Christophe Marx

SUPERA TUS BLOQUEOS MENTALES

El método EMDR para liberarse de los traumas

Amat editorial

Supera tus bloqueos mentales

Si desea recibir información gratuita sobre nuestras publicaciones, puede suscribirse en nuestra página web:

www.amateditorial.com

también, si lo prefiere, vía email:

info@amateditorial.com

Síganos en:

@amateditorial

Editorial Amat

Dr. Christophe Marx

SUPERA TUS BLOQUEOS MENTALES

El método EMDR para liberarse de los traumas

Amat editorial

Esta obra ha sido publicada por Eyrolles, bajo el título original *L'EMDR. L'histoire, la méthode et les techniques pour se libérer de ses traumatismes et dépasser ses blocages,* del Docteur Christophe Marx.

© 2013 Groupe Eyrolles, París, France
© Profit Editorial I., S.L., 2018
Amat Editorial es un sello editorial de Profit Editorial I., S.L.

Traducción: Paula Lunes
Diseño cubierta: XicArt
Maquetación: Eximpre SL

ISBN: 978-84-9735-907-8
Producción del ebook: booqlab.com

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; teléfono 91 702 19 70 – 93 272 04 45).

Referencias

Sobre el autor

El **Dr. Christophe Marx** es médico acreditado por la asociación EMDR Europa y profesor y supervisor de Análisis Transaccional por la Asociación Europea de Análisis Transaccional. Miembro del hospital universitario de Nimes, se encarga de la formación clínica en la Facultad de Medicina de Nimes-Montpellier y ejerce en su propia consulta. Ansioso por promover una psicoterapia rigurosa y éticamente respetuosa, es autor de varios libros y artículos científicos.

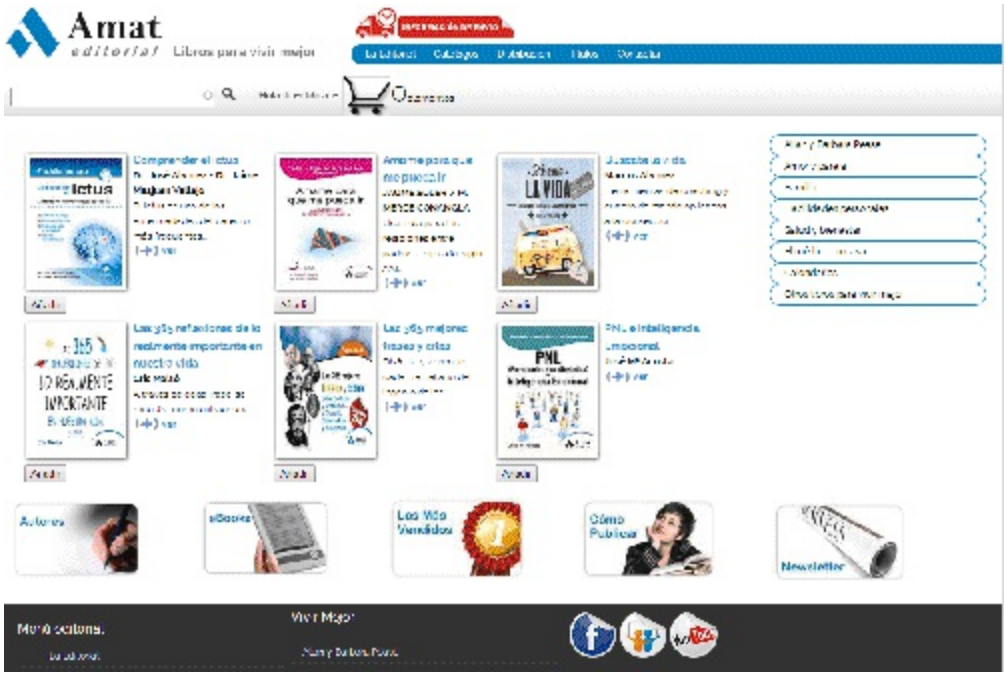
Más información sobre Dr. Christophe Marx

Sobre el libro

La revolucionaria técnica para reconciliarse con el pasado y disfrutar el presente. El trauma forma parte de la vida. Ya se trate de pequeños contratiempos como de grandes heridas, las experiencias negativas se almacenan físicamente en nuestros cerebros y nos hacen sentir y actuar de manera perjudicial. El EMDR o «Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares» se ha considerado el método más revolucionario en Psicoterapia de las últimas décadas, al tratar con éxito los problemas psicológicos que tienen su origen en bloqueos, como traumas por abusos sexuales, ataques de ansiedad, desórdenes alimentarios o fobias, y con una rapidez que desafía cualquier expectativa. Este libro, escrito por un médico experto, es una detallada guía que te enseñará a comprenderte mejor, superar los bloqueos emocionales y tomar las riendas de tu vida. Reconcíliate con tu pasado y disfruta plenamente el presente para alcanzar la felicidad que mereces.

Más información sobre el libro y/o material complementario

Otros libros de interés



Web de Amat Editorial

Índice

Introducción

Observaciones científicas

Reticencias iniciales

Dudas personales

Procesar de manera diferente la información que recibe el cerebro

PARTE 1. Los fundamentos

1. Historia y relación con otros métodos terapéuticos

El descubrimiento

Un detalle importante

Un paralelismo científico: los REM

Francine Shapiro

Investigación práctica

Su compromiso

Desarrollo del EMDR

Una teoría ampliamente reconocida

Aplicaciones y responsabilidades múltiples

Relación con los demás métodos terapéuticos

El psicoanálisis

El análisis transaccional

La terapia cognitiva y conductual (TCC)

La programación neurolingüística (PNL)

La hipnosis

La Gestalt y la meditación

2. El trastorno por estrés postraumático

Definición
Origen
Síntomas
Diferentes manifestaciones
Estrategias de protección
El caso de los niños
Consecuencias psíquicas
Manifestación precoz
A largo plazo
Tipos de trauma

3. El cerebro y el reprocesamiento de la información
Recuerdos y reacciones
Automatismos
Hay que saber distinguir
Hay disfunciones que se pueden corregir
Normalmente las causas son invisibles
Reprocesar los recuerdos
Algunos ejemplos
A veces va bien consultarlo con la almohada
Disfunción

PARTE 2. El EMDR, ¿de qué se trata?

4. El PAI, el procesamiento adaptativo de la información
El accidente
Demasiada información
Utilidad de la experiencia
A diario
Circunstancias excepcionales
Memoria disfuncional
Los tres niveles del cerebro
La amígdala cerebral

El hipocampo

El córtex asociativo

Reactivar el procesamiento de la información

Autocuración

Readaptación

Historias ilustrativas

El dardo envenenado

Las zarzas

Un tren parado en la estación

El papel del EMDR

En resumen

El concepto de EMDR

5. Una sesión de EMDR

Fase 1: Toma de contacto

Fase 2: Preparación y refuerzo positivo

Un lugar seguro

Un rayo de luz

La espiral

Respirar de maneras diferentes y... en lugares diferentes

Respiración abdominal

La coherencia cardíaca

Fase 3: Evaluación

Búsqueda del recuerdo

Las creencias (o cogniciones) negativas

Los afectos

Las manifestaciones corporales

Fase 4: Desensibilización

Los estímulos bilaterales alternados (EBA)

Fase 5: Instalación

Un recuerdo que vuelve a su lugar

Cognición positiva integrada

Fase 6: Comprobación corporal mediante un *escáner corporal*

Fase 7: Cierre de la sesión

Fase 8: Revaluación en la próxima sesión

El EMDR según Francine Shapiro

Identificar los recuerdos perturbadores

6. Ejemplos de situaciones vividas

La historia de Gabriel, un gran reportero

Una vida escindida

El trauma

Descubrimiento del EMDR

La historia de Susana, técnica de laboratorio

Un complejo físico

El procesamiento

La historia de Soraya, asistente administrativa

Ataques de ansiedad

El procesamiento

Diferentes pistas

La historia de Alan, un trauma intenso y único

La agresión

El trauma

El procesamiento paso a paso

Los efectos del procesamiento

Traumas complejos: las muñecas rusas de Adrián

Los síntomas

El trauma

El recuerdo

Qué ha aportado la terapia

La compleja historia de Margot

Muchos traumas pequeños

El enfoque terapéutico

PARTE 3. Propuestas e investigación

7. Otras maneras de actuar en el EMDR

Con pacientes diferentes

El EMDR y los niños

El EMDR en grupo

En situaciones diferentes

CIPOS

El EMDR y las fobias

El EMDR y el luto

8. Indicaciones y contraindicaciones

Innumerables aplicaciones

Con niños y adolescentes

En casos de abusos sexuales y/o físicos

La depresión

En secuelas de traumas colectivos (guerras, catástrofes naturales...)

En casos de miedo a los aviones

En casos de fobia al dentista

Con agresores sexuales

En disfunciones conyugales y familiares

En disfunciones sexuales

Contraindicaciones y riesgos

¿Cómo hay que escoger a un terapeuta EMDR?

Formación

Otros factores

9. ¿Y la investigación?

Una experiencia

Resultados probados

Dos mecanismos

Medidas fisiológicas

Cinco artículos recientes

Comparación con la terapia cognitivo-conductual
Electroencefalograma
Terapia breve
Reprocesamiento de los recuerdos emocionales
Pacientes psicóticos
En conclusión
Traumas
La terapia EMDR
Una terapia de pleno derecho
Un giro decisivo
Una medicina humanista
El papel decisivo del paciente
El futuro

Glosario

Índices de nombres propios

Índice de conceptos

Acciones internacionales
HAP (Humanitarian Assistance Programs)
Formación
La red de HAP
Voluntarios
Páginas web

Bibliografía
Validación científica
Obras más generales

Introducción

EMDR son las siglas de *eyes movement desensitization and reprocessing*, que literalmente se traduce por «**desensibilización***[1] y **reprocesamiento*** mediante movimientos de los ojos». Una traducción más libre de la forma inglesa sería «integración neuroemocional mediante movimientos oculares».

El punto fuerte de la terapia EMDR es que resulta muy eficaz, ya que mitiga los síntomas y nos ayuda a reponernos al instante para poder afrontar todo lo que la vida nos depara aquí y ahora, tanto si es bueno como si es malo.

Además, el EMDR nos ayuda a ver que el futuro aún está por venir. Entendemos, al fin, que algo nuevo puede suceder en nuestras vidas y sorprendernos. La vida sale de su cárcel, donde estaba condenada a girar alrededor de **traumas*** del pasado.

Observaciones científicas

Los fenómenos derivados de esta terapia no aparecen por arte de magia, sino que se han estudiado y analizado.

Los avances de las neurociencias (las ciencias que estudian las relaciones entre el psiquismo y el sistema nervioso) y, sobre todo, de la imagen médica (escáner, IRM, PET...) nos han permitido entender mejor cómo las diferentes zonas del cerebro se reparten las tareas que hacen posible nuestra vida relacional: la memoria, las emociones, los pensamientos, los movimientos...

Se sabe desde hace mucho tiempo que, por debajo de nuestro pensamiento consciente, tenemos un sistema nervioso que está formado por unas redes paralelas. Estas movilizan nuestro cuerpo y psiquismo, de forma que unas veces los activan y otras los calman. También hemos descubierto que disponemos de un catálogo preciso de mediadores químicos y de hormonas que recorren nuestras células nerviosas, y hasta sabemos su función: dopamina, acetilcolina, ocitocina...

Gracias a los avances recientes en investigación, podemos observar directamente en el cerebro cómo actúa el EMDR: aunque todavía no se ha demostrado por completo y con

precisión el mecanismo íntimo que hace que la terapia sea tan eficaz, investigadores de todo el mundo han formulado hipótesis enteramente convincentes.

Reticencias iniciales

Seguro que has pensado que el término EMDR es más bien complejo y vagamente inquietante. Desensibilización, reprocesamiento... ¡Esto parece un lavado de cerebro!

Y en cuanto a los movimientos oculares, a uno le da por pensar que debe de ser un proceso demasiado simple, quizá hasta un poco mágico. Y con todas estas reticencias nos vienen a la mente un montón de imágenes, como, por ejemplo, la de un hipnotizador del siglo xix que hace que su «paciente» siga con la mirada el ir y venir de un péndulo a la temblorosa luz de una vela: «Duérmete, duérmete, ¡ya!».

Sin duda, no es muy tranquilizador todo esto, o por lo menos es muy poco científico.

Para explicar la eficacia de la terapia, seguro que pensarás que se usa la sugestibilidad, el efecto **placebo***, es decir, la credulidad: ¿es suficiente que el paciente esté convencido de que la terapia funcionará para que pueda percibir una mejora razonable?

Pues bien, las reticencias hacia el EMDR son comprensibles. Entendemos que alguien pueda dudar de una concepción terapéutica sorprendentemente eficaz basada en una metodología tan poco invasiva, dado que:

- no requiere medicamentos, y en su caso, son todos naturales;
- no implica una sugestión exterior, es decir, no se penetra en el psiquismo del paciente a sus espaldas;
- no supone una interpretación, sino que se descifran antes los fantasmas del terapeuta que los del paciente.

Dudas personales

Yo no fui una excepción, y es que mi primera reacción al oír hablar del EMDR fue una exasperación despectiva hacia lo que me parecía una fantasmada más en la búsqueda de la piedra filosofal de la psicoterapia. Era como convertir el plomo en oro o curar los sufrimientos del alma en unas pocas sesiones; para mí todo formaba parte de una misma ilusión, la de provocar un cortocircuito en el largo trabajo de maduración para obligarnos, a los humanos, a caminar pasito a pasito por el camino de la fortuna, del bienestar o simplemente de la resolución de problemas.

«Demasiado fácil», le indiqué con una media sonrisa reprobadora a mi interlocutor, que, sin embargo, no hacía más que demostrar su experiencia como terapeuta.

Procesar de manera diferente la información que recibe el cerebro

No obstante, acabé entendiendo que vivimos como si nuestra reacción a algunos traumas estuviera almacenada en redes de memoria. Estas reacciones emocionales y físicas se repiten como un disco rayado, indefinidamente, y se reactivan cuando nos encontramos en situaciones que se parecen al trauma o nos lo recuerdan: el detonante.

Las víctimas de un trauma se anticipan al fracaso y al sufrimiento, y proyectan en el futuro las sensaciones de lo que en principio solo forma parte del pasado. En estos casos, la información exterior (estímulos intensos y frecuentes) e interior (la que nos envía nuestro propio cuerpo: sensaciones, pensamientos, emociones...) no se asimila de una manera apropiada, sino que se queda confinada en un lugar concreto del cerebro, y estas personas no encuentran los medios para entender que se trata del pasado.

Para resolver estos casos, será necesario procesar la información de manera adaptativa. Es una tarea imposible de decidir conscientemente, y el terapeuta no puede hacerlo por nosotros, pero nuestro cerebro sabe cómo hacerlo si cooperamos un poco. ¡Gracias a Francine Shapiro por haber descubierto cómo podemos ayudarlo!

1. Los términos que figuran en el glosario se escriben en negrita y seguidos de un asterisco la primera vez que aparecen en el texto.

PARTE 1

Los fundamentos

La terapia EMDR, aunque haya surgido muy recientemente, ya goza de un amplio reconocimiento internacional. En esta primera parte, lo explicaremos con un breve resumen. A continuación, expondremos la relación que esta terapia tiene con los otros enfoques terapéuticos, las similitudes y las diferencias, ya que la originalidad del EMDR reside justamente en la integración de los puntos fuertes de los demás enfoques. Seguidamente, describiremos con detalle la patología más indicada para el EMDR, el trastorno por estrés postraumático (TEPT), o *post traumatic stress disorder* (PTSD), según la nomenclatura internacional anglófona. El EMDR ayuda a hacer cicatrizar esta herida tan desconocida, invisible y muchas veces interminable que sufren aquellos que han quedado profundamente traumatizados por una situación perturbadora.

Capítulo 1

Historia y relación con otros métodos terapéuticos

Índice de contenidos

- El descubrimiento
- Francine Shapiro
- Desarrollo del EMDR
- Relación con los demás métodos terapéuticos

El descubrimiento

Francine Shapiro era una joven estadounidense interesada tanto por la ciencia como por la literatura. Desgraciadamente, un triste día de 1979 los médicos le diagnosticaron un cáncer. Ella siguió sin vacilar los tratamientos que le indicaron, pero tenía miedo de recaer algún día.

