde, además de explicar los *flashbacks*, plantea que la emoción vehemente causa la disociación y por lo tanto impide el procesamiento de los traumas. La Dra. Shapiro propone que una experiencia traumática o un estrés sostenido durante una fase del desarrollo pueden dificultar el procesamiento de las experiencias y propiciar la aparición de síntomas. Diversos estudios corroboran la importancia del estrés continuado y la traumatización crónica como determinantes de patología mental (Joseph, 1998; Osuch et al., 2001; Stickgold, 2002; van der Kolk, Mc. Farlane y Weisaeth, 1996).

El procedimiento EMDR propicia el escenario adecuado para que el trabajo de procesamiento se produzca y con él, la mejoría de los síntomas del paciente. En el procesamiento con EMDR el correlato neuroanatómico de la integración en redes de recuerdos de la información traumática consistiría en la mayor implicación en el proceso de estructuras corticales y la facilitación de la regulación límbica, con la consiguiente

reducción de la excitabilidad y un aumento en la integración de las funciones del tálamo, la amígdala, el hipocampo y la corteza pre-frontal (Bergman, 2003).

Las investigaciones realizadas hasta la fecha han planteado algunos procesos que podrían explicar este fenómeno (Shapiro, 2001). En primer lugar estaría la disminución de la ansiedad tras el descondicionamiento a través de la estimulación bilateral, que provocaría una mayor interacción interhemisférica (Shapiro, 1989 a, 1989 b; Wilson *et al.* 1996). Como consecuencia de la mayor interacción, se produciría un cambio de estado en el cerebro que aumentaría la activación y fortalecería las asociaciones débiles (Stickgold, 2002). Este cambio de estado tendría que ver con los efectos de la re-orientación repetitiva de la atención o la atención dual. El uso de la atención dual es uno de los elementos fundamentales en la técnica del EMDR. Mientras el paciente se focaliza en el recuerdo tiene que atender a los movimientos de los ojos o a alguna de las otras formas de estimulación bilateral y reportar al terapeuta lo que está experimentando. Parece que es la alternancia de atención, y no algún mecanismo concreto de la estimulación visual, lo que parece ser relevante aunque, a pesar de ello y como dice G. Mattioli (2004), el movimientos de los ojos es a EMDR lo que el diván al Psicoanálisis.

No obstante, en un trabajo de revisión de los estudios del rol de los movimientos oculares en EMDR, Fiona W. Jeffries y Paul Davis (2012) encontraron tres líneas de trabajo: la respuesta de orientación, el aumento de interacción interhemisférica y la memoria funcional.

Armstrong y Vaughan (1996) plantearon que los movimientos de la mano del terapeuta activan la respuesta de orientación que permite a las personas evaluar con eficacia el entorno (Barrowcliff, Gris, MacCulloch, Freeman y MacCulloch, 2003). Stickgold (2002) apoya la hipótesis de la respuesta de orientación y propone que el sueño y en especial el sueño REM (movimientos rápidos de los ojos) permite la integración de las vivencias en la memoria semántica. Este autor señala que también el sueño No REM permite reforzar las memorias antiguas y favorecer la formación de nuevos canales asociativos que nos ayudan a entender el significado de nuestras vivencias. El sueño de una persona con TEPT está fragmentado y mantiene un nivel de vigilia inapropiado mientras está dormido, por un aumento en los niveles de adrenalina o norepinefrina del tallo

cerebral (Mellman, Kumar, Kulick-Bell, Nolan, 1995; Mellman, 1997). Estudios de neuroimagen sugieren alteraciones en la actividad del hipocampo, amígdala, el giro del cíngulo anterior, y posiblemente de la corteza orbitofrontal y de la corteza visual cuando a los pacientes con TEPT se les pide recordar el evento traumático con imaginación (Rauch et al., 1996; Shin et al., 1997).

El TEPT se produciría, como se ha mencionado antes, cuando el episodio traumático no se integra en el sistema semántico. Los estudios de Propper y Christman (2008) sobre interacción hemisférica tras estimulación visual concluyen un aumento de la memoria episódica. El modelo de asimetría hemisférica de codificación/recuperación de la memoria episódica de Tulving, Kapur, Craik, Moscovith y Houle (1994) propone que el hemisferio izquierdo estaría especializado en la codificación y el hemisferio derecho en la recuperación de recuerdos episódicos. Como los movimientos oculares laterales activan el hemisferio contralateral (Bakan y Svorad, 1969), se ha supuesto que la estimulación visual activaría ambos hemisferios (por ejemplo, Christman et al., 2003). Por lo tanto, los movimientos oculares bilaterales pueden promover la aparición de mayor cantidad de recuerdos no traumáticos y así crear las condiciones para que los recuerdos traumáticos se puedan integrar en la red mnemónica. Además, algunos estudios han demostrado que la interacción interhemisférica reduce los niveles de angustia asociados con el recuerdo, lo que también permite más asociaciones y por lo tanto, mayores probabilidades de integración adecuada de la información. En resumen, el componente de movimientos oculares en EMDR facilita la recuperación y la integración de los recuerdos episódicos a través del mecanismo de integración interhemisférica (F. W. Jeffries y Paul Davis, 2012).

Finalmente cabe destacar el informe de la memoria funcional (Baddeley, 1986) que plantea que esta memoria consta de un ejecutivo central que se encarga de las funciones cognitivas de orden superior como la planificación, un bucle fonológico que almacena información verbal y auditiva para su uso posterior, y el bloc visuoespacial (BVE) que almacena información visuoespacial, también para su uso posterior (F.W. Jeffries y P. Davis, 2012). Se plantea la hipótesis de que las imágenes de los recuerdos desagradables que se archivan en el BVE se van difuminando a medida que avanza el procesamiento con movimientos oculares bilaterales, dado que la memoria funcional se ve afectada por la

atención dual entre el recuerdo y la tarea competidora que en este caso sería el movimiento de los ojos. Dicho de otro modo, los movimientos oculares reducirían la intensidad de los recuerdos y la emocionalidad, facilitando el acceso a recuerdos asociativos (Shapiro, 2012). Estas conclusiones avalan la hipótesis de Andrade et al. (1997) que sugieren que los movimientos oculares, al incluir los componentes espacial y visual, podrían ser más efectivos que otras formas de estimulación como el *tapping*. Las recomendaciones de supervisores y consultores de EMDR, coinciden con esta hipótesis, afirmando que la estimulación visual es más efectiva y siempre debe usarse como primera opción.

El trauma

En la actualidad se entiende por trauma psíquico o psicológico (significado que aparece implícito en la definición del Trastorno de Estrés Post-traumático, TEPT, del DSM-V) a un suceso:

1. que la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado, caracterizado por muerte o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. ante el que la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. En los niños estas respuestas pueden expresarse mediante comportamientos desestructurados o agitados.

Y más cercano a su raíz etimológica, del griego trauma = herida, se entiende como la repercusión emocional, consecuencia o efecto de ese acontecimiento en la estructura mental de la persona. Laplanche y Pontalis (1996) lo definen como "acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones".

En cuanto a su desarrollo histórico, cabe decir que aparece en el término de neurosis traumática que introdujo el alemán Hermann Oppenheim (1892) para referirse a las consecuencias físicas y psicológicas de los accidentes de ferrocarril (Gómez, 2004).

Charcot (1825-1893) realizó entre los años 1868 y 1893 sus trabajos sobre la histeria y ya planteó la relación entre el trauma y la disociación.

En la Primera Guerra Mundial se realizaron observaciones del estrés traumático en los soldados, causado por el combate; pero no sería hasta más tarde que comenzó a considerarse como entidad psicopatológica bajo el diagnóstico de neurosis de guerra.