En mayo de 1987, como ella misma cuenta, un día que paseaba por un parque empezó a imaginarse situaciones horribles. Se sentó en un banco y se quedó allí un buen rato, con la mirada perdida, siguiendo las piruetas de los pájaros por encima del estanque (¿o eran ardillas jugando por las ramas de un árbol?). Cuando se levantó y se dispuso a retomar su paseo, se dio cuenta de que se sentía mucho mejor, más tranquila. Veía la situación desde un punto de vista más optimista.

Un detalle importante

Shapiro podría no haber aprovechado la oportunidad. Simplemente podría haberse alegrado por encontrarse mejor sin cuestionarse nada más, atribuir su bienestar a la tranquilidad del sitio, a la belleza del paisaje y llegar a la conclusión de que en ese parque había «buena energía cósmica».

En cambio, Francine Shapiro se percató de un detalle: había seguido con la mirada el ir y venir de los pájaros. Es decir, había recorrido alternativamente con la mirada el lugar, de derecha a izquierda y sin mover la cabeza, como si estuviera mirando un partido de tenis, pero de una manera más regular y más calmada.

Shapiro no relacionó los movimientos oculares con el alivio sentido en el parque hasta mucho más adelante. Por el momento, estudió el fenómeno con la ayuda de un amigo:

—Piensa en algo que te preocupe —le dijo ella.

En ese momento, Shapiro le pidió que siguiera sus dedos, que movió de derecha a izquierda ante su rostro. El amigo obedeció, un poco intrigado.

—¡Es increíble! ¡De repente me siento mucho mejor! Lo que me parecía un problema terrible ¡ya no me angustia! —exclamó al cabo de unos instantes.

El proceso acababa de empezar: solo se tenía que consolidar, ampliar (más adelante averiguó que no era tan simple), aplicarlo a otras personas y a otras situaciones, en diferentes culturas...

Un paralelismo científico: los REM

Estos movimientos laterales de los glóbulos oculares son muy parecidos a los que se producen durante la fase del sueño paradójico, los **REM*** *(rapid eyes movement)*, es decir, movimientos rápidos de los ojos, que son alternativos o aleatorios. A principios de la década de 1950, los investigadores Nathaniel Kleitman, Eugene Aserinsky y John Birtwell, en Estados Unidos, y Michel Jouvet, en Francia, descubrieron los ciclos del sueño que se repiten a lo largo de la noche.

Un ciclo viene precedido de un período de vigilia calmada, más o menos prolongado, que nos prepara para el estado de adormecimiento y comporta diversas fases. Una de estas fases, que dura de 15 a 20 minutos, muestra en el electroencefalograma una intensa actividad eléctrica, casi tan activa como la de la vigilia. Por este motivo, la fase recibe el nombre de *sueño paradójico*.

Esta fase tan específica y relacionada con los sueños, se caracteriza por períodos de atonía muscular, respiración y ritmo cardíaco irregulares, y congestión de los órganos pélvicos, acompañada, a veces, por una erección e incluso una eyaculación. También pueden producirse otras manifestaciones, como la desaparición momentánea de la olfacción. ¡Alguien que se encuentra en la fase del sueño paradójico puede no ser sensible a los olores!

Una zona determinada del cerebro, el hipocampo, cuya función es determinante en la memorización, está más excitada que durante la vigilia. Los investigadores coinciden en afirmar que es muy probable que cuando dormimos reprocesemos los hechos que hemos vivido durante el día en la fase del sueño paradójico.

Francine Shapiro

Francine Shapiro obtuvo diferentes títulos en literatura inglesa en la Universidad de Brooklyn (Nueva York): la *licence* (actual grado) en 1968 y la *maîtrise* (actual máster) en 1974. En este mismo año, mientras trabajaba como profesora de inglés, Shapiro decidió participar en un programa de estudios de psicología en la literatura inglesa, de la Universidad de Nueva York.

Más adelante se adentró en el arte de la crítica literaria y publicó artículos en el *Library Journal* y en varias enciclopedias. Asimismo, par-ticipó en la edición de una obra dedicada a los poemas de Thomas Hardy. En 1979, cuando estaba a punto de terminar su tesis, le diagnosticaron un cáncer. En ese momento empezó a interesarse por los efectos del estrés sobre el sistema inmunitario y a estudiar las obras de Norman Cousins, un periodista estadounidense que dedicó toda su vida a los estudios clínicos sobre la importancia del estado psíquico cuando se padece una enfermedad.

Investigación práctica

Francine Shapiro se dio cuenta de que, aunque se habían planteado numerosas teorías sobre estos temas, había muy poca información práctica para ayudar a los pacientes a prevenir y a curar estas enfermedades. Así pues, decidió investigar qué procedimientos existían, aunque fueran considerados procedimientos de vanguardia.

Durante algunos años participó en numerosos talleres y coloquios sobre la reducción del estrés y la automejora de la salud mental o física. Finalmente, decidió apuntarse al curso de la Escuela Profesional de Estudios Psicológicos (una institución no universitaria, pero que por aquel entonces formaba profesionales en psicología, avalada por el estado de California).

El descubrimiento del impacto de los movimientos oculares en 1987 y el posterior desarrollo de procedimientos llevados a cabo en prácticas clínicas se convirtieron en la base de un estudio científico con individuos que sufrían un trauma. Este estudio acabó de completar su tesis doctoral en Psicología, publicada en 1988 en el *Journal of Traumatic Studies* y, más adelante, en el *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*.

Desde entonces, Francine Shapiro ha dedicado toda su vida a la investigación y al desarrollo del EMDR.

Su compromiso

Francine Shapiro ha mostrado interés por todos los recursos psicológicos y fisiológicos que pudieran ponerse al servicio de los enfermos. Es doctora en Psicología por el Mental Research Institute de Palo Alto (California) y se ha formado en diferentes enfoques terapéuticos que son capaces de ayudar a sanar una enfermedad.

Como creadora del EMDR, Francine Shapiro ha recibido numerosas distinciones científicas: en 2002 obtuvo el Premio Sigmund-Freud de la Universidad de Viena que otorga la Asociación Mundial de Psicoterapia para recompensar a los investigadores por sus méritos excepcionales en el desarrollo internacional de la psicoterapia. También ha sido galardonada con el Premio de la Asociación Norteamericana de Psicotraumatología por su contribución al tratamiento de psicotraumatismos y con el Premio de la Asociación Californiana de Psicología por la calidad de sus investigaciones en el terreno de la psicología.

Además, Francine Shapiro también ha fundado una organización humanitaria, HAP (Humanitarian Assistance Program), que, con un funcionamiento parecido al de Médicos sin Fronteras, constituye una red de terapeutas que viajan por todo el mundo para ayudar a disminuir el sufrimiento psíquico de las víctimas de traumas y de violencia.

Desarrollo del EMDR

Durante los primeros años del método se desarrolló el EMD, es decir, la desensibilización mediante movimientos oculares. La letra erre de *reprocessing* (reprocesamiento) no llegó hasta más adelante, cuando se descubrió que la terapia se podía aplicar a las capacidades cerebrales de reconstrucción y de reparación psíquicas.

En 1989 se publicó en el *Journal of Traumatic Stress* un primer estudio elaborado con la colaboración de veintidós víctimas de violación o de agresiones, así como de veteranos de la guerra del Vietnam. (El primer ámbito de aplicación y el más amplio del EMDR fue el de los veteranos del Vietnam. La guerra había terminado, pero los traumas se mantenían bien vivos en los soldados veteranos.) Este estudio probó la eficacia del EMDR en relación con los criterios de definición del trastorno por estrés postraumático (**TEPT***): el grupo sometido a la terapia mostraba una desensibilización pronunciada del nivel de ansiedad y una subida de la autoestima. Además, se comprobó que estos efectos positivos permanecían en el tiempo.

Una teoría ampliamente reconocida

Desde hace algunos años, gracias a la mayoría de los estudios en este terreno, la terapia

EMDR se ha impuesto como el principal método psicoterapéutico para tratar el trastorno por estrés postraumático. Además, la mayoría de los estudios publicados sobre el EMDR están dirigidos al tratamiento de este trastorno; hay muy pocas publicaciones que se centren en otro tipo de intervención clínica. Por ello, el EMDR se ha convertido en una terapia utilizada a nivel mundial.

En Francia, la terapia fue reconocida como tratamiento del síndrome de estrés postraumático por el INSERM en 2004; en 2008 por la Haute Autorité de Santé, junto a las terapias conductual y cognitiva, y en 2012 por la OMS, la Organización Mundial de la Salud.

Aplicaciones y responsabilidades múltiples

Son muchos los que pueden beneficiarse de este gran descubrimiento: cualquier persona que haya resultado herida, en el cuerpo o en el corazón, y las víctimas de catástrofes individuales o colectivas.

Además, las instituciones del EMDR no solo se ocupan de dar a conocer este método, sino que también trabajan para asegurar la calidad de la formación y de la práctica de la terapia. Como se puede observar en el código deontológico que estas instituciones exigen a sus miembros, las preocupaciones éticas son uno de los temas que tienen más presentes a la hora de actuar.

Advertencia

Es probable que muchos crean que, por su simplicidad, algunos ejercicios están al alcance de todo el mundo. No obstante, hay que ser muy conscientes de que leer la descripción de los ejercicios en las obras sobre EMDR no nos proporciona una formación sólida, como la que proponen los institutos de formación de la terapia EMDR, reconocidos y acreditados por las asociaciones internacionales del EMDR. Presentarse como terapeuta EMDR sin estar acreditado supone que las personas que confían en este supuesto terapeuta corren grandes riesgos y, además, es una estafa penalmente reprensible. Solo los profeionales acreditados pueden llevar a cabo la terapia EMDR.

Relación con los demás métodos terapéuticos

El EMDR está relacionado con otros enfoques terapéuticos. De hecho, a los terapeutas con certificado en EMDR se les aconseja que no renieguen de su marco teórico de

referencia habitual ni renuncien a él.

La terapia EMDR presenta similitudes con otras maneras de ver o de hacer. Es más, integra los mejores conocimientos y los más eficaces de cada una de las diferentes teorías y prácticas terapéuticas. Su originalidad reside en un aspecto que no comparte con los otros métodos: la dimensión neurofisiológica y la confianza en la autocuración del individuo. Este enfoque humanista dinamiza la riqueza de la relación terapeuta-paciente.

A continuación, presentamos los principales rasgos de cada enfoque, a modo de ejemplo representativo, y precisamos los puntos que tienen en común con la terapia EMDR.

El psicoanálisis

Como en el caso del psicoanálisis, el terapeuta EMDR entiende que el pasado existe aún en el presente, y da valor a las asociaciones libres que realizamos con lo que «nos pasa por la cabeza»: pensamientos, imágenes, emociones, sensaciones... El psicoanálisis, sin embargo, no insiste necesariamente en el concepto de trauma.

Parece ser que el propio Freud quiso distanciarse del concepto de trauma real y prefirió centrarse en los mecanismos psíquicos internos y propios de cada individuo.

La fobia de Julieta

La fobia a los trenes que tiene Julieta está afectando a su vida profesional. De hecho, a menudo debe desplazarse largas distancias y se ve obligada a ir en coche, lo que acaba provocándole un cansancio horrible, pero no tiene fuerzas para subirse a un tren: la angustia la agarra del pecho cuando se acerca a la estación.

Un psicoanalista interpretaría este síntoma como una manera de ocultar miedos subyacentes o conflictos inconscientes. La animaría a describir con detalle qué es exactamente lo que le da pánico y le preguntaría si ya había sentido sentimientos parecidos con sus padres cuando era pequeña. ¿Nota que le falta confianza en sí misma o se siente impotente? ¿Su miedo a los trenes tiene relación con una sensación de inseguridad que percibe desde hace tiempo? ¿Podría ser que estuviera enfadada con sus padres por no haberla protegido lo suficiente?

El tratamiento que seguiría consistiría en identificar los conflictos interiores, interpretarlos y convertirlos en palabras para que el terapeuta pueda descubrir

el sentido de cada miedo en el seno de la relación terapéutica. Verbalizar los sentimientos permitiría trabajar con la transferencia (transposición inconsciente de sentimientos de la infancia al momento presente). De este modo, Julieta podría entender mucho mejor el sentido de su problema y sería más consciente de la relación que mantiene con sus padres y con su terapeuta. Además, descubriría que su experiencia actual está relacionada con su pasado.

La terapia se llevaría a cabo por medio de una relación terapéutica atenta, agradable y tranquila, que favorecería su introspección. Gracias a esta comprensión en profundidad, Julieta podría encontrar opciones para dominar su miedo.

Al igual que el psicoanálisis, el EMDR se basa en el hecho de que el pasado aún existe en el presente. Almacenados en una zona de nuestro cerebro, a veces al margen de nuestra conciencia, hay hechos, mensajes y creencias que también hablan de nosotros. Dar voz a estas partes ocultas nos ayudará a aligerar el peso con el que cargamos.

El análisis transaccional

Propuesto en la década de 1960 por un psicólogo estadounidense,Eric Berne, el análisis transaccional se arraiga en diversas tradiciones:

- Psicoanalítica: Afirma que el paciente se abrirá poco a poco gracias al lenguaje y la palabra. Además, debe luchar durante toda su vida contra la pulsión inconsciente de revivir una escena, lo que se espera que no sea demasiado sobrecogedor.
- Cognitiva y conductual: Asegura que nuestros pensamientos y creencias influyen en nuestra vida y que podemos cambiarlos actuando sobre ellos o modificando nuestro comportamiento.
- Corporal: Se interesa por los síntomas físicos, como dolores o bloqueos.
- Emocional: Predica que a un ser humano no le puede pasar nada esencial si sus emociones están siendo infravaloradas, reprimidas o retorcidas.
- Humanista: Se basa en la confianza en lo que el ser humano alberga de positivo y afirma que siempre podemos recurrir a ella.

Julieta y el análisis transaccional

Si Julieta visitara un analista transaccional, el terapeuta la invitaría a fijarse en algunas partes de su interior. Julieta descubriría que su Yo se presenta en tres

estados diferentes: el padre, el adulto y el niño. Estos estados del Yo adoptan la forma de un grupo coherente de pensamientos y de emociones que corresponden a comportamientos particulares. Julieta detectaría en ella creencias relacionadas con su entorno vital, sobre ella, los demás o la situación que está viviendo. Se daría cuenta de que, a veces, sustituye unas emociones por otras, con lo que perturba inconscientemente la atención a su alrededor. Julieta tendría que cambiar sus comportamientos, creencias y emociones para salir de la sensación de fracaso y potenciar los recursos que tiene y que necesita para superar la fobia.

Del mismo modo que el análisis transaccional, el EMDR trabaja con diferentes partes de nuestro Yo y no duda en hacerlas conversar.

El EMDR dedica gran parte de su terapia a las creencias negativas ancladas en el fondo de nuestros rincones más íntimos. Por ejemplo, se fija en cómo nos condiciona el hecho de reemplazar una emoción (cuya mención estuvo prohibida durante la infancia) por otra (admitida por nuestro contexto actual). Asimismo, el EMDR parte del principio de que las adaptaciones al entorno se inscriben en el corazón del sistema nervioso central.

El concepto transaccional del *elástico* es el que más se parece a la terapia EMDR. David Kupfer y Morris Haimowitz, dos analistas transaccionales estadounidenses, fueron quienes acuñaron este concepto en 1971. Así es como definieron el *elástico*:

> «A veces un aspecto de una situación actual suscita una respuesta en un paciente que parece fuera de lugar o desproporcionada.A menudo esto indica que el sentimiento es «arcaico». Un elástico (una regresión) hace que un sentimiento que nos era familiar en la infancia se manifieste aquí y ahora.»
>
> (En *Actualités en analyse transacctionelle*, n.° 1, enero de 1977)

La terapia cognitiva y conductual (TCC)

Esta terapia tiene el objetivo de enseñar al individuo a dominar la angustia que sintió en el momento del trauma. Ante la inmersión provocada por el recuerdo traumático, gracias a la terapia, la realidad de que en adelante nos encontraremos a salvo se impone poco a poco. Este pensamiento surge acompañado de imágenes y emociones más tolerables, incluso agradables.

Julieta y la TCC

Esta terapia llevaría a Julieta a replantearse la situación que le provoca ansiedad. De este modo, se expondría, mental e incluso físicamente, a lo que ella cree que es un peligro, y así podría, progresivamente, habituarse a él y desdramatizarlo. Además, hay que tener en cuenta que en todo momento recibiría un acompañamiento empático.

Julieta se daría cuenta de la importancia inconsciente de sus creencias negativas («estoy en peligro») y de la capacidad que tiene de decidir cambiarlas («estoy a salvo»).

También recibiría ayuda a la hora de evaluar subjetivamente lo que siente respondiendo a algunas preguntas que la situarían en casos de diferente gravedad. Los cuestionarios de evaluación habrían sido evaluados previamente para comprobar que son eficaces y que, por lo tanto, se pueden utilizar de manera fiable.

Por su parte, el EMDR ayuda a revivir el trauma estimulando el sistema parasimpático (tranquilizándolo). La memoria disfuncional se reprocesa mucho más rápido y sin necesidad de una **exposición*** o de llevarse «deberes para casa». Por este motivo, los casos en los que se abandona el tratamiento son cada vez menos frecuentes.

La programación neurolingüística (PNL)

La PNL fue elaborada en 1975 por Richard Bandler y John Grinder. Los terapeutas de la PNL se ocupan de canalizar las manifestaciones emocionales más importantes y saben utilizar los recursos de la **disociación*** terapéutica (observarse a uno mismo mientras actúa), incluso de la doble disociación terapéutica (observar cómo actúa uno mismo cuando se observa).

Julieta y la PNL

El terapeuta especialista en PNL ayudaría a Julieta a observar la escena de su llegada al andén de la estación como si estuviera delante de una pantalla de televisión. Le pediría que describiese lo que ve en la pantalla y los pensamientos que le vinieran a la cabeza. A continuación, el terapeuta la ayudaría a observarse mientras mira la pantalla: ¿qué siente en ese momento?, ¿cómo le demuestra su cuerpo que está más tranquilo?

El terapeuta, que habría observado en qué se habría fijado Julieta y habría escuchado las palabras que ella habría usado, sabría si es preferible utilizar un

canal visual («ya veo lo que quieres decir»), auditivo («¿a qué te suena todo esto?») o cinestésico («ahora ya puedes tomar las riendas de la situación»).

Este método se basa en elementos que el EMDR retoma, como:

- el anclaje: asociación de una sensación física con un pensamiento o emoción;
- la importancia dada a la definición de un objetivo;
- el trabajo sobre las creencias (también llamadas *cogniciones*, un término más neutro que no hace pensar directamente en el sentido restrictivo de «convicción religiosa» o «pensamiento ilusorio»).

Además, la PNL utiliza el movimiento espontáneo de los ojos para afinar el diagnóstico, mientras que el EMDR induce deliberadamente estos movimientos con fines terapéuticos.

La hipnosis

En la práctica del EMDR podemos reconocer algunos elementos de la hipnosis ericksoniana. La hipnosis fue desarrollada por el doctor Milton Erickson, que se basó en los estudios que el médico francés Jean-Martin Charcot había llevado a cabo durante la década de 1900 en La Salpêtrière. Este proceso se basa en los estados de conciencia modificados, en la noción de sugestión, en la capacidad del individuo de resolver su problema por sí mismo, así como en las técnicas de imaginería guiada (el terapeuta indica exactamente al paciente la imagen que puede hacer nacer en su imaginación).

Julieta y la hipnosis

Una vez relajada, el terapeuta ayudaría a Julieta a dejar volar su mente hacia donde le pareciese. Cuando se encontrase en un estado de confianza total, podría centrarse en la voz suave del terapeuta, que le propondría: «Ahora que una parte de ti sabe que no corres peligro en un tren, esta parte no se arriesgará a convencer a la otra, que sabe que es importante protegerse. Poco a poco vas sintiendo el bienestar que te provoca poder mover libremente el diafragma cuando respiras profundamente, como lo haces ahora, y como podrás hacerlo tú misma dónde y cómo quieras cuando más te convenga».

Como la hipnosis, el EMDR completa sus protocolos bien definidos, en los que se formulan preguntas específicas en momentos precisos, con una relación terapéutica que, aunque parece del todo neutral, alberga todos los ingredientes de una alianza sólida.

La Gestalt y la meditación

Fritz Perls fue el iniciador de la terapia Gestalt, que insiste en el valor del aquí y el ahora, y en la relación con los demás y con uno mismo para aprender a ser conscientes de todos los estímulos internos y externos. También destaca el valor de las emociones, las propias y la atención que damos a las de los demás.

En cuanto a la meditación plenamente consciente, hay que decir que moviliza al detalle las zonas cerebrales más atentas en ese momento.

Julieta y la Gestalt

En este caso, el terapeuta invitaría a Julieta a descubrir en sí misma el abanico de todas sus emociones: es verdad que siente miedo por la idea de subirse a un tren, pero si sigue explorando en su interior verá que la tristeza no está mucho más lejos.

Quizá también está enfadada con todos los que querían forzarla a subir al tren.

¿Está segura de que no hay ninguna euforia escondida o un culpable que identifique con una locomotora que, intrusiva y poderosa, ha penetrado en su imaginación?

¿Y qué siente al concentrarse mentalmente durante 10 minutos en la sensación del aire que, frío al inspirar y cálido al espirar, le acaricia las fosas nasales al respirar?

¿Se ha fijado en el suave silbido provocado por el aire que entra y sale de su nariz?

Como en estos dos casos, el EMDR da importancia a lo que pasa en el presente. La exploración del pasado —y su curación— cobran sentido a partir del presente. Cuando uno baja haciendo rápel hasta el fondo de esta grieta para cuidar al niño traumatizado que yace allí, es importante que la cuerda esté muy bien atada en la superficie. Esta sujeción con el presente, con el nudo terapéutico, atado a la realidad actual, constituye el anclaje salvador.

Capítulo 2

El trastorno por estrés postraumático

Índice de contenidos

- Definición y origen del TEPT
- Síntomas
- Consecuencias psíquicas
- Tipos de traumas

Definición

El trastorno por estrés postraumático (TEPT; en inglés *post traumatic stress disorder*, PTSD) es la principal, e históricamente la primera, indicación de la terapia EMDR.

Este trastorno se manifiesta en personas que han sufrido una experiencia traumática o han sido testigos de un trauma mental y/o físico poco habitual o importante. Se trata de un trastorno de ansiedad grave precedido por un hecho particularmente traumatizante en el plano psicológico (un atentado, un bombardeo, un accidente grave, una catástrofe, un caso de violencia física, una violación...).

El síndrome de estrés postraumático (SEPT) es una reacción psicológica a este tipo de hecho traumático (enfrentarse a la muerte, a amenazas de muerte o de heridas graves, a un riesgo para la integridad física de uno mismo o del prójimo...). Se puede percibir como una reacción normal del ser humano ante una situación anormal. Y es que parece lógico sentirse asustado, desamparado, evasivo, incluso paralizado. ¡Hasta algunos animales se hacen «los muertos» ante un peligro!

Puntualización

Según la duración, distinguimos dos tipos de TEPT:

- El trastorno por estrés agudo, en el que las perturbaciones se manifiestan inmediatamente después del hecho traumático y duran, como mínimo, dos días y, como máximo, un mes.
- El trastorno por estrés postraumático propiamente dicho, en el que el trastorno puede permanecer durante meses, incluso años, y manifestarse

como una depresión característica.

El trauma psíquico incluye un componente enérgico de ruptura de las defensas psíquicas y de una confrontación brutal y repentina entre la realidad y la muerte. Etimológicamente significa «herida con fractura». Así pues, realmente es una fractura interna del aparato psíquico del individuo.

Origen

El neurólogo alemán Herman Oppenheim fue el primero que utilizó, en 1889, el concepto *neurosis traumática* para describir la sintomatología que presentaban las víctimas de los accidentes en la construcción del ferrocarril.

En primera instancia, el TEPT se relacionó con los militares veteranos de las guerras que tuvieron lugar entre 1914 y 1918; más adelante, con la guerra de Corea, la del Vietnam, la del Golfo y la de Afganistán. Con posterioridad también se pudo observar que muchos de los soldados de la Primera Guerra Mundial presentaban síntomas de TEPT a causa de los bombardeos brutales y la barbarie de los enfrentamientos en los que fueron degradados, humillados y hasta fusilados por abandono o incivismo.

La expresión «trastorno por estrés postraumático» se construyó a partir de los síntomas observados en los casos de accidentes tecnológicos o industriales. Después de las dos guerras mundiales, la psiquiatría militar se amparó en esta expresión, que retomaron los pacifistas y las feministas de las décadas de 1960 y 1970 para explicar los problemas relacionados con la violencia familiar y social.

Los traumas causados por violencias civiles, familiares y sexuales contribuyeron a hacer avanzar la investigación para llegar a incluir el TEPT en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) en 1980 y en la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE) en 1992.

Síntomas

Los síntomas de este trastorno son muy dispares. Pueden aparecer por primera vez durante los tres primeros meses tras un hecho traumático o no aparecer hasta muchos años más tarde. La sintomatología presenta varias formas:

- Reviviscencias, que son recuerdos angustiosos, *flashbacks* (pensamientos intrusivos e invasores) asociados a manifestaciones fisiológicas. El individuo también puede tener

sueños recurrentes y la impresión de revivir constantemente el trauma.

- Síntomas de vigilia que ocupan toda la conciencia del individuo, como dificultades para dormir, irritabilidad, trastornos de concentración y de hipervigilancia.
- Síntomas de evitación que pueden afectar a los pensamientos, los sentimientos, las conversaciones, las actividades, las personas, los lugares, los objetos relacionados con el hecho traumático en mayor o menor medida...

Diferentes manifestaciones

El síndrome de repetición se impone en el individuo, forzándole a revivir el hecho exactamente con la misma violencia y fuerza traumatizante. Estas **repeticiones**, espontáneas o provocadas por algún elemento, evocan una faceta o un detalle de la situación inicial. Por ejemplo, una víctima de un incendio no soportará el color rojo, dado que le recordará el color de las brasas y del camión de bomberos.

El síndrome de repetición traumática también se manifiesta en forma de ***flashbacks*** **recurrentes**, auténticas visiones diurnas, pensamientos intrusivos que sorprenden e invaden el psiquismo. Además, las persona traumatizada sufre **rumias mentales**, como si todo su pensamiento tratara de expulsar o digerir un cuerpo extraño.

Por la noche, el estado de sueño puede estar plagado de **pesadillas repetitivas**: el individuo revive con terror el horror de su experiencia y puede llegar hasta el punto de evitar el momento de ir a dormir. Puede pasar que la persona luche contra el sueño, lo que agrava todavía más su estado de agotamiento y aflicción psíquica.

La reactualización imaginaria de la escena recobra vida indefinidamente en el presente sin que la víctima lo quiera. Algunas imágenes, ruidos u olores pueden llegar a provocar alucinaciones (el olor a quemado de un incendio, el ruido del choque de la carrocería en un accidente o la imagen del rostro enmascarado de un atracador).

Asimismo, el individuo puede sufrir episodios de angustia que se manifiestan como un trastorno físico relacionado con lo vivido en el momento del trauma: sudores, temblores, aceleración del ritmo respiratorio o cardíaco...

Estrategias de protección

Para limitar los episodios de reviviscencia, **el individuo evita los estímulos detonantes**, por lo que deja de lado todo aquello que le recuerda directa o indirectamente el trauma, ya sean situaciones, personas o lugares.

La persona afectada convive con **estrategias (adaptaciones postraumáticas)**para protegerse y compensar su extremo sentimiento de vulnerabilidad. Así pues, **adapta su vida cotidiana** a estas estrategias, por lo que, por ejemplo, **limita sus paseos y salidas**, **desarrolla un sentimiento de desconfianza excesivo** o **comprueba inútilmente y sin parar ciertas cosas**.

El caso de los niños

Cabe destacar que los niños que han sido víctimas de traumas psíquicos pueden presentar una ralentización o disminución de su desarrollo psicológico, e incluso físico, con retrasos en el crecimiento.

En los niños, la **repetición** se identifica a través de la **recreación de la situación** o de una parte de la situación traumática: juegos y dibujos de temática repetitiva. También se recrean trastornos de la conducta relacionados con algunos elementos del trauma.

Consecuencias psíquicas

A menudo estos síntomas se traducen en una imposibilidad de recordar, un desinterés, un desapego afectivo, una incapacidad para planear y proyectarse en el futuro. El individuo se esfuerza en evitar pensar en el hecho y enfrentarse a los sitios y actividades relacionados con el trauma. En él se instala una aflicción psíquica intensa; el afectado olvida algunas partes del trauma y describe de otra manera lo que realmente pasó, se aleja de los demás. Lo que vive pierde sentido para él, y tiene la impresión de que su futuro es limitado.

Manifestación precoz

Cuando los síntomas de un trauma aparecen muy rápidamente, acostumbran a manifestarse en forma de angustia, que puede mostrarse con tres reacciones distintas:

- *Una agitación desordenada* más o menos intensa y duradera asociada a un tropel de palabras, gritos y hasta alaridos.
- *Una inhibición del pensamiento, de los movimientos*, lo que provoca palidez, sudor, distraerse hasta volver automáticamente a casa o a tener trastornos de atención, de memoria y de concentración.
- *Manifestaciones psicosomáticas* con parálisis, trastornos sensoriales, afonía, úlceras gastroduodenales, diabetes, principios de hipertensión arterial, ataques de asma,

manifestaciones dermatológicas...

No obstante, una reacción precoz a un trauma también puede ser causa de depresión o, incluso, de una enfermedad psiquiátrica, como una psicosis delirante aguda, un síndrome confusional agudo o un episodio maníaco o melancólico.

Estas manifestaciones precoces tienen repercusiones psicológicas, como un sentimiento de vergüenza (de haber sido abandonado por el mundo de los hombres), de culpa (sensación de pesadumbre por haber sobrevivido cuando otros no lo hicieron), de inseguridad (la muerte acaba siendo un pensamiento omnipresente), etcétera.

A largo plazo

La afección puede llegar a ser crónica. La ansiedad disminuye, por supuesto, pero da paso al agotamiento, a la depresión (en el 60 % de las víctimas), a problemas sexuales y a la somatización de los síntomas.

Hasta por lo menos dos años después del hecho traumático, el individuo puede experimentar trastornos de ansiedad con ataques de pánico o fobias, sobre todo, sociales (restricción de las actividades de ocio). También surgen cambios en la personalidad, a partir de los cuales se establece una nueva relación con el mundo y con uno mismo, y una nueva forma de percibir, sentir, pensar, amar, decidir y actuar. Algunas víctimas presentan trastornos de la conducta relacionados con el abuso de alcohol y de tranquilizantes (benzodiacepina), que les ayudan a calmar la ansiedad.

Estas personas pueden comportarse de manera impulsiva (cambios bruscos de trabajo, de vivienda, de estilo de vida), perder eficacia en la memoria o tener emociones más versátiles e inestables. Las tentativas de suicidio no son inusuales; es más, normalmente los afectados no sobreviven.

También hay casos, aunque mucho más insólitos, de trastornos psicóticos, en los que las víctimas sufren una esquizofrenia o una psicosis paranoide.

Tipos de trauma

Si el individuo ha sufrido un único trauma, hablamos de un trauma simple. ¡Atención! La palabra *simple* puede referirse a un hecho terrible: las víctimas de un tsunami han sufrido un trauma simple.

Si el trauma se ha prolongado en el tiempo, hablamos de un trauma complejo, por lo que fácilmente podemos imaginarnos que el tratamiento en estos casos será más largo y

delicado de llevar a cabo.

A veces, el trauma se sitúa en el contexto global de un entorno tóxico (maltratos, microtraumas cotidianos...). En estos casos, el plan terapéutico deberá tener en cuenta las limitaciones dentro de las cuales el paciente trata de sobrevivir. Algunos acontecimientos, llamados *detonantes*, provocan una perturbación en relación con el hecho traumático y, a su vez, pueden acabar siéndolo. Asimismo, pueden contribuir a despertar patologías tan graves como la esquizofrenia.

¿De dónde vienen los traumas?