Kraepelin (1899) habló de neurosis traumática como un cuadro clínico independiente, y Janet (1889) influyó con su tratamiento del trauma orientado por fases en las líneas básicas de actuación en el procedimiento EMDR:

- a) estabilización y reducción de los síntomas.
- b) destapar y modificar los recuerdos traumáticos.
- c) reintegración de la personalidad (Leeds, 2011).

En un inicio Freud (1856-1939) consideró que el trauma derivado de la seducción sexual del niño por parte de un adulto era la causa de su posterior neurosis; pero posteriormente abandonó esta teoría y empezó a considerar fantasías las experiencias traumáticas y los abusos que le contaban sus pacientes.

Sándor Ferenczi (1873-1933) consideró la existencia real del trauma y sostuvo que muchos pacientes habían sufrido diversas condiciones traumáticas en su infancia, además de las de carácter sexual, que les habían hecho enfermar, física y psicológicamente. Ferenczi destacó que el trauma derivaba, muchas veces, de los vínculos patológicos entre padres e hijos y llamó la atención sobre la repercusión que en el origen de la enfermedad mental podían tener prácticas como el castigo, la rigidez e intransigencia con la que los niños debían realizar sus aprendizajes, el maltrato físico y el abandono. Fenómenos como la identificación con el agresor y la escisión de la personalidad parten de la influencia en la organización de la personalidad de los traumatismos sufridos.

Para autores como Winnicott (1965), Balint (1969) y Bowlby (1969), el trauma tiene que ver con fallos en el vínculo con el objeto, en el apego, tesis que sostiene la psicología intersubjetiva de Stolorow y Atwood (1992).

En 1980 aparece el diagnóstico de Trastorno de Estrés Post-traumático en el DSM III.

En EMDR se utilizan protocolos para el tratamiento del “T” y el “t”. Uno de ellos, el *Protocolo de trauma reciente*, es ampliamente utilizado por los terapeutas de EMDR para abordar las perturbaciones generadas por un acontecimiento traumático que, habitualmente, cumple los criterios diagnósticos DSM-V de Trastorno de estrés post-traumático. El trabajo intensivo con el acontecimiento traumático que incluye la revisión de todo el episodio permite desencallar, en muchas ocasiones, el proceso de elaboración.

Aportaciones de otras tendencias psicológicas

EMDR se ha desarrollado desde observaciones empíricas directas (Shapiro, 2004) y se ha nutrido de diferentes enfoques. Leeds (2012) propone que el método, con las aportaciones teóricas de otras disciplinas, ha evolucionado en cuatro etapas.

1) En primer lugar como técnica en la que se aplicaba el movimiento ocular. Esta fase corresponde al descubrimiento de F. Shapiro y sus primeros ensayos informales.

2) Una segunda etapa en la que se trabajó la desensibilización del recuerdo (EMD). En una tercera etapa se elaboró el protocolo para el tratamiento del Trastorno de estrés post-traumático y se introdujo el reprocesamiento (EMDR).

3) Y la cuarta etapa, o de aproximación general al tratamiento, le corresponde un período de estudio y desarrollo de procedimientos y protocolos para el abordaje de diferentes patologías. En nuestro país merece especial mención el trabajo de A. González y D. Mosquera con Trastornos Disociativos y Trastorno Límite de personalidad.

Un enfoque que ha influido en EMDR ha sido la hipnosis. Los tratamientos con hipnosis de Charcot, Freud y Breuer establecieron la relación entre trauma y disociación. La misma relación existe entre ambos fenómenos según EMDR. Desde el punto de vista de