Las circunstancias de la aparición de un trauma pueden clasificarse en cuatro categorías:

- Agresiones: agresiones físicas y verbales, amenazas y/o heridas de arma, agresiones sexuales (violaciones, tentativas de violación).
- Catástrofes naturales: terremotos, avalanchas, inundaciones.
- Accidentes graves: accidentes de tráfico, accidentes de avión, accidentes industriales (explosiones, incendios, derrumbamientos...).
- Actos de guerra o similares: guerras, atentados terroristas, toma de rehenes.

En un tercio de las personas que sufren este tipo de traumas, la afección llega a ser crónica y, a veces, puede durar varios años. Los dos tercios restantes pueden padecer una depresión, una adicción, ataques de pánico, fobia social (evitar relacionarse con los demás) o manifestaciones somáticas.

El TEPT constituye la primera causa de suicidio entre los jóvenes adultos, los refugiados y los militares.

Capítulo 3

El cerebro y el reprocesamiento de la información

Índice de contenidos

- Recuerdos y reacciones, el poder de los automatismos
- Disfunciones que se pueden corregir
- Ejemplos

Recuerdos y reacciones

Automatismos

Si oyeras, por ejemplo, las palabras «fueron felices», ¿qué es lo que te vendría a la mente al instante? Me juego lo que sea a que contestarías: «Y comieron perdices».

Para cualquiera de nosotros, que compartimos una misma cultura, la respuesta nos viene a la mente como un acto reflejo, como si las respuestas mentales se parecieran a las reacciones físicas. Nuestro cerebro está programado para responder de la misma manera que el resto del cuerpo. Da igual si eres un hombre o una mujer, un joven o un viejo, si te golpean el tendón de la rótula de una manera concreta, seguro que se te levanta la pierna. Quizá hacía siglos que no oías esa expresión, pero la respuesta te ha salido automáticamente.

Este tipo de respuestas automáticas pueden ser extremadamente útiles, porque nos permiten no tener que empezar de cero cada vez. Sin embargo, a veces pueden jugarnos una mala pasada. Tu cerebro ha producido, sin apenas pensarlo, la respuesta lógica: «Y comieron perdices». Pero ¿qué tiene que ver la felicidad con las perdices? Evidentemente no tienes por qué sentirte incómodo con esta frase, aunque no consigas entender del todo de dónde procede ni su significado. No obstante hay áreas del cerebro en las que respuestas automáticas como esa pueden llevarnos directamente a la angustia o la depresión, y hasta acabar derivando en una enfermedad psíquica.

Hay que saber distinguir

Algunos aprendizajes de nuestra infancia son auténticos y nos ayudan, pero a veces es difícil distinguir entre las creencias y las ilusiones.

- Si mis compañeros me rechazan o me acosan, ¿debo pensar que lo hacen porque soy inferior a ellos?
- Y si mis padres se divorcian, ¿quién va a convencerme de que no es por mi culpa?

Y como estos, hay innumerables hechos que pueden tener consecuencias que surgen automáticamente en el psiquismo a lo largo de la vida y sin que podamos controlarlos conscientemente.

Aprender una cosa consiste en almacenarla físicamente en una red de células nerviosas llamadas *neuronas*. Esto explica por qué podemos pensar que somos feos sin tener una razón, mientras que los demás nos consideran más bien atractivos; sentirnos deprimidos, mientras que cualquier otro en nuestro lugar viviría feliz y despreocupado, o caer enfermos de tristeza cuando alguien nos abandona, aunque sepamos perfectamente que esa persona no es buena para nosotros y que seguir con esa relación sería un enorme error.

La mayoría de estas reacciones negativas solo sirven para soportar situaciones intolerables del pasado. En el presente, únicamente nos envenenan la vida. Sin embargo, es importante no confundir estas reacciones con las emociones fuertes y naturales que, por el contrario, pueden ayudarnos a superar las adversidades, como el proceso de luto.

> Cuando las reacciones negativas y los comportamientos inadecuados del presente pueden estar relacionados con los recuerdos de hechos del pasado, es porque los recuerdos no han sido reprocesados, es decir, han sido almacenados en el cerebro con una serie de emociones, sensaciones físicas y creencias experimentadas anteriormente en nuestra vida.
>
> FRANCINE SHAPIRO, *Supera tu pasado*

La historia de Violeta

Violeta tiene veintinueve años y es una chica feliz: su trabajo como florista la llena y su marido la colma de atenciones. Por desgracia, cada vez que consideran la posibilidad de tener un hijo, ella se niega, no quiere ni oír hablar de ello. Violeta nota que eso no le pasa a la mayoría de sus amigas; generalmente es el hombre el que retrasa el momento de concebir un hijo.

¿Cómo se explica su reacción? Desde el momento en el que su compañero saca

el tema, ella siente que una angustia la invade sin razón, tiene náuseas y le tiemblan las piernas. Finalmente, Violeta admite que la aterroriza la posibilidad de estar embarazada. Si se imagina con un bebé en brazos todo va bien. Sí, decididamente es el embarazo lo que la asusta.

Violeta se acuerda de un hecho que le ocurrió cuando tenía seis años: su madre, embarazada de cuatro meses de su hermanito pequeño, sufrió una hemorragia. Su padre, asustado, llamó a urgencias, y Violeta se tuvo que quedar con una vecina que casi no conocía, dado que la familia acababa de mudarse. Violeta no se tranquilizó hasta unos días más tarde, cuando se reencontró con su madre sana y salva. Su madre no volvió a quedarse embarazada nunca más, y Violeta siguió con su vida sin saber si eso se debía a razones psicológicas o a daños físicos. Así pues, este es el motivo por el que Violeta ha relacionado el hecho de estar embarazada con una amenaza de muerte.

Este recuerdo, almacenado en su cerebro al mismo tiempo que el fuerte miedo que sintió entonces, se reactiva cada vez que se plantea quedarse embarazada. En ese momento, no se comporta como una chica de veintinueve años inteligente y madura, sino como una niña de seis años que piensa que la han abandonado. Inconscientemente, ella asocia el «estoy embarazada» con el «estoy en peligro».

Su reacción, tanto física como psicológica, es una respuesta automática, como si presionásemos el gatillo de un arma. ¡De la misma manera que «fueron felices» provoca automáticamente la respuesta «y comieron perdices»!

Cada día hacemos este tipo de conexiones. Esto contribuye a dotar de sentido el mundo que nos rodea, pero identificar estas conexiones no es suficiente para cambiar lo que hacemos, sentimos o pensamos.

Acudir a un profesional

Una vez identificado el recuerdo en el que se basa un problema personal o relacional, podemos pasar a examinar qué podemos hacer por nosotros mismos para obtener un alivio rápido.

Si el problema subsiste, hay que saber reconocer que ha llegado el momento de recurrir a un profesional debidamente cualificado. Hay que acudir a un especialista si se continúan sintiendo síntomas físicos, sufrimiento psíquico, agresividad, pérdida del vínculo afectivo con los demás, depresión...

Hay disfunciones que se pueden corregir

Nuestras reacciones, por irracionales que parezcan, tienen una explicación: provienen de una parte de nuestro cerebro que no está gobernada por la razón. Por eso, a veces:

- sorprendentemente, acabamos haciendo algo de lo que estamos seguros de que nos arrepentiremos;
- nos dejamos influir por personas poco recomendables;
- nos sentimos heridos por personas por las que, sin embargo, no sentimos respeto;
- criticamos a alguien a quien, no obstante, queremos mucho;
- nos sentimos impotentes o deprimidos ante una situación que, por otro lado, es del todo banal.

Es verdad que todas estas situaciones son irracionales, pero tienen una explicación. Y lo más importante, es posible intervenir para corregir estas disfunciones.

Normalmente las causas son invisibles

No hay una distinción clara entre los múltiples hechos que pueden provocar síntomas similares, por lo que un robo podría ser vivido como una violación.

Cada uno de nosotros es susceptible de sentir, sin ninguna razón aparente, ansiedad, angustia, irritación o rechazo. A veces, estas emociones están relacionadas con la situación actual y, por lo tanto, podemos meditarlas con calma y buscar la información necesaria para resolver el problema.

En algunos casos, los sentimientos negativos desaparecen por sí mismos, pero normalmente estos afectos negativos subsisten sin razón aparente. El síntoma se ha manifestado, pero nosotros no hemos podido identificar el hecho como un recuerdo y situarlo solamente en el pasado.

Nuestro cerebro, dividido entre la parte emocional y la racional, no puede emitir un pensamiento claro. El **área de Broca***, la que nos permite hablar, ha dejado de funcionar y no encontramos las palabras para expresarnos.

Reprocesar los recuerdos

No obstante, esta información puede identificarse y procesarse para que podamos sentir que forma parte de nuestra experiencia vital. El sentimiento negativo, la creencia o el

comportamiento problemático no son la causa del sufrimiento, sino tan solo un síntoma.

Nuestros recuerdos son la base de los síntomas negativos y de nuestra salud mental. La diferencia radica en la forma en la que los hemos almacenado en el cerebro. Si no han sido reprocesados, provocan una reacción o una *sobrerreacción* que puede herirnos o hacer daño a las personas que tenemos alrededor. Desde el momento en el que estos recuerdos son reprocesados, ya podemos reaccionar adecuadamente con nosotros mismos y con nuestros seres queridos.

El cuerpo humano funciona gracias a inumerables sistemas: locomotor, excretor, reproductor, inmunológico... Nuestro cerebro, que no hay que olvidar que es una parte de nuestro cuerpo, es capaz de poner en marcha un mecanismo de **procesamiento adaptativo de la información (PAI)***. Este proceso puede reducir la agitación emocional a niveles lo suficientemente bajos como para que seamos capaces de gestionar una situación difícil.

Así pues, nuestro psiquismo tiene la capacidad de seleccionar las informaciones más útiles para ayudarnos a afrontar, en el mejor de los casos, lo que se nos ponga por delante y a sobrevivir. Según Francine Shapiro, este procesamiento adaptativo de la información es un proceso psíquico que contribuye a establecer conexiones con lo que nos es útil y a dejar escapar el resto.

Algunos ejemplos

A veces va bien consultarlo con la almohada

Imagínate que acabas de pelearte con tu pareja. Quizá los dos sentís una tensión en la nuca, un nudo en el estómago, temblores en las manos. Paralelamente, se manifiestan todo tipo de emociones mezcladas: tristeza, miedo, ira, celos, culpabilidad...

También puede que tengas pensamientos negativos contra el otro o contra ti mismo. En general, estos pensamientos empiezan con el adverbio *definitivamente*:

- Definitivamente, no puedo hacer lo que yo quiera.
- Definitivamente, él/ella no está a la altura de lo que esperaba.
- Definitivamente, mamá tenía razón al desaprobar este matrimonio.

Aunque sabes que no darás el paso, algunas ideas de venganza te bailan por la cabeza. Y, curiosamente, al día siguiente no te sientes tan mal, aunque hayas tenido una noche llena de pesadillas. Es como si hubierais digerido el asunto y ya lo vierais todo mucho más

claro.

El cerebro ha hecho su trabajo

En efecto, tu cerebro ha reprocesado la información de la experiencia perturbadora y te ha permitido aprender una cosa: a mirar con perspectiva y distinguir lo que es esencial de lo que es meramente superfluo.

Gran parte del fenómeno probablemente se ha desarrollado mientras dormías, cuando tus ojos, tras los párpados cerrados, oscilaban rápidamente de derecha a izquierda durante algunos minutos (los REM,*rapid eyes movement* o movimientos rápidos de los ojos [véase capítulo 1]).

Tu cerebro, después de haber procesado sin interrupción la información de la pelea conyugal, ha unido los recuerdos del enfado con otros datos más útiles de los que ya disponía, como, por ejemplo, argumentaciones sólidas que ya hayas hablado con esa persona o con otras. Ahora ya eres capaz de decir: «Bueno, no es la primera vez que pasa. No hay que hacer un drama, después de todo. Y además, ese defecto puede acabar siendo una cualidad».

En el instante en el que este pensamiento se acerca al recuerdo de la pelea, tu visión del conflicto ha cambiado. Tú puedes aprender de lo que es útil conservar de ese episodio, mientras que tu cerebro se deshará de lo que no lo es. Los sentimientos negativos y egoístas han pasado a ser inadecuados, han desaparecido, pero lo que debes aprender de la pelea ha persistido y puede guiarte en un futuro para actuar mejor.

Ahora tienes más claro lo que hay que hacer: hablar con tu pareja sin la intensidad emocional que ayer hizo que os enfadarais.

Disfunción

El cerebro desbordado

Por desgracia, algunos hechos muy perturbadores pueden anular las capacidades del sistema. En ese caso, la intensidad emocional y las alteraciones físicas bloquean las conexiones necesarias para resolver el problema.

En efecto, la energía psíquica, absorta por la necesidad de afrontar algo, ya no está a tu alcance para crear asociaciones creativas de soluciones de consuelo. En cambio, la situación se almacena en el cerebro exactamente en el mismo estado que al principio. Las imágenes, lo que has visto y sentido, y tus pensamientos, todo ha sido codificado en tu memoria en su forma original, sin modificación alguna.Y cuando te encuentras a tu

pareja al día siguiente, en vez de empezar una discusión calmada, sientes una ira o un miedo que se abate sobre ti, como un águila sobre su presa. Puedes tratar de contenerte a distancia, pero cuando la persona en cuestión aparece, tu desconcierto au-menta inmediatamente.

Cuando estas reacciones adversas se niegan a abandonar su lugar, a menudo es porque todavía están relacionadas con el recuerdo de un pasado que no hemos reprocesado. ¿Te ha pasado alguna vez que te has encontrado con alguien que, aunque acabes de conocerlo o no lo conozcas de nada, ha sido muy antipático contigo? Sin duda esto es un indicio de que algo en tu interlocutor, apenas perceptible, te hace pensar en alguien que un día te causó algún perjuicio.

Recuerdos *inflexibles*

Pongamos otro ejemplo, esta vez el de una mujer que ha sido violada.Años más tarde del hecho traumático, estando en la cama con su amante, un hombre tierno y atento, su cuerpo y sus emociones responden automáticamente a la manera que él tiene de tocarla. El miedo y el sentimiento de impotencia que sintió durante la violación la acechan.

Si el sistema de procesamiento adaptativo de la información no ha funcionado correctamente después de la agresión, un gesto vagamente similar al del violador puede despertar una red de memoria y hacer de detonante, como el gatillo de una pistola, de las emociones y sensaciones físicas almacenadas en ese recuerdo que no ha sido reprocesado.

El hecho se almacenó en su día de manera aislada, sin establecer relación con las redes más globales de la memoria. Además, no puede cambiar, porque no puede relacionarse con cualquier recuerdo más útil o conveniente. Este es el porqué de que el tiempo no lo cura todo. Durante años, podemos sentir ira, dolor, rencor, pena... Como si hubiesen sido congelados en el tiempo, estos recuerdos no reprocesados pueden alimentar la fuente de problemas emocionales e incluso físicos.

Además, a nuestro cerebro le cuesta distinguir lo que es real, y nuestra imaginación nos puede jugar malas pasadas. El psiquismo y el cuerpo funcionan juntos. A continuación, lo ilustramos con un rápido ejercicio.

Ejercicio: ¿Qué es real?

Siéntate, ponte cómodo, cierra los ojos y respira tranquilamente. Ahora imagínate que te meten delicadamente en la boca un cacahuete sin pelar, pero no te imagines que lo masticas, porque, si no, la cáscara explotaría en tu paladar y esparciría por toda tu

boca una nube de migas desagradables.

Así pues, tienes en la boca un cacahuete virtual. La mano te vuelve a meter otro cacahuete al lado del primero. Las cáscaras rugosas ya han absorbido toda tu saliva. Junto a los dos cacahuetes anteriores, te colocan un tercero, pero ¡ya no te queda espacio! Solo puedes meterlo entre la mejilla y la encía. Esta estrategia también servirá para el siguiente, que se emplazará como si nada al otro lado. Cuando hay que acomodar el quinto cacahuete, solo queda un pequeño espacio delante, y lo sujetas como puedes con los labios cerrados.

Y, finalmente, llega un sexto cacahuete. ¿Vas a escupirlo todo? ¿Vas a protestar contra esta intrusión intolerable en tu cuerpo? ¿O ya lo has escupido todo tras el primer cacahuete?

PARTE 2

El EMDR, ¿de qué se trata?

En esta segunda parte, entraremos directamente en el núcleo de la cuestión: veremos que la terapia EMDR actúa sobre el funcionamiento cerebral y la manera en la que la memoria se queda congelada alrededor de un hecho traumático. Después de detallar el principio del procesamiento adaptativo de la información (PAI), que constituye la base teórica de la terapia EMDR, expondremos cómo se desarrolla una sesión prototípica, basada en los estímulos bilaterales alternados **(EBA)***, que pueden ser visuales, auditivos o táctiles, y en un protocolo preciso en el seno de una relación terapéutica fiable. Final-mente, varias historias de pacientes ilustrarán cómo la terapia EMDR ha conseguido tranquilizarlos e incluso curarlos. La variedad de situaciones que se citan confirma que el EMDR es una terapia muy relevante en el tratamiento de otros trastornos, además del TEPT.

Capítulo 4

El PAI, el procesamiento adaptativo de la información

Índice de contenidos

- El accidente y la utilidad de la experiencia
- Los tres niveles del cerebro
- Reactivar el procesamiento de la información
- Algunas historias ilustrativas
- El papel del EMDR

El accidente

Enrique es comercial y se pasa la vida en la carretera. Conduce bien, tanto si va por una vía seca como mojada, hasta helada, pero ya ha tenido que hacer frente a algunas situaciones límite, como el día en el que su coche derrapó haciendo *aquaplaning*, o cuando una moto salió de la nada delante de él. Aunque estaba muy nervioso, Enrique se mantuvo lúcido, supo analizar la situación y ser consciente de sus emociones (el miedo, claro, pero también el enfado contra los malos conductores o el penoso estado de la carretera).

Cada vez ha sabido procesar la información que su cerebro recibía adaptándola: primero piensa, luego siente y finalmente, actúa para protegerse, y también para gestionar su estrés y para ser consciente en todo momento de los demás y del mundo que le rodea.

Demasiada información

Sin embargo, un día Enrique se sintió atacado por una avalancha de estímulos que no podía controlar. No pudo evitar chocar contra el coche que tenía delante. De repente había oído un ¡pum! Cuando abrió los ojos, tras unos segundos, vio que se había quedado atrapado entre la chapa abollada de su vehículo. Se había roto la clavícula y le dolía horrores; además, paralelamente había tenido que gestionar una gran cantidad de información amenazadora.

Había recibido tanta información que no había podido procesarla poco a poco como de costumbre. Su cerebro había almacenado la totalidad del suceso sin fraccionarlo en subaspectos, como lo habría hecho con algo menos grave. Por ejemplo, hubiera podido:

- pensar: «Tendría que avisar a mi mujer de que llegaré tarde»;
- sentir miedo (por estar en peligro), alegría (por no estar gravemente herido), rabia (contra la imprudencia del conductor responsable);
- actuar adecuadamente: deslizar la mano hasta su bolsillo para asir el teléfono y pedir socorro, quitar el contacto...

Pero no, Enrique almacenó en su memoria el hecho global, como si se lo hubiese tragado entero. No procesó la información de manera adaptativa, por lo que necesitará ayuda para procesar la información mediante el PAI, el proceso en el que se basa el EMDR.

Utilidad de la experiencia

La mayoría de las veces todos los seres humanos disponen de los medios para encontrar una solución adaptada y pertinente a los problemas a los que tienen que hacer frente. Además, nuestra supervivencia depende de la calidad de este proceso fisiológico.

A diario

En una situación habitual, sin amenaza, las diferentes experiencias que tenemos cada día nos permiten mejorar sin parar nuestra adaptación al entorno. Archivamos en la memoria lo que las experiencias nos enseñan de útil, y estos recuerdos almacenados servirán para orientar, más adelante, nuestras elecciones y decisiones. Cuando se nos presenta una nueva experiencia, inmediatamente se asocia con una red de memoria creada para experiencias similares, lo que nos permitirá dotar a esta información de sentido.

Enrique, por ejemplo, ve constantemente que los demás conducen mal. Se dice: «Tendría que enseñarse el Código de Circulación desde el parvulario», o «Hago bien en ser doblemente prudente», o hasta «Debería asegurarme de que he pagado la prima del seguro». Le invaden todo tipo de pensamientos y creencias que forman la visión que él tiene de la vida... y de la circulación por carretera.

Circunstancias excepcionales

Sin embargo, a veces nos enfrentamos a hechos muy perturbadores. Algunos son espectaculares y suscitan compasión (un tsunami, una violación, un accidente de coche),

pero otros pueden pasar desapercibidos y, aun así, causar daños internos (humillaciones, sentimiento de impotencia, grandes injusticias). En situaciones como estas, el procesamiento de la información se bloquea y se producen una serie de consecuencias graves: por supuesto, estrés postraumático, pero también ansiedad, depresión, trastornos alimenticios, insomnio, adicciones, enfermedades psicosomáticas...

El trauma vivido ha impedido que el cerebro lleve a cabo el procesamiento adaptativo de la información. A partir de este momento, el hecho, que evidentemente pertenece al pasado pero que no ha sido procesado o superado, se reactivará en situaciones nuevas vividas con dolor. Así pues, Enrique, después de tener el accidente, puede tardar meses y hasta años en poder volver a subirse a un coche sintiéndose tan seguro y despreocupado como antes. Involuntariamente, reactivará el trauma cada vez que abra la puerta de su vehículo.

Memoria disfuncional

¿Qué ha pasado en el cerebro de Enrique?

Algunos neurofisiólogos plantean la hipótesis de que los hechos perturbadores que hemos vivido se almacenan de manera anormal en una memoria llamada *disfuncional*. Nuestro cerebro no puede asimilarlos ni almacenarlos tranquilamente en la cronología de nuestra autobiografía. Incapaces de convertirse en recuerdos, es decir, de ser identificados como parte del pasado, estos hechos invaden nuestro presente. A pesar de nuestros esfuerzos por recolocarlos, nos asaltan las pesadillas y los *flashbacks* (como en el cine, se nos aparece intacta una situación antigua en el presente).

Nuestro psiquismo también puede sufrir el peso de estas etapas enquistadas, y corremos el riesgo de limitar considerablemente nuestra vida tratando de evitar cualquier cosa que pueda desencadenar el dolor inicial. Seguramente a Enrique le costará explicar cómo se desarrolló el accidente, por lo que el aspecto narrativo no estará disponible. No obstante, probablemente su cuerpo se acordará mucho más de ello que su mente: sentirá sensaciones desagradables, sufrirá movimientos incontrolables o emociones inadecuadas invadirán su psiquismo.

También puede pasar que algunas personas olviden el recuerdo del hecho y solo conserven los restos en su memoria disfuncional.

Los tres niveles del cerebro

Paul D. MacLean y Henri Laborit, dos investigadores en neurociencias, desarrollaron en

la década de 1980 la idea de que el cerebro humano funciona con tres niveles jerarquizados y muy bien interconectados.

El primero, llamado *reptiliano*, se ocupa de la supervivencia inmediata: beber, comer, reproducirse, huir ante el peligro... El segundo nivel, llamado *límbico*, se encarga de la dimensión afectiva. Sabe memorizar lo que es agradable y desagradable, espantoso o alegre. Nosotros actuamos orientados por estos recuerdos emocionales que han sido almacenados en el cerebro límbico.

A continuación, conoceremos mejor este segundo nivel, el límbico. Los investigadores evidenciaron diferentes zonas identificables, de las cuales dos tienen un papel particularmente decisivo en la gestión de las emociones.

La amígdala cerebral

Situada delante del lóbulo temporal, se ocupa de descodificar las emociones y, en particular, los estímulos que constituyen una amenaza para el organismo.

Hay que destacar que, sorprendentemente, la evolución ha agrupado en la amígdala diversos circuitos del sistema de alarma que provienen de nuestra conciencia o de zonas más intuitivas, haciéndolos pasar por un recorrido directo, es decir, atravesando el tálamo. En la amígdala es donde se encuentra nuestra aptitud para sentir y experimentar el miedo y adoptar comportamientos para responder a él. Esta parte del cerebro se activa en el nacimiento y facilita la memoria emocional. Puede pasar que se mantenga activada permanentemente. En este caso, todo pasa como si no fuéramos capaces de desactivar nuestra amígdala, por lo que vivimos con la impresión de estar en un combate permanente. Por lo contrario, si la acción de la amígdala se ha visto congelada, la persona vivirá distanciada de sus propias emociones.

La comparación siguiente lo ilustra muy bien: la amígdala funciona como el detector de humos del cerebro, por lo que es sensible al mínimo elemento que nos recuerde un hecho traumático, lo que hace que el riesgo de falsa alarma sea mayor. En un caso de falsa alarma debida a estímulos relacionados con el trauma, la amígdala se activa igualmente. La activación simpática (véase p. 27) aumenta, el pensamiento lúcido se turba, el área de Broca (la que nos permite articular las palabras) se apaga. Entonces, actuamos como si estuviéramos en peligro sin darnos cuenta de que, de hecho, no hay ninguna amenaza inmediata que nos aceche.

El miedo constituye el centro del trastorno por estrés postraumático, por lo que no podemos gestionarlo de una manera intelectual y lógica. Nadie se ha tranquilizado con la

afirmación «no tengas miedo».

Muchos estudios han demostrado el importante papel de la hiperactividad de la amígdala en el transcurso del trastorno por estrés postraumático, que está correlacionada con la gravedad de los síntomas.

El hipocampo

La amígdala también recibe muchas conexiones de otra estructura del **sistema límbico***: el hipocampo, llamado así porque su forma se parece a la del caballito de mar o hipocampo.

Tiene la función de permitir rememorar recuerdos explícitos y consolidarlos de manera no verbal para poder codificarlos en forma de relato. Las numerosas conexiones que lo conectan con la amígdala explican que un recuerdo en concreto despierte una emoción.

En caso de peligro, el hipocampo se inhibe. Los datos *en bruto* se quedan sin procesar, pero se codifican en la amígdala para registrar el hecho: las sensaciones, las emociones y los comportamientos derivados se depositan intactos en ella.

Nuestros recuerdos son episódicos cuando se trata de hechos precisos, instantes únicos relacionados con un contexto concreto y bien localizado en el tiempo y el espacio. Esta memoria episódica está sustentada por el hipocampo, tanto en la adquisición como en la rememoración.

El córtex asociativo

El tercer nivel del cerebro está formado por el **córtex asociativo***, que se dedica a asociar vías nerviosas subyacentes que han hecho un seguimiento de las experiencias pasadas. Sin embargo, el córtex puede crear un pensamiento o una fantasía para completar y reconstruir un recuerdo. Así pues, en un momento dado, podremos decidir si actuar en función del recuerdo que tenemos del hecho (logrado o fallido anteriormente). Por ejemplo, actuaremos sin miedo si pensamos que vamos a ser recompensados, o con angustia si nos anticipan que vamos a fallar o que corremos peligro.

El EMDR permite reconsiderar el hecho traumático gracias a los recursos del córtex asociativo.

Reactivar el procesamiento de la información

¿Cómo podemos reactivar el sistema del procesamiento adaptado de la información? Este es el momento en el que interviene el EMDR.

El EMDR actúa como si volviera a conectar la red de memoria en la que se ha enquistado el recuerdo traumático con otras redes de memoria positivas, es decir, experiencias en las que el individuo ha actuado bien y a las que ha podido dar sentido porque ha tenido una buena autoestima.

Autocuración

Parece ser que nos podemos apoyar en el poder de autocuración del psiquismo, idéntico al del cuerpo.

Cuando nos cortamos, el cirujano nos da unos puntos de sutura para unir los bordes de la herida, pero a escala microscópica la intervención del cirujano es totalmente ridícula: solo ha empalmado los dos lados de una manera basta. La herida realmente se cura, es decir, cicatriza, porque el cuerpo lo facilita. Los puntos de sutura solo ayudan al proceso natural y espontáneo.

Con el EMDR ocurre una situación muy parecida: confiamos en el poder de *cicatrización psíquica* buscando el modo de propiciarlo. La disminución, e incluso la desaparición de los síntomas, es la consecuencia visible del **reprocesamiento*** que el EMDR ha llevado a cabo en las redes de memoria donde se encontraban los recuerdos traumáticos.

Muchas partes del cerebro no tienen sentido del tiempo: cinco minutos y cincuenta años son equivalentes para ellas. El recuerdo traumático, que causa sufrimiento y provoca diferentes síntomas, puede mantenerse intacto así durante años.

Un hámster puede girar indefinidamente en la rueda de su jaula hasta que paremos la rotación y le propongamos otra actividad. La metáfora del hámster y la rueda se encuentra en la expresión popular que describe el sufrimiento psíquico: «La cabeza me da vueltas».

Readaptación

Además, podemos observar que la terapia EMDR nos ayuda a:

- vernos de otra manera: ahora Enrique se ve como una persona fiable y responsable, aunque no es ni perfecto ni invencible;
- mirar con perspectiva los elementos del pasado: Enrique ha dejado de sentirse

culpable por el accidente y se ha dado cuenta de que conduce de manera prudente, a una velocidad normal, en un vehículo bien cuidado, sin alcohol en sangre;

- tomar conciencia de nuevos aspectos: Enrique ha experimentado lo frágil que puede llegar a ser la vida, y hay que reconocer el valor inestimable que tiene día tras día relativizando los «pequeños problemas» cotidianos;
- restablecer un buen equilibrio emocional: Enrique se siente lo bastante estable interiormente como para no dejarse abatir por la angustia. Él *adapta* su miedo a la realidad del peligro.

Historias ilustrativas

A continuación, presentamos algunas historias metafóricas que ilustran diferentes aspectos del procesamiento adaptativo de la información.

El dardo envenenado

Cuando vivimos una experiencia, forzosamente ocurre en un momento dado. Después, el tiempo pasa y este hecho se difumina en el fluir de los días. Solo guardamos —o no— un recuerdo consciente de ese instante. Nuestra memoria autobiográfica se construye progresivamente.

Sin embargo, a veces, un hecho doloroso, ya sea sutil o espectacular, no se aleja con el fluir del paso del tiempo, y parece que es actual. Es como si nos hubieran enviado un dardo envenenado: el hecho histórico forma parte de nuestro pasado, pero su veneno aún reside en nosotros, porque el dardo avanza en el tiempo a la vez que nosotros. Así pues, nos da la impresión de que este hecho no tuvo lugar hace unos días, o el año pasado, sino que está sucediendo ahora mismo y viene acompañado de angustia, culpabilidad, tristeza...

El veneno se manifiesta como una creencia (también llamada *cognición*) que hemos desarrollado en nosotros mismos y que se ha instalado como verdadera para siempre. El procesamiento consiste en retirar suavemente el dardo envenenado y cubrir la herida con un bálsamo cicatrizante.

No obstante, nos topamos con un pequeño problema: ni el paciente ni el terapeuta saben hacerlo. Pero el cerebro del paciente, con un fuerte poder de autocuración, en algunos casos puede llevar a cabo esta proeza; eso sí, si le ayudamos un poco a ponerse en modo reprocesamiento.

Las zarzas

Imagina que tienes el jardín lleno de zarzas. Estas representarán los recuerdos traumáticos. No puedes dar un paso sin hacerte daño. Solo hay una solución: arrancarlas lo más cuidadosamente posible, ¡y sobre todo con las raíces! Empezarás arrancando una: seguro que te pincharás cuando te acerques, pero será la última vez que te pase con esta zarza, y el hueco que ha dejado libre te dará más espacio para avanzar. Mientras aún haya zarzas con las que te puedas pinchar, habrá peligro de que te hagas daño, pero cuantas más arranques, más margen de maniobra tendrás.

Por eso mismo, podemos observar una mejora progresiva y sin marcha atrás: el jardín cada vez está más limpio, más armonioso, más acogedor.

Un tren parado en la estación

Todos los seres humanos tenemos el poder de evolucionar, cambiar, adaptarnos... Pero a veces el mecanismo se encalla. El tren de nuestro pensamiento se ha quedado parado en la estación de una **cognición negativa*** sobre nosotros mismos. No hay modo de volver a arrancarlo.

Nos creemos, nos sentimos y nos sabemos culpables, impotentes, miserables, en peligro... Y esto es para siempre, porque el tren no se mueve. Ni rastro del jefe de estación, no va a silbar para que partamos, no hay un itinerario previsto. El andén está desierto y el tiempo se ha parado.