la técnica también se han establecido analogías entre los dos procedimientos. La escena del terapeuta, sentado ante el paciente, moviendo sus dedos de derecha a izquierda nos recuerda a las sesiones de hipnosis de finales del siglo XIX. Pero en aquellas sesiones de hipnosis se buscaba una regresión del individuo y en EMDR, justamente, lo que se intenta evitar es la regresión. De ahí la importancia de la atención dual que garantiza la conexión del paciente con el presente en todo momento. Los trabajos de Milton Erickson (1901-1980) influyeron en los modelos de hipnosis del siglo XX (Leeds, 2012). Algunos conceptos han sido recogidos por EMDR como el de *confianza*, *conexión* y *contingencia* (Siegel, 2007) como cualidades y actitudes del terapeuta durante la aplicación de la técnica. Otros como el de *marco de referencia* y *limitación de la atención* también se encuentran en los principios de aplicación de EMDR. Por otro lado, ambos enfoques discrepan en la influencia de la sugestionabilidad del paciente. Algunos estudios han demostrado que no existe relación entre la capacidad de sugestionarse del paciente y su respuesta al tratamiento EMDR (Hekmat, Groth y Rogers, 1994). Tampoco se encontró, en los estudios de Nicosia (1995), que el EMDR provoque un estado alterado del cerebro similar a las ondas cerebrales identificadas en la hipnosis (Leeds, 2012).

Del condicionamiento clásico de la terapia conductual parte la comprensión de los mecanismos que operan en el Trastorno de estrés post-traumático. Explica que existe una asociación condicionada entre las señales específicas (estímulos externos e internos) presentes cuando se originó el acontecimiento traumático y el miedo evocado por la experiencia traumática. Como tratamiento aplicaban la desensibilización y la terapia de implosión. En EMDR se utiliza la desensibilización progresiva para descondicionar algunos elementos del recuerdo pero no se utiliza la terapia de exposición a imágenes. En las terapias conductuales se lleva a cabo la desensibilización a partir de la imagen, la cual no se abandona en ningún momento porque se parte de la premisa de que el cerebro sólo puede mantener durante un tiempo limitado las emociones perturbadoras asociadas. En EMDR la imagen es una parte del recuerdo y la puerta de entrada al reprocesamiento. A partir de ella, y de otros componentes del recuerdo, se inicia la cadena de asociaciones espontáneas del paciente y una vez iniciado el reprocesamiento no se vuelve a ella en ningún momento.

Encontramos también en EMDR modelos de la teoría cognitivo-conductual, como el del procesamiento de la información y el concepto de procesamiento emocional de Lang (1977,1979), Rachman (1980) Bower (1981), Foa y Kozal (1985,1986) y Foa y Riggs (1995). De particular importancia en EMDR son las creencias irracionales o esquemas cognitivos negativos que defienden estas teorías.

EMDR y Psicoanálisis

En un artículo de 1893, *La fenomenología de la histeria*, Freud y Breuer plantearon la relación entre trauma, memoria y proceso terapéutico. Según van der Kolk (2002), en este trabajo los autores proponían que los sucesos emocionalmente intensos o potencialmente traumáticos eran detenidos por una reacción física adecuada, se descargaban por vía muscular y se integraban en la memoria. Pensaban que se superaban los sucesos a través de la asociación de dicha experiencia con otros recuerdos. Otra vía de elaboración era (es) la expresión verbal que no podía producirse en algunos pacientes, ya fuera por olvidos intencionales, disociaciones involuntarias o evitaciones activas.

En el tratamiento con EMDR se parte también de la tesis que comparte el Psicoanálisis de que “el estado emocional del sujeto en el momento de la experiencia traumática interviene de una manera decisiva en cómo ésta es procesada, pero no sólo el tipo de fantasía –el factor más enfatizado- sino, también, el estado de activación neurovegetativo existente” (Bleichmar, 2002).

Podríamos considerar que el procedimiento EMDR permite acceder a información inconsciente. Tras la estimulación bilateral, contenidos inconscientes acceden a la conciencia. El paciente también asocia libremente, como propuso Freud tras abandonar la hipnosis y la teoría traumática, pero en el caso de EMDR la asociación está provocada por la alternancia bilateral. Cuando el terapeuta hace EMDR oscila entre la atención flotante y la atención dirigida. El paciente asocia libremente durante el reprocesamiento y el terapeuta mantiene la atención flotante. En otros momentos, el terapeuta dirige la atención hacia contenidos diferentes de la comunicación del paciente, sobre todo la

focaliza cuando conceptualiza el caso e identifica sus sucesos biográficos.