Pero de repente, por fin, llega el jefe de estación que tanto estábamos esperando. Le da al conductor del tren el itinerario que debe seguir. La próxima parada está allí, en el plano. Solo hay que llegar a ella. Es la estación de una **cognición positiva***, rigurosamente simétrica, que anula el desamparo provocado por la parada intolerable.

Un silbido salvador: el tren se pone en marcha. Se detendrá varias veces durante el trayecto, y cada vez lo negativo menguará y lo positivo aumentará. Al llegar a la estación de la cognición positiva, el tren ya no volverá hacia atrás.

El papel del EMDR

En resumen

Como ya hemos visto, un trastorno en el sistema del procesamiento adaptativo de la información puede desembocar en un procesamiento incorrecto de la información, que se

ha almacenado inapropiadamente de la misma forma en la que fue percibida en el momento del hecho.

Las percepciones del presente, las situaciones dolorosas actuales, funcionan como reactivadores. Conectadas con diferentes elementos de la red de memoria, las experiencias no resueltas y no procesadas, o procesadas incorrectamente, conducen a comportamientos inadaptados que comportan una serie de consecuencias negativas y duraderas, el llamado *trastorno por estrés postraumático*.

El concepto de EMDR

Esta terapia se basa en el proceso del PAI, el proceso fisiológico de adaptación que permite asumir de manera ajustada y pertinente la información asociada a un fuerte cambio emocional.

Las redes nerviosas de la memoria se consideran el fundamento de patologías y enfermedades que afectan a la salud mental. La terapia EMDR ofrece un proceso asociativo que permite restaurar las conexiones neuronales adaptadas.

El sistema del PAI no funciona en personas traumatizadas, por lo que el EMDR lo reactiva. Durante el procesamiento, los elementos almacenados en la memoria se modifican y evolucionan hacia una situación más lúcida, que permite llegar a un estado de consuelo duradero. El procesamiento tiene el objetivo de volver a crear una conexión entre la zona de almacenaje (el sistema límbico) y la conciencia (el córtex asociativo).

El reprocesamiento de la información incluye la desensibilización, es decir, la toma de conciencia y las modificaciones en las respuestas físicas y emocionales.

El paso del tiempo

El campo de aplicación del EMDR se desarrolla sobre los tres períodos del tiempo:

- En el pasado, por supuesto, con el fin de volver a colocar el hecho traumático en su lugar temporal y de mantenerlo allí a lo largo del tiempo.
- En el presente, porque se trata de integrar nuestras emociones, pensamientos y comportamientos en las situaciones actuales. En este caso, procesamos la información del detonante que reactiva el trauma.
- En el futuro, porque somos capaces de prepararnos para lo que aún no

existe y lo que podemos crear. Una vez reprocesados los traumas y los detonantes, podremos trabajar sobre la anticipación de una situación ansiogénica para la persona. Por ejemplo, esta puede prepararse para encontrarse con su agresor en un tribunal.

Capítulo 5

Una sesión de EMDR

Índice de contenidos

- Las ocho fases de una sesión de EMDR
- El EMDR según Francine Shapiro

El protocolo estándar del EMDR se desarrolla en ocho fases que tendrán lugar a lo largo de diferentes sesiones:

Fase 1: Toma de contacto.

Fase 2: Preparación, explicaciones sobre el desarrollo del protocolo y refuerzo positivo.

Fase 3: Evaluación: acceso al recuerdo diana y utilización de un filtro subjetivo.

Fase 4: Desensibilización mediante el reprocesamiento de la red de memoria relacionada con el recuerdo diana.

Fase 5: **Instalación***.

Fase 6: Comprobación corporal mediante un **escáner corporal***.

Fase 7: Cierre de la sesión.

Fase 8: Revaluación de los efectos del procesamiento en la próxima sesión.

Fase 1: Toma de contacto

El EMDR, como ya hemos visto, tiene en cuenta las emociones (el miedo, la ira, la tristeza...) y los afectos más complejos, como la vergüenza, la culpabilidad o los celos. Así pues, la terapia EMDR necesita que se establezca una alianza sólida entre el terapeuta y el paciente.

Un terapeuta EMDR empezará tomándose su tiempo para entrar en contacto contigo, dado que la relación debe ser confiada y cálida. Evaluará si esta aproximación es pertinente en tu caso y si estás preparado para vivir sin peligro las emociones que seguramente experimentarás a lo largo del procesamiento.

Debes saber que el terapeuta tiene que haber firmado el código deontológico de su profesión, que señala y estigmatiza cualquier *desliz*, en particular en el plano afectivo,

sexual y financiero.

Además, te dará la información necesaria para establecer un contrato terapéutico claro (frecuencia de las sesiones, el coste...) y comprobará que las condiciones son las adecuadas para llevar a cabo la terapia EMDR en función del diagnóstico que él hará.

Finalmente, debemos precisar que una terapia solo puede desarrollarse paralelamente a un examen médico en profundidad, ya que un dolor o un malestar no pueden recibir la etiqueta de «psicosomáticos» sin haber descartado antes cualquier causa orgánica. No hay ninguna excepción a esta regla.

A veces puede haber inconvenientes

Paradójicamente, un procesamiento exitoso también puede tener inconvenientes. Por ejemplo, si se da el caso de que tenemos que declarar en una investigación policial, el estrés postraumático habrá desaparecido, pero también lo habrán hecho los recuerdos de algunos detalles que los investigadores aún no conocían.

Es más, si por ejemplo hemos pedido una compensación por el perjuicio sufrido (una indemnización, una baja laboral...), la desaparición de los síntomas puede hacer que sea injustificada.

Fase 2: Preparación y refuerzo positivo

El terapeuta te va a dar recursos para enfrentarte a las emociones fuertes que puedas sentir eventualmente al principio del procesamiento. Tómate tu tiempo para dominar algunas técnicas tranquilizadoras que puedas utilizar si en cualquier momento te sientes atacado por perturbaciones emocionales bruscas.

El terapeuta puede guiarte a la hora de llevar a cabo estas técnicas, pero como paciente también puedes practicarlas si te sientes alterado fuera de las sesiones.

Es recomendable acordarse, e incluso anotarlo en un diario, de lo que nos ha provocado las perturbaciones: un hecho detonante, una imagen, un pensamiento, una emoción o sensación... Si estas técnicas te ayudan a aliviar el sufrimiento, puedes utilizarlas reiteradamente.

Un lugar seguro*

Esta técnica te permitirá recobrar la calma si la situación se vuelve demasiado estresante o si la sesión empieza a causarte angustia. Se utiliza para preparar una sesión de EMDR o para concluir una sesión inacabada.

1. Identificar un lugar seguro, real o imaginario, que nos produzca un sentimiento de tranquilidad y de seguridad.
2. Centrarse en la imagen, los sonidos, los olores, los colores de ese lugar, y sentir las emociones que van apareciendo. Reconocer la parte del cuerpo donde percibimos una sensación agradable.
3. Encontrar una palabra que represente el lugar seguro; por ejemplo, *paz*, *claro*, *playa*... Pensar en esa palabra, concentrándonos en las sensaciones agradables que aparecen.

Un rayo de luz

Esta técnica consiste en fijar la atención en las sensaciones corporales que nos molestan e identificarlas de manera analógica, describiendo sus características imaginarias: forma, medida, color, calidez, textura...

A continuación, escogeremos un color preferido, que se asociará a la curación. El terapeuta nos recomendará que nos imaginemos que ese color, convertido en un rayo de luz, penetra por nuestra coronilla y se dirige hacia la *forma* perturbadora identificada en el cuerpo. Esta especie de luz no se apaga nunca, y cuanto más la utilizamos, más fuerza tiene.

Y cuando esta luz se acerca a la forma, todo retumba a su alrededor, se abre un camino a través de ella, vibra... ¿Qué le pasa a la forma? Normalmente este ejercicio de visualización hace desaparecer la forma, y la sensación perturbadora se desvanece notablemente.

La espiral

Esta técnica nos incita a pensar en un recuerdo difícil y a concentrarnos en las sensaciones desagradables que lo acompañan, a imaginar que los sentimientos, como si tuviesen una existencia corpórea, pueden girar como una espiral y, a observar en qué sentido giran.

Con la imaginación, debes hacer girar la espiral hacia el otro sentido y notar qué pasa cuando realizas ese cambio de orientación.

Respirar de maneras diferentes y... en lugares diferentes

Debes encontrar en tu propia historia un momento feliz y positivo. Nota cómo respiras y en qué lugar del cuerpo lo sientes. Pon la mano encima de ese lugar. Respira varias veces y fíjate en las sensaciones asociadas a esta respiración. Ahora piensa en un recuerdo más duro y siente cómo cambia tu manera de respirar. Sitúa tu mano allí donde percibas el cambio. A continuación, vuelve a colocar la mano en la primera posición y modifica voluntariamente la respiración. El sentimiento desagradable tiene muchas probabilidades de desaparecer.

Respiración abdominal

Cuando estamos alterados, nerviosos o estresados respiramos de manera entrecortada y superficial con la parte superior de los pulmones. Podemos calmarnos *bajando* la respiración: el diafragma desciende y la barriga se hincha.

El terapeuta nos hará imaginar que estamos a punto de dormirnos. La respiración que tenemos en ese momento es una respiración abdominal, directamente tranquilizante. Una vez localizada, solo tenemos que exagerarla para disminuir la sensación desagradable.

Parar en un flashback: el freno de mano de Arne Hofmann

El doctor Arne Hofmann, especialista en medicina interna y psicoterapia, introdujo el EMDR en Alemania en 1991 y fundó el primer instituto de EMDR. Como experto, el doctor recomienda el procedimiento siguiente:

> Mira fijamente esa imagen perturbadora que ha irrumpido en tu psique. Observa en el centro y fíjate en que también tiene unos bordes. Seguro que además puedes distinguir el cuadrado que hay alrededor de los bordes, como si fuera un televisor, por ejemplo. Quizá también hayas visto, al lado, el mando a distancia. Tómalo y, primero de todo, baja el volumen. Hay otro botón que hace pequeña la imagen. Pulsa el botón y mira cómo la imagen va disminuyendo, se convierte en un puntito y la pantalla se queda completamente negra. Fíjate en lo que hay debajo del televisor, un lector de DVD. Pulsa el botón *Eject* y retira el CD que había puesto. Al fondo del todo de tu mente hay una caja fuerte con estantes muy profundos. Deja el CD en uno de esos estantes, sal de la habitación y cierra la puerta blindada tras de

ti. Escucha cómo se bloquean las cerraduras.

EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome

La coherencia cardíaca

Esta es una poderosa herramienta de estabilización emocional. Cuando estamos estresados, respiramos mucho más rápido, el corazón se nos acelera y tenemos la impresión de que perdemos el control de lo que pasa en nuestro interior.

La finalidad de este método es ayudar a disminuir el ritmo cardíaco, respirando tranquila y profundamente seis veces por minuto (5 segundos de inspiración y 5 segundos de espiración).

El concepto de *coherencia cardíaca* también hace referencia a un conjunto de técnicas más elaboradas, que incluyen indicaciones de ***biofeedback****, destinadas a aprender a controlar de manera consciente y voluntaria nuestro ritmo cardíaco.

Fase 3: Evaluación

En esta fase se escoge el recuerdo sobre el cual la terapia EMDR se centrará. En algunos casos el terapeuta puede pedirle al paciente que haga una lista de los diez hechos más duros de su vida. El terapeuta los clasificará por orden de procesamiento. No obstante, una práctica más reciente prefiere partir del presente y del sufrimiento que siente actualmente el paciente.

Buscando puntos en común y semejanzas con otras situaciones (ya sean del pasado y antiguas o de un futuro anticipado amenazador) es posible encontrar un hilo conductor que dé lógica al desarrollo terapéutico y revele, uno tras otro, la pertinencia de cada recuerdo evocado. Este será el **plan de tratamiento***.

Búsqueda del recuerdo

A veces es necesario recurrir a ejercicios que nos ayuden a hacer resurgir un recuerdo u otro. Algunos de ellos son el *floatback* o el puente afectivo.

El *floatback*

La técnica del *floatback* consiste en flotar hacia atrás, hacia el pasado. El terapeuta normalmente da al paciente las siguientes indicaciones:

- Por favor, piensa en la imagen de este recuerdo del pasado.
- Fíjate en las emociones que provoca en ti y en cómo reacciona tu cuerpo.
- Simplemente, deja que tu mente flote hacia atrás, hacia el pasado, no busques nada en particular.
- ¿Cuál es la primera situación que te viene a la mente que te provoca reacciones parecidas?

El puente afectivo

Normalmente el terapeuta da al paciente las siguientes indicaciones:

- Piensa en ese recuerdo del pasado (que seguramente hemos encontrado con el *floatback*).
- ¿Qué emociones sientes?
- ¿En qué parte del cuerpo las sientes?
- Concéntrate en estas sensaciones de tu cuerpo y deja que tu mente encuentre, en el pasado, la primera vez que recuerdas haberte sentido así.

Búsqueda del *dardo envenenado*

Una vez que se ha establecido y estigmatizado el recuerdo con un relato o una imagen, juntos vais a buscar el *dardo envenenado* (la red de memoria disfuncional) para guiar la terapia con precisión. Esta búsqueda explorará diferentes aspectos de tu funcionamiento psíquico:

- Las creencias negativas (o cogniciones negativas) sobre uno mismo o sobre el mundo.
- Los afectos (emociones).
- Las sensaciones corporales, también llamadas *manifestaciones sensoriomotrices*.

Las creencias (o cogniciones) negativas

Las víctimas acostumbran a tener creencias negativas irracionales sobre sí mismas. En vez de limitarse a aparecer en el contexto del trauma (por ejemplo, «estoy en peligro»), estas creencias se instalan en su mente masiva y permanentemente.

Sin embargo, en realidad ya no estamos en peligro cuando la amenaza desaparece, pero en este caso lo sabemos «en nuestra mente», pero no creemos en ello al ciento por

ciento. Todo pasa como si una parte de nosotros, en particular nuestro cuerpo, no hubiese asumido esa información.

Hay una pregunta que puede ayudar a aflorar esta cognición:

«Encuentra en ti el momento difícil que te perturba. ¿Qué dice tan negativo de ti esta situación que aún lo vives como si fuera cierto?»

En este caso, lo importante no es lo que el paciente diga en ese momento, sino lo que aún crea de negativo sobre él mismo cuando ha conectado con el recuerdo traumático pasado.

El paciente podrá observar que, desde su punto de vista, lo que ha aprendido de sí mismo es una opinión generalizada como una verdad absoluta e irracional que aún existe.

Estas creencias negativas sobre sí mismo se agrupan en cuatro categorías:

- sensación de inseguridad;
- responsabilidad y culpabilidad;
- autoestima;
- posibilidad de escoger.

Sensación de inseguridad

Hemos vivido un hecho en el que nos hemos sentido amenazados, con razón o sin. Pero la convicción «estoy en peligro» se ha apoderado de nosotros y persiste aunque el riesgo haya desaparecido y seamos conscientes de ello. El veneno del dardo expande esta creencia sin parar.

El proceso de la terapia EMDR transformará la cognición «estoy en peligro» en «ahora estoy a salvo».

Responsabilidad y culpabilidad

Sorprendentemente, a menudo nos encontramos con casos de pacientes traumatizados con la cognición «es mi culpa», es decir: «Yo tengo la culpa de todo, es imperdonable haber hecho esto, aceptado aquello, haber dejado hacer lo otro». Esta sobrerresponsabilidad abusiva se da, en la mayoría de los casos, en personas que, evidentemente, no tienen la culpa de lo que han sufrido, pero el trauma les ha producido daños reales.

El proceso de la terapia EMDR transformará la cognición «es mi culpa» en «no tengo la

culpa de nada», «soy inocente», «no podía hacer otra cosa».

Autoestima

El trauma ha destrozado o reducido la autoestima del paciente. «Soy un miserable», «no valgo para nada», «no estoy a la altura», «no merezco que nadie me quiera». Estos son algunos de los ejemplos de cogniciones.

El proceso de la terapia EMDR transformará la cognición «no valgo para nada» en «sí que valgo», «soy una buena persona».

Posibilidad de escoger

En este caso, la persona se siente cortada, impotente, incapaz de afrontar las cosas o de encontrar una puerta de salida: «no lo puedo soportar», «me siento impotente», «no puedo hacer nada más».

El proceso de la terapia EMDR transformará la cognición «me siento impotente» en «puedo afrontarlo» o «puedo encontrar una solución».

Los afectos

Las zonas de nuestro cerebro que se encargan de gestionar nuestras emociones (cerebro límbico) también se ocupan de hacernos reaccionar ante un hecho traumático. Así pues, los sentimientos asociados a un trauma pueden tocar su propia partitura, independientemente del contexto actual. Por ello, sentimos emociones (miedo, tristeza, ira) que pueden llegar a manifestarse intensamente.

Esta reacción emocional fuerte (llamada *abreacción*) puede ser impresionante, pero no será grave si un terapeuta experimentado nos enseña a vivirla.

La emoción resuena en el cuerpo

Intuitivamente sentimos las emociones en una parte de nuestro cuerpo. Esto no se rige por una explicación médica, sino por una evidencia subjetiva casi inmediata. A la pregunta «¿dónde sientes esta emoción de la que hablas?», la mayoría de gente no duda a la hora de responder. Los lugares más frecuentes en los que se sitúan las emociones son:

- la barriga, el plexo;
- la garganta;
- el pecho;

- la cabeza o la mandíbula.

No obstante, cualquier parte del cuerpo puede albergar la sensación de una emoción: los brazos, las manos, los genitales...

Disociación

En algunos casos, puede pasar que el individuo se sienta dividido interiormente en diferentes partes. La emoción se despierta en una de las partes, pero la otra, que normalmente regula y modera sus comportamientos, no se despierta o ya no puede hacer su función.

Este fenómeno también se produce en la identificación del agresor: cuando el contexto de referencia de la víctima ha sido totalmente aniquilado por una agresión destructiva, puede ocurrir que esa persona se encuentre ante un vacío acompañado de una incoherencia existencial muy angustiante. En este caso, la figura del agresor, incluso sus valores, puede verse, por defecto, como algo tranquilizador. Por esta razón, a veces vemos víctimas que defienden a capa y espada a su agresor y le dan la razón o le perdonan demasiado rápido.

En estos supuestos hablamos de disociación: la personalidad se divide en muchas partes que no se comunican entre ellas. El término *disociación* también se refiere a un distanciamiento con respecto a la realidad interna o externa:

- Interna: parece que nos han cortado las emociones, los pensamientos...
- Externa: parece que ya no podamos recibir o gestionar los estímulos exteriores.

Este fenómeno, la disociación, puede ser suave y episódico, y puede afectarnos a todos. Sin embargo, si es intenso y frecuente, está relacionado con una debilidad más profunda que conviene analizar.

Tres tipos de disociación

Onno van der Hart, profesor honorario de Psicopatología de los Traumas Crónicos de la Universidad de Utrecht, en los Países Bajos, diferencia tres tipos de disociación estructural de la personalidad:

- La disociación primaria es la que normalmente está relacionada con la sucesión de un trauma o de una preocupación excesiva. Así pues, cuando conducimos un coche o vamos en bus o en metro, de repente somos conscientes de que no recordamos lo que ha pasado durante todo el

trayecto o parte de él. Nos sorprendemos diciendo: «¡Uy!, si ya he llegado». Es más, cuando alguien nos está hablando, a veces nos percatamos, de pronto, de que no hemos oído nada o una parte de lo que nos estaba diciendo. Otro ejemplo: vamos a buscar algo y, cuando llegamos a la habitación, ya no nos acordamos de lo que habíamos ido a buscar.

- La disociación secundaria se manifiesta con cortes en la realidad más frecuentes y más intensos. En este caso, no podemos darnos cuenta fácilmente del trauma que ha originado la disociación. Algunas partes de nosotros pueden aislarse y sufrir, mientras que otra parte, aparentemente normal, puede continuar asumiendo sin más nuestras responsabilidades y dar el pego en nuestras relaciones cotidianas.
- La disociación terciaria pone en peligro al individuo y afecta a toda la construcción de la personalidad. Hablamos, entonces, de trastorno de identidad disociativo, y es que el individuo ya no sabe quién es, y ya no está capacitado para ser completamente responsable de sus actos, emociones o pensamientos.

Aunque sea leve y episódica, la disociación puede comportar consecuencias importantes. Por ello es preciso diagnosticarla a tiempo y tomar las precauciones necesarias con la terapia EMDR. En efecto, esta terapia resulta especialmente delicada en estos casos, por lo que está reservada a terapeutas experimentados que, antes, durante y después del procesamiento, emplearán las técnicas de protección pertinentes.

También es necesario procurar ayudar a los pacientes a mantenerse en su **ventana de tolerancia*** mediante ejercicios de relajación, de respiración o de refuerzo de la relación con el terapeuta. De este modo, la presencia tranquilizadora del aquí y el ahora limitará las experiencias emocionales insoportables.

Para ello puede ser útil utilizar escalas cifradas de evaluación subjetiva.

Escala de unidades subjetivas de ansiedad: SUDS (subjective unity of distress scale)

La escala **SUDS*** se evalúa mediante la siguiente pregunta, que formula el terapeuta:

«Cuando te reconectes con el recuerdo traumático, evalúa el nivel de ansiedad que sientas en una escala del 0 al 10, en la que 0 significa que puedes pensar en ello tranquilamente, sin sentir ningún tipo de emoción en particular, y 10 significa que ese pensamiento te provoca la ansiedad más intensa que uno pueda imaginar».

Validez subjetiva de la cognición positiva: VoC (Validity of cognition)

El **VoC*** se evalúa mediante la siguiente pregunta:

«Por favor, piensa en la situación que originó tu trauma. ¿En qué medida sientes como verdaderas estas palabras (en este momento, hay que repetir la cognición positiva, por ejemplo: «soy una buena persona»,«merezco vivir», «soy inocente», «estoy a salvo»)? Sitúalas en una escala del 1 al 7, en la que 1 significa que crees que la frase es totalmente falsa, y 7, que es totalmente verdadera. ¿Qué valor les atribuyes?».

Las manifestaciones corporales

El cuerpo se ve afectado, antes que nada, por nuestra reacción al estrés y por la conmoción de afectos intensos, como acabamos de ver, pero también por diferentes sensaciones: dolores, picores, temblores, contracturas, tensiones, calor o frío... Estas sensaciones pueden permanecer o bien reactivarse durante las sesiones, ya que dan indicaciones muy precisas sobre la calidad del reprocesamiento.

En resumen

En resumen, el EMDR utilizará el conjunto de datos que ha recopilado para proceder al reprocesamiento del trauma:

- la descripción narrativa del recuerdo;
- la cognición negativa (que nos lleva hasta la positiva);
- las emociones asociadas a esta cognición;
- la sensación corporal que sentimos en ese momento.

Fase 4: Desensibilización

En este momento, hay que proceder a hacer desaparecer los efectos negativos y la perturbación emocional.

Para hacerlo, el terapeuta le pide al paciente que haga renacer en su fuero interior el recuerdo traumático y que piense en la cognición negativa asociada a él. Evidentemente, la sensación corporal no tarda en manifestarse. Por supuesto es un momento que puede ser desagradable (¿quién quisiera volver a un pasado así?), pero es necesario para llegar a abandonar estas creencias definitivamente.

Ahora el terapeuta ya puede empezar con una serie de estímulos bilaterales alternados.

Los estímulos bilaterales alternados (EBA)

Se llevan a cabo estimulando alternativamente la parte derecha e izquierda del cuerpo, lo que activará por turnos sucesivos los dos hemisferios del cerebro. Estos estímulos alternativos pueden ser:

- Visuales: El paciente sigue con la mirada, de derecha a izquierda, una vara finita (o simplemente, la mano del terapeuta). A este proceso es al que se refieren las dos primeras letras del EMDR (EM = *eyes movement*, movimiento de los ojos).

Ilustración 1: Estimulación visual.

- Auditivos: El paciente escuchará con unos cascos unos pitiditos, primero en la oreja derecha y luego en la izquierda (véase la ilustración 2, p. 78).

- Táctiles: En este caso, se realiza un golpeteo alternado en las rodillas o en los hombros. Lo puede efectuar tanto el terapeuta como el propio paciente.

Estímulos táctiles

Fuera de una sesión también podemos practicar los estímulos táctiles golpeando el hombro derecho con la mano izquierda y el hombro izquierdo con la mano derecha. Esta técnica se llama la mariposa*: 30 segundos o 1 minuto de mariposa pueden aliviarnos en un momento en el que nos sentimos preocupados o angustiados.

Cuando una madre coge en brazos a su hijo que llora por un miedo terrible y le da golpecitos suaves en los hombros alternativamente mientras le murmura al oído «ya está, ya está… todo va bien», está llevando a cabo un reprocesamiento del trauma digno de una sesión de EMDR real.

Ilustración 2: Aparato utilizado para los estímulos bilaterales alternados visuales, táctiles y auditivos.

Estos EBA pueden servir para desarrollar o fijar algunos recursos como la creación de un lugar seguro (el paciente se imagina en un entorno relajado, armonioso y, sobre todo, libre de peligro). Volver a este lugar seguro le permitirá tranquilizarse si se encuentra demasiado perturbado por los afectos difíciles de soportar en relación con el recuerdo traumático.

Asimismo, estos estímulos también servirán para activar el proceso neurofisiológico del reprocesamiento del recuerdo traumático: bajo los efectos de los EBA, el PAI (procesamiento adaptativo de la información [véase capítulo 4]) se pondrá a funcionar de

manera eficaz.

Además, varios estudios científicos especifican que los EBA tienen otras funciones:

- Acceder a las redes de memoria que contienen el recuerdo traumático.
- Favorecer el acceso a las redes de memoria que contienen las experiencias adaptativas proveedoras de sentido y aptas para ser integradas en una visión del mundo compatible con un alivio de las tensiones emocionales y físicas.
- Reprocesar las redes de memoria disfuncionales para disminuir o hacer desaparecer los síntomas.

El sistema nervioso

Detengámonos un instante en la organización del sistema nervioso de un individuo.

Dos sistemas complementarios

Nosotros nos comunicamos con nuestro entorno por medio de un sistema nervioso llamado *somático*: por una parte, es sensorial (para recibir y descodificar la información que proviene de lo que nos rodea) y, por otra, motor (lo que nos permite movernos y actuar). Todo se produce bajo el control de nuestra conciencia y nuestra voluntad.

Sin embargo, paralelamente a este cableado nervioso, existe otro sistema que asegura la inervación de los músculos lisos, del corazón, de las glándulas... Se encarga de regular la circulación de la sangre, la velocidad y la calidad de la digestión, el adecuado funcionamiento de las células (el metabolismo), las diversas secreciones, la temperatura corporal, la reproducción... Además, garantiza la coordinación de sus funciones vitales, es decir, la relevancia que tiene cada una. A pesar de todo, este importante sistema nervioso no se rige por la voluntad de cada uno, por lo que le llamamos *autónomo*, *vegetativo* o *involuntario*.

A menudo, las funciones del sistema nervioso somático y del sistema nervioso autónomo están relacionadas y se interconectan.

En el corazón del sistema autónomo

El sistema nervioso autónomo se divide en dos partes diferenciadas por su función, su estructura anatómica y por los elementos químicos que utilizan.

- El sistema ortosimpático (o simplemente simpático) tiene un efecto más bien excitador y, más concretamente, utiliza los efectos tónicos de la adrenalina.

- El sistema parasimpático tiene un efecto más bien apaciguador, y saca provecho de la acción calmante de la acetilcolina.

Cuando un terapeuta pide a un paciente que se imagine la situación traumática y emplea los EBA, se genera una modulación del sistema nervioso autónomo, se activa el sistema parasimpático colinérgico (que estimula la secreción de acetilcolina, una molécula tranquilizadora del cerebro) y se inhibe temporalmente y de manera relativa el sistema simpático adrenérgico (que estimula la secreción de adrenalina, una molécula estimulante del cerebro).

La producción de acetilcolina provocará la disminución de la tensión emocional. Aubert corroboró esta hipótesis relacionándola con las modificaciones objetivas de la tensión arterial, del ritmo cardíaco y de la sudoración a lo largo de la terapia EMDR.

Efectos de los EBA

Además, los estímulos bilaterales alternados tienen otros efectos:

- Modifican el equilibrio del sistema ortosimpático y del sistema parasimpático.
- Presentan similitudes con el sueño paradójico.
- Pueden estimular zonas similares a las afectadas por la respuesta de orientación (movilización de la atención provocada por un cambio en el entorno para prevenirse de un hecho imprevisto).
- Facilitan que podamos evocar los recuerdos.

El proceso de desensibilización

La desensibilización propiamente dicha se efectúa gracias a una sucesión de *series* de estimulación bilateral, es decir, entre 30 segundos y 1 minuto, de media.

Observación

Durante las series de EBA, el paciente solo debe observar lo que le ocurre y, al final de cada grupo o, a veces, mientras se está desarrollando, explicárselo al terapeuta.

Tampoco tiene que concentrarse en una imagen o una emoción, sino que solo debe reconectar con un punto preciso, un instante particular del recuerdo traumático. Basta con dejar venir lo que se le presenta en forma de pensamientos, imágenes, emociones y hasta sensaciones corporales, como si estuviera sentado en un tren y viera pasar el paisaje tras el cristal.

La esencia del trabajo psíquico de reparación se basa en este doble enfoque: la conciencia de que AHORA me acuerdo del PASADO.

Toma de conciencia

A continuación, el cerebro *convoca* en su conciencia los elementos que necesita para reprocesar el hecho traumático: una imagen, un pensamiento, una emoción, una sensación en el cuerpo...

Si se produce algún hecho especialmente desagradable, es recomendable que la estimulación dure un poco más, para que no se vea interrumpido el proceso de reprocesamiento: si estamos en un túnel, es mejor acelerar para salir de él que quedarnos bloqueados en medio.

Por supuesto, si la sensación es intolerable, el proceso se puede detener con las técnicas de consuelo emocional adecuadas para que el paciente vuelva a su ventana de tolerancia. Si pasa alguna cosa en su interior, es una buena señal de que hay que continuar con los estímulos bilaterales.

El papel del terapeuta

En ningún caso el terapeuta pide aclaraciones o precisiones sobre lo que le explica el paciente, y no lo interpreta. Simplemente, continúa llamando la atención del paciente hacia el material que les ha revelado la estimulación e inicia una nueva serie de movimientos hasta que las asociaciones ya no generan más cambios o hasta que solo se manifiestan asociaciones y sensaciones positivas.

Si un grupo de EBA no provoca nada en la mente o en el cuerpo del paciente, esto proporciona tanta información al terapeuta como si pasara alguna cosa. A continuación, el paciente se volverá a centrar en el recuerdo traumático tantas veces como sean necesarias para que el recuerdo vuelva realmente a su sitio.

Volver sucesivamente al recuerdo diana

Se ha observado que una serie de EBA reprocesa un aspecto en particular del trauma a partir de una especie de trayectoria psíquica. Cuando se ha tratado a fondo este aspecto, se ha limpiado y ya no aparece durante los EBA, el terapeuta pide al paciente que vuelva al recuerdo traumático para explorar lo que ha cambiado en relación con las primeras percepciones. En general, se dibuja otra trayectoria, se evocan otros pensamientos, otras imágenes, emociones, sensaciones... Este ir y venir al recuerdo diana se puede comparar

con muchas exploraciones y reprocesamientos de los *canales* asociativos.

Cuando ya no se presenta ningún aspecto en los EBA, el paciente puede constatar que se acuerda completamente de haber vivido esa situación, pero sin el sufrimiento que le había asociado. El hecho traumático se ha *archivado*: podemos volver a pensar en lo ocurrido, si queremos, pero no nos vamos a sumir en ello. El presente se ha limpiado de los miasmas del pasado.

El principio de las sesiones de EMDR de Aurora

Aurora, una chica de veintisiete años, viene a la consulta tres meses después de un accidente de tráfico. Físicamente se ha recuperado bastante bien, pero a menudo siente mucha ansiedad. Duerme mal, ve flashbacks del coche, que aparece delante de ella, y ya no se atreve a ir por la calle ni por la acera.

El recuerdo traumático: Aurora ve el coche que se abalanza sobre ella y tiene el tiempo justo de echarse hacia atrás.

La cognición negativa: «Estoy en peligro».