En la comprensión de la problemática del paciente es determinante revisar la infancia y las relaciones con las figuras de apego, especialmente la madre. EMDR identifica las situaciones, generalmente continuas y repetidas, que han dejado huella en el psiquismo de la persona porque en su momento despertaron emociones muy intensas, difíciles de tolerar y para las que no hubo contención. En el trabajo con EMDR el terapeuta es el agente de una experiencia emocional correctiva (Alexander, 1946), como en la mayor parte de abordajes. El terapeuta va a permitir al paciente revivir el trauma en un contexto de seguridad y protección. Diríamos que la estimulación bilateral permite la actualización, revisión y elaboración, a través de un vínculo de confianza, de la vivencia traumática. Como dice Bleichmar (2002) la re-significación del suceso en el contexto de un vínculo humano re-asegurante puede ser uno de los factores terapéuticos.

Una aportación interesante del EMDR, a mi modo de ver, es la inclusión de lo corporal, de la resonancia física de lo emocional, integrando pensamiento, emoción y sensación. También en la relación con el terapeuta está presente lo corporal cuando realiza la estimulación bilateral a través del *tapping*.

D. inició psicoterapia hace unos años por problemas de ansiedad, ataques de pánico y evitaciones fóbicas. En general había adquirido una buena comprensión de sus problemas y había mejorado pero todavía tenía algunas limitaciones que parecían insalvables. Cuando concluí la formación básica en EMDR le propuse hacer un ejercicio. Le expliqué en qué consistía EMDR y empezamos a trabajar con el reprocesamiento de algunos episodios de su infancia. Recuerdo lo extraño que me resultó poner mi sillón al lado del paciente y hacer *tapping* tocándole las manos que reposaban en sus rodillas. Resultó casi cómica la introducción de ese elemento de contacto corporal en el *setting*. De hecho no pudimos evitar reírnos. Superado este primer obstáculo, el segundo fue cuando le pedí que localizara en su cuerpo dónde podía sentir la emoción que me estaba describiendo. Lo sorprendente es que enseguida pudo decir dónde la sentía. Llegué pronto a la conclusión de que nos cuesta más a los terapeutas este tipo de modificaciones del encuadre que a los pacientes que, finalmente, lo que quieren es sentir que tienen más recursos para mejorar su salud emocional. Las sesiones de EMDR que introduje en su

tratamiento le permitieron concienciar las características de los vínculos con las figuras parentales que le predisponían a sus problemas de fobia. En los últimos meses hemos abordado con el protocolo estándar su fobia a volar, con un resultado exitoso.

En cuanto a la interpretación cabe decir que cuando el terapeuta hace EMDR no interpreta los contenidos que evoca el paciente, sólo pide *feedback*. En algunos protocolos ni conoce el episodio que el paciente está reprocesando. Su función es facilitar que el cerebro del paciente realice el procesamiento. Por eso no interviene salvo que el paciente no reporte más asociaciones, se desborde o deba introducir alguna información que ayude al paciente a desbloquearse.

Tampoco es habitual en psicoanálisis el uso de protocolos de tratamiento ni de técnicas de evaluación o ejercicios de regulación emocional (*mindfulness*, relajación, autohipnosis, etc.). El aprendizaje de técnicas de autorregulación en el tratamiento de pacientes diagnosticados de Trastorno límite de personalidad es de una enorme utilidad, independientemente de la orientación teórica de la terapia que se realice, por poner un ejemplo.

Profundizar más en los lugares comunes entre EMDR y psicoanálisis excede los objetivos de este trabajo, pero quedan ahí estos apuntes para la reflexión.

Dice H. Bleichmar (2002): “Si hay diversidad en los tipos de organizaciones inconscientes, en las relaciones entre éstas y la conciencia, en la estructura de ésta, en las conexiones a doble vía entre ideas y afectos, entre ideas y cuerpo, entre estados afectivos con baja simbolización y los que se despiertan por niveles asociativos y simbólicos sofisticados, entonces surge la pregunta: ¿el trabajo analítico consiste sólo en descubrir fantasías inconscientes, en recorrer la geografía de sus temáticas, en interpretar lo reprimido para desreprimir? O, más bien, ¿tal diversidad de organización inconsciente y su relación con la conciencia y el cuerpo no requiere de intervenciones que sean diversificadas y coherentes con las modificaciones que se espera poder producir en la operatoria del psiquismo en sus múltiples niveles?”

Para finalizar, querría señalar que cada vez son más los profesionales que integran en su práctica terapéutica técnicas diversas. La Programación Neurolingüística (PNL), la hipnosis ericksoniana, las terapias corporales y el *mindfulness* son algunas de ellas. Si se

aplican bajo una comprensión profunda del psiquismo, como la que ofrece el Psicoanálisis, estos procedimientos pueden ser de gran ayuda para nuestros pacientes.

Referencias Bibliográficas

Alexander, F. (1946), *Psychoanalytic Therapy*, Nueva York, The Ronald Press Company.

American Psychiatric Association (APA). (2002), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ª edición, Barcelona, Masson.

Andrade, J., D. Kavanagh y A. Baddeley (1997), "Eye-movements and visual imagery: a working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder" en *British journal of Clinical Psychology*, núm. 36, pp. 209-223.

Baddeley, A. D. (1986), *Working memory*, New York, Oxford University Press.

Bakan, P. y D. Svorad (1969), "Resting EEG alpha and asymmetry of reflective eye movements", en *Nature*, núm. 223, pp. 975-976.

Balint, M. (1969). *La falta básica*, Barcelona, Paidós, 1993.

Barrowcliff, A.L., N.S Gray., S. MacCulloch., T.C.A. Freeman y M.J MacCulloch, (2003), "Horizontal rhythmical eye movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli", en *British Journal of Clinical Psychology*, núm. 42, pp. 289-302.

Bergmann, U. (2001), "Further thoughts on the neurobiology of EMDR. The role of the cerebellum in accelerated information processing", en *Traumatology*, 6 (3), pp. 175-200, 2009, www.fsu.edu/-trauma.

Bleichmar, H. (1999), "Biología del trastorno de estrés postraumático", en *Aperturas Psicoanalíticas*, núm. 6, www.aperturas.org

Bowe, G. (1981), "Mood and Memory", en *American Psychologist*, núm. 36, pp. 129-148.

Bowlby, J. (1969), *El vínculo afectivo*, Buenos Aires, Paidós.

Christman, S. D., Garvey, K.J., Propper, R.E. y Phaneuf, K.A. (2003), "Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories", en *Neuropsychology*, núm. 17, pp. 221-229.

Ferenczi, S. (1929), "El niño mal recibido y su impulso de muerte", en *Obras Completas*, núm. 4, Madrid, Espasa Calpe, 1984.

Foa, E. B. y Kozak, M.J. (1985), "Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology", en A. H. Tuma y J. D. Maser (Eds), *Anxiety and the anxiety disorders*, pp. 451-452, Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Foa, E. B. y M.J Kozak (1986), "Emotional processing of fear: exposure to corrective information", en *Psychological Bulletin*, núm. 99 (81), pp. 20-35.

Foa, E. y D. Riggs (1995), "Posttraumatic Stress Disorder Following Assault: Theoretical Considerations and Empirical Findings", en *Current Directions in Psychological Science*, núm. 4, pp. 61-65.

Freud, S. (1895), *Estudios sobre la Histeria*, Buenos Aires, Amorrortu, 1990.

González, A. y D. Mosquera (2012), *EMDR y Disociación: El abordaje progresivo*, Madrid, Ed. Pléyades.

González, A. y D. Mosquera (2009), "Síntomatología Disociativa en los Trastornos de Personalidad. Identificación y Abordaje", en *Trastornos de la Personalidad. I Jornadas gallegas*. A Coruña, TP-Galicia.