La cognición positiva: «Ahora estoy a salvo».

La sensación en el cuerpo: un nudo que le bloquea el pecho y el estómago.

La emoción: el miedo.

Esta es la sucesión de hechos que ha experimentado Aurora durante la fase de los EBA:

Me veo caminando por la calle y un coche se abalanza sobre mí.

Tengo miedo, no sé qué me va a pasar.

Tengo la impresión de que todo está negro.

Siento como una losa encima de los hombros.

Me repito que ya le vale, que ese tío es un cabrón por no haberme ni visto.

Siento una tensión en la nuca.

Me convenzo de que la calle no estaba muy bien iluminada, que yo iba vestida de negro... Puede ser que no fuese del todo culpa suya.

¡No somos nada! Hasta ahora me creía invulnerable y ahora no puedo ni asistir a

una cita.

Los brazos me tiemblan un poco.

En realidad, soy bastante fuerte: me atropella un coche y salgo de ello con tan solo unos moratones.

Me duele la barriga.

Recuerdo que el conductor dio positivo en la prueba de alcoholemia. ¡Qué irresponsable!

De repente, me doy cuenta de que mi padre, a veces, también conduce el coche después de haber bebido.

Bueno, pero nadie es perfecto, ni ese conductor ni yo, que caminaba por la calzada al anochecer y vestida de negro.

Cuando acaba la sesión, Aurora se siente aliviada, ya no la invade la ansiedad y puede pensar en el recuerdo sin sentir emociones desagradables ni inseguridad. Los síntomas relacionados con el accidente han desaparecido, y no vuelven a aparecer durante ese día.

Acabada la fase de desensibilización, las escalas subjetivas permiten comprobar que su nivel de ansiedad está a cero.

Fase 5: Instalación

La percepción más adaptada y positiva del hecho traumático debe consolidarse en esta fase.

El terapeuta ayudará a asociar el recuerdo del hecho que al principio del procesamiento se ha considerado que era traumático con la cognición positiva: «ahora estoy a salvo», «soy inocente», «puedo enfrentarme a ello y encontrar una solución».

Los estímulos bilaterales acompañan e impulsan la integración del recuerdo y la cognición que lo apacigua.

Un recuerdo que vuelve a su lugar

Una vez que el recuerdo ha vuelto a su lugar, ya no activa la creencia irracional y destructiva. De esta manera, el trauma quedará procesado y los pensamientos, las emociones y las sensaciones se podrán orientar hacia aspectos positivos.

Los EBA propician nuevas conexiones neuronales teniendo en cuenta la situación actual, es decir, aprovechan que el hecho traumático ha vuelto a su lugar en el pasado y que ya somos capaces de verlo, sentirlo o interpretarlo de manera diferente.

El cerebro restablece gradualmente los diferentes niveles de su funcionamiento: el cerebro asociativo con los pensamientos claros, el cerebro límbico con los afectos tranquilizados, el cerebro arcaico con un sentimiento de seguridad.

Cognición positiva integrada

El reprocesamiento se completa del todo cuando la persona afectada siente que la cognición positiva es totalmente cierta. La cognición positiva final puede ser un poco diferente de la que se había fijado al principio, ya que, a medida que se ha ido avanzando, en algunos casos se puede haber conseguido una visión más clara y global de la que teníamos al principio. De este modo, la cognición positiva inicial «soy una buena persona» puede concretarse en «soy capaz de acercarme a los demás» o «soy una persona fiable».

La escala de evaluación subjetiva de la cognición positiva **(VoC*)**, que establece una baremo del 1 al 7, se vuelve a evaluar en este momento.

Fase 6: Comprobación corporal mediante un escáner corporal

En adelante será necesario interrogar al cuerpo, el compañero imprescindible de nuestro sufrimiento y alegre testigo de nuestra redención.

Para hacerlo, el terapeuta seguirá el siguiente procedimiento: le propondrá al paciente que superponga mentalmente una imagen del recuerdo diana a una de la cognición positiva. De este modo, unirá en un atajo imaginario el punto de partida y el punto de llegada del camino que se ha construido en las últimas sesiones.

A continuación, el terapeuta pedirá al paciente que cierre los ojos e intente que esta superposición descienda mentalmente desde la raíz de su pelo hasta los dedos de los pies: este paso fantasmal se llama *escáner corporal*.

El paciente debe comprobar que este descenso tranquilizador se desarrolla sin *tropezar* en ninguna parte del cuerpo: el más mínimo dolor o crispación, o un pequeño picor o bloqueo, incitarán a volver a empezar una nueva serie de EBA. Hasta que el escáner del cuerpo no se desarrolle con fluidez y el paciente note una sensación física de bienestar

interior, se tendrá que volver a empezar con una nueva serie.

Fase 7: Cierre de la sesión

Ahora que el paciente ya se siente bien y las manifestaciones emocionales o físicas se han calmado, ha llegado el momento de hacer balance de todo lo que ha pasado.

El terapeuta debe recordar al paciente que el efecto de la sesión se puede prolongar durante unas horas después, por lo que es importante que esté localizable por teléfono. Además, en esta fase el terapeuta recomienda al paciente que apunte todos los cambios eventuales que observará en él y en su vida. También le sugiere que se fije en las sensaciones físicas, en las emociones, en los pensamientos y en los sueños que puede tener entre esa sesión y la siguiente; por ejemplo, puede describirlos en un diario.

Si el procesamiento no se ha podido terminar durante esa sesión, la propia imaginación situará el material traumático en un *contenedor* en la consulta del terapeuta, que no se abrirá hasta la próxima sesión.

Fase 8: Revaluación en la próxima sesión

La siguiente sesión empezará con la evaluación del impacto residual del recuerdo traumático y del procesamiento realizado por preguntar al paciente sobre su nivel de ansiedad del 0 a 10 (SUDS). Si entretanto surgen elementos nuevos, o si aún hay afectos desagradables anclados en el recuerdo, serán procesados de la misma manera.

En resumen: las 8 fases de la terapia EMDR

Fase 1: Toma de contacto. Se comprueba que es posible llevar a cabo la terapia EMDR y se estudia la historia del paciente.

Fase 2: Preparación y explicaciones sobre el desarrollo del protocolo. Se estabilizan los afectos con diferentes técnicas y se constituye y se refuerza un lugar seguro.

Fase 3: Evaluación. Se accede al recuerdo diana, se utilizan filtros subjetivos (nivel de ansiedad, percepción de las cogniciones...) y se observan los elementos asociados al recuerdo (pensamientos, imágenes, emociones, sensaciones físicas, etcétera).

Fase 4: Desensibilización mediante reprocesamiento de la red de memoria

relacionada con el recuerdo diana. En esta fase, el sentimiento de ansiedad asociado al recuerdo ha desaparecido: el SUDS ha salido a O.

Fase 5: Instalación. Se reprocesa el trauma y aumentan las sensaciones hacia las redes mentales y físicas positivas. En esta fase, la cognición positiva es asumida totalmente como verdadera. La escala VoC ha dado 7/7.

Fase 6: Escáner corporal. Se reprocesan las manifestaciones físicas residuales de la memoria. Se pasa revista a todo el cuerpo, asociando el recuerdo diana a la cognición positiva. En esta fase, esta asociación (recuerdo diana + cognición positiva) hace que el cuerpo se relaje y no sienta ningún dolor ni manifestaciones desagradables.

Fase 7: Cierre. El terapeuta informa al paciente de si ha terminado o no la sesión. Se comprueba el estado emocional del paciente, se establece la posibilidad de mantener el contacto con el terapeuta por vía telefónica, si es necesario desarrollar técnicas de autocontrol o escribir un diario para acordarse de los elementos nuevos que aparezcan en los días siguientes a la sesión: sueños, toma de conciencia, emociones, sensaciones, hechos...

Fase 8: Revaluación en la siguiente fase de los efectos del procesamiento. Se retoma eventualmente un procesamiento que está incompleto. Se comprueba la actitud del paciente ante detonantes y ante la anticipación del futuro.

El EMDR según Francine Shapiro

Francine Shapiro pone este ejemplo para ilustrar el EMDR: se trata de una exploración de nuestro propio mercadillo de segunda mano, de todos esos trastos enterrados en nuestro pasado que acumulan tanto buenos recuerdos como traumáticos. En su obra *Supera tu pasado*, recomienda lo siguiente:

Ejercicio: la inseguridad

Piensa, por ejemplo, en la palabra *inseguridad*. ¡Nadie puede adivinar lo que significa para ti! Es como si te pidieran que pensaras en la palabra *verde*. ¿Qué tipo de verde te imaginarías?, ¿verde claro, verde oscuro, verde manzana...?

De este mismo modo, cuando uno admite que se siente inseguro, solo habla de un aspecto del problema. En el transcurso de los acontecimientos, se pueden sentir distintas emociones, más o menos asociadas a algunos recuerdos. Así pues, es

importante saber lo que experimenta exactamente uno cuando se siente inseguro.

Probablemente, empezarás abordando este tema por la parte visible del iceberg. Leer las condiciones negativas permite tener una idea más clara de dónde se encuentra el problema, ya que las palabras, en sí mismas, resuenan en las redes de memoria disfuncional. Los pensamientos no son los únicos que se almacenan en tu cerebro, sino también las sensaciones físicas negativas relacionadas con el hecho de origen. Todos estos aspectos permiten obtener información importante sobre lo que ocurre dentro de ti.

Pongamos, por ejemplo, el tema de la responsabilidad: «Yo tengo la culpa».

Lee lentamente y con atención la lista de cogniciones negativas que se añade a continuación. Fíjate en cómo te sientes con tu cuerpo cuando lees las palabras. ¿Sientes alguna sensación física desagradable? ¿Respiras diferente?, ¿más entrecortado, más rápido, te bloqueas?

Respira profundamente para que desaparezca la sensación desagradable. Tómate el tiempo que necesites para que tu cuerpo se encuentre en un estado neutro. Si es necesario, piensa en tu lugar seguro. Continúa leyendo la lista lentamente y observa si tu cuerpo reacciona o no. Fíjate en las frases que te provocan alguna sensación e inspira profundamente entre cada cognición.

No te centres en lo que vendrá. Concéntrate en cada cognición. Puede pasar que no sientas ninguna sensación. Es normal, no te preocupes.

- No merezco que me quieran.
- No soy una buena persona.
- No valgo nada.
- Debería avergonzarme de mí mismo.
- No soy simpático.
- Solo merezco que me pasen cosas malas.
- Soy un monstruo (mi cuerpo es horrible).
- No me merezco...
- Soy tonto (o muy poco inteligente).
- No soy importante.

- Solo sé decepcionar a los demás.
- Merezco morir.
- Merezco ser un miserable para siempre.
- Nunca podré tener una relación.

Ahora analiza tu situación interior. ¿Cuál es la cognición negativa que resuena en ti? Quizá son muchas o quizá ninguna.

Recuerda que las palabras de cada cognición solo verbalizan tus emociones y tus experiencias, que están almacenadas en tus redes de memoria disfuncional. Piensa en qué es lo que más te ha afectado durante los diez últimos años. ¿Estas palabras corresponden a lo que sentías? ¿Puedes identificar el tipo de situaciones que provocan estas reacciones negativas?

Si este es el caso, puedes prepararte algunas técnicas de auto-control para utilizar antes de adentrarte en estas situaciones. Por ejemplo, emplea el lugar seguro o las otras técnicas detalladas en este capítulo. Si no puedes anticiparte a tus reacciones, es posible utilizar las mismas técnicas para dominar las perturbaciones.

Poco a poco, vas a entender que tus reacciones negativas solo son respuestas previsibles a la reactivación de tus redes de memoria disfuncional causada por la situación actual. A partir de ese momento, más que sentirte atrapado, notarás que tienes más espacio de libertad interior para cambiar la velocidad y salir de allí.

Identificar los recuerdos perturbadores

Si lo deseas, puedes encontrar y reconocer estos recuerdos, que son la piedra de toque de tus sentimientos negativos. Puedes practicar en casa, pero es más prudente tener el apoyo del terapeuta para hacerlo.

Analizar las cogniciones

Las cogniciones que resuenan en ti son las que más se corresponden con los sentimientos desagradables que sientes habitualmente: vergüenza, miedo, ira, tristeza o soledad. No tienes por qué avergonzarte de estos recuerdos no reprocesados. ¡Todo el mundo los tienes!

Para identificar el recuerdo fuente de cada cognición negativa, puedes utilizar la técnica del puente afectivo o del *floatback* (página 69);solo debes procesarlo etapa por etapa. Si

estas técnicas no dan resultado, no insistas. Ya las retomarás más adelante; deja que llegue cuando tenga que llegar.

No proceses más de una o dos cogniciones negativas a la vez, aunque hayas encontrado el recuerdo que tienen asociado. Después de cada ejercicio sobre una cognición, trata de volver a un estado emocional neutro utilizando la técnica de relajación respiratoria o tu lugar seguro.

Etapa por etapa

Lee las etapas que se indican en este capítulo las veces que hagan falta hasta que te las sepas de memoria. A continuación, ya las puedes aplicar a la primera cognición de la lista. ¿Cuándo has sentido por última vez esta sensación? ¿Qué situación ha sido la detonante? Guarda esta información en tu mente. (Si no consigues pensar en ninguna situación, tan solo acuérdate de la concentración sobre la creencia negativa. ¿En qué lugar del cuerpo la notas?)

Fíjate en las emociones que sientes al pensar en la situación que has vivido recientemente, si la has encontrado, y en el pensamiento negativo asociado —por ejemplo, piensa en las palabras: «No merezco que me quieran»—. Déjate flotar hacia tu infancia. ¿Qué recuerdo te viene a la mente en este instante? Apunta la situación vivida, la cognición negativa y el recuerdo en una libreta.

Califica tu nivel de ansiedad en la escala de SUDS. ¿Cómo te sientes ahora? Repara en lo que sientes y en la edad que tenías cuando ocurrió el hecho del que te has acordado.

La búsqueda del recuerdo

Si no consigues dar con tu recuerdo, quédate con la creencia negativa y con la sensación corporal. A continuación, piensa en tus padres. Si surge un recuerdo precoz, anótalo. Si no, piensa en tus hermanos o en otros miembros de tu familia.

Si aún no lo has encontrado, revisa uno por uno tus profesores, amigos, vecinos o cualquier persona importante en tu vida. Piensa en la cognición negativa mientras examinas a cada uno de ellos por separado, uno tras otro. Anota solo algunas palabras clave y los recuerdos precoces que surgen a partir de esa cognición negativa.

Acuérdate de utilizar regularmente las técnicas de relajación respiratoria y tu lugar seguro para volver a un estado interior neutro. También puedes utilizar la respiración abdominal para reducir tus sentimientos físicos desagradables (véase p. 67).

¡Quererse a uno mismo!

Si has identificado una cognición negativa, asociada o no al recuerdo en el que se basa, tómate unos instantes para sentir empatía por el pobre niño que fuiste y que tuvo que sufrir aquello. No se trata de compadecerte de ti mismo, sino solo de tener el mismo sentimiento de comprensión y de ternura que tendrías hacia cualquier otro niño herido.

Cada uno de nosotros es el producto de la manera de trabajar que tiene nuestro cerebro y de la manera de almacenar los recuerdos, es decir, de lo que nuestro cerebro hace sin nuestra aprobación ni nuestro control.

Finalmente, Francine Shapiro también recomienda sentir empatía por lo que somos ahora mismo. Querer al prójimo como a uno mismo significa empezar por quererse a uno mismo.

Capítulo 6

Ejemplos de situaciones vividas

Índice de contenidos

- La historia de Gabriel, un gran reportero
- La historia de Susana, técnica de laboratorio
- La historia de Soraya, asistente administrativa
- La historia de Alan, un trauma intenso y único
- Traumas complejos: las muñecas rusas de Adrián
- La compleja historia de Margot

La historia de Gabriel, un gran reportero

> Una auténtica historia de guerra nunca es moral. No instruye, ni alienta la virtud, ni sugiere modelos de comportamiento humano correcto, ni impide que los hombres hagan las cosas que los hombres siempre han hecho. Si una historia parece moral, no la creáis.
>
> TIM O'BRIEN, *Las cosas que llevaban los hombres que lucharon*

Una vida escindida

Gabriel tiene cuarenta y seis años. Está casado y tiene dos hijos, Estela, de cuatro