González, A. (2007), *Trastornos Disociativos: Diagnóstico y Tratamiento*, Ed. Lulu, 2ª ed. Pléyades, 2010.

Hekmat, H., S. Groth y D. Rogers (1994), "Pain ameliorating effect of eye movement desensitization", en *Journal Of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, núm. 26 (2), pp. 121-129.

Janet, P. (1889), *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*, Alcan, Paris.

Jeffries F.W y P. Davis (2012), "What is the Role of Eye Movements in Eye Movement, Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Post-Traumatic Stress Disorder" (PTSD), A Review, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* núm. 29, pp.1-11.

Joseph, R. (1998), "Traumatic amnesia, repression, and hippocampus injury due to emotional stress, corticosteroids and enkephalins", en *Child Psychiatry and Human Development*, núm. 29 (2), pp. 169-185.

Kaplan H.I y B.J Sadock (1989), *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Salvat Editores S.A.

Lang, P. J. (1977), "Imagery in therapy: An information processing analysis of fear", en *Behavior Therapy*, núm. 8, pp. 862-886.

Laplanche, J. y B. Pontalis (1971), *Diccionario de psicoanálisis. Vocabulaire du Psychanalyse*, Paris, PUF, 1968.

Leeds, Andrew M. (2011), *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*, Bilbao, Editorial Desclée de Brouwer, S. A., (English original: *A guide to the standard EMDR protocols for clinicians, supervisors and consultants*. Nueva York, Springer Publishing Company, LLC, 2009).

Mattioli, G. (2009), "El estrés postraumático y la terapia EMDR", en *Guillermo Mattioli. Psicología Clínica*, guillermomattioli.com/el-estrés-postraumatico-y-la-terapia-del-emdr.

Mattioli, G. (2011), "El EMDR y la teoría clínica psicoanalítica", en *Guillermo Mattioli. Psicología Clínica*, guillermomattioli.com/el-emdr-y-la-teoria-clinica-psicoanalitica.

Mellman, T.A, A. Kumar., R. Kulick y B. Nolan (1995), "Nocturnal/daytime urine noradrenergic measures and sleep in combat-related PTSD", en *Biological Psychiatry*, núm. 38, pp. 174-179.

Osuch, E. A., B. Benson., M. Geraci., D. Podell., P. Herscovitch., U.D. McCann et al. (2001), "Regional cerebral blood flow correlated with flashback intensity in patients with posttraumatic stress disorder", en *Biological Psychiatry*, núm. 50(4), pp. 246-253.

Propper R.E., J. Pierce., M.W. Geisler., S.D. Christman y N. Bellorado, (2007), "Effect of Bilateral Eye Movements on Frontal Interhemispheric Gamma EEG Coherence Implications for EMDR Therapy", en *The Journal of Nervous and Mental Disease* núm. 195, (9), pp. 785–788.

Rachman, S. (1980), "Emotional processing", en *Behaviour Research and Therapy*, núm. 14, pp. 125-132.

Rauch, S., B.A. van der Kolk., R. Fischer., N.M. Alpert., S.P. Orr., C.R. Savage., R. Fischman., A. J. Jenike., M. A. y R.K Pitman (1996), "Symptom provocation study of post-traumatic stress disorder using positron emission tomography and script-drive imagery", en *Archives of General Psychiatry*, núm. 53, pp. 380-387.

Shapiro, F. (1989a), "Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories", en *Journal of Traumatic Stress Studies*, núm. 2, pp. 199-223.

Shapiro, F. (1989b), "Eye movement desensitisation: A new treatment for posttraumatic stress disorder", en *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, núm. 20, pp. 211-217.

Shapiro, F. (2001), *Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*, México, D.F, Pax México, Librería Carlos Cesarman, S.A., 2004, English original: *Eye movement Desensitization and Reprocessing. Basis Principles, Protocols and Procedures*, Nueva York, The Guilford Press (Guilford Publications, Inc).

Shapiro, F. y L. Maxfield (2002), "Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)", In G. Zimmar, M. Hersen y W. Sledge (Eds), *Encyclopedia of psychotherapy*, New York, Academic Press.

Shapiro, F. (2012), "La evidencia sobre el método EMDR", *The New York Times*.

Siegel, DJ. (2007), *La mente en desarrollo: Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*, Bilbao, Editorial Desclée de Brouwer.

Stickgold, R. (2002), "EMDR: a putative neurobiological mechanism of action", en *Journal of Clinical Psychology*, núm. 58(1), pp. 61-75.

Stolorow, R. D. y Atwood, G. E (1992), *Contexts of Being. The intersubjective foundations of psychological life. Hillsdale: The Analytic Press*, trad. castellana: *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*, Barcelona, Herder, 2004.

Tulving, E., Kapur, S., Craik, F.L.M., Moscovitch, M. y Houle, S. (1994), "Hemispheric encoding/retrieval asymmetry in episodic memory; Positron emission tomography finding", en *Proceedings of the National Academy of Science*, núm. 91, pp. 2016-2020.

Van der Kolk, B.A, A.C, McFarlane y L. Weisaeth (1996), "Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society", New York, The Guildford Press.

Van der Kolk, B. A. (2002), "Más allá de la cura por el diálogo: Experiencia somática, improntas subcorticales y tratamiento del trauma" en *F. Shapiro: EMDR, promesas para el desplazamiento de un paradigma*, New York, APA Press, 2002.

Wilson, D., S.M. Silver., W. Covi y S. Foster (1996), "Eye movement desensitization and reprocessing: effectiveness and autonomic correlates", en *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, núm. 27, pp. 219-229.

Winnicott, D. (1965), "El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia", en *Exploraciones psicoanalíticas*, vol. I, Buenos Aires, Paidós, 1993.

Winnicott, D. W. (1965), "El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia", en *Exploraciones psicoanalíticas*, vol.I, Barcelona, Paidós.

Resumen

La Terapia EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) es un método ecléctico para el tratamiento del trauma, con aportaciones teóricas de diferentes corrientes psicológicas y un protocolo técnico propio para el procesamiento de recuerdos traumáticos. Se explican los orígenes y la historia, haciendo referencia a su creadora, Francine Shapiro, y las vicisitudes del hallazgo inicial sobre el efecto de los movimientos de los ojos en los pensamientos y las emociones. El protocolo estándar en ocho fases permite

conocer el modo de proceder en el tratamiento de pacientes con sintomatología postraumática tras un episodio traumático grave o “T” y aquellos que tienen historia traumática o trauma relacional, “t” en EMDR. Se revisa el concepto de trauma psíquico desde los primeros autores que hablaron de neurosis traumática, pasando por el trauma de la histeria y acabando en las aportaciones de la Psicología Intersubjetiva a su comprensión. En los tratamientos psicológicos se empiezan a introducir herramientas técnicas ante determinadas dificultades de los pacientes, que complementan y agilizan los procesos terapéuticos.

Palabras clave: tratamiento, trauma, terapia EMDR.

Abstract

The therapy EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) is an eclectic method for the treatment of trauma, with theoretical contributions of different psychological currents and a technical Protocol for the processing of traumatic memories. Explains the origins and history, making reference to its creator, Francine Shapiro, and the vicissitudes of the initial findings about the effect of the movements of the eyes on the thoughts and emotions. The standard protocol in eight phases allows to know the mode of proceeding in the treatment of patients with post-traumatic symptoms after a major traumatic episode or "T" and those who have traumatic history or relational trauma, "t" in EMDR. Revising the concept of psychic trauma from the first authors who spoke of traumatic neurosis, going through the trauma of the hysteria and ending in the intersubjective psychology contributions to their understanding. In psychological treatments begin to introduce technical tools to certain difficulties of patients, that complement and accelerate therapeutic processes.

Keywords: treatment, EMDR therapy, trauma,

Kati Ayala Sánchez

Psicóloga clínica, psicoterapeuta psicoanalítica, terapeuta EMDR.

katiayalasanchez@hotmail.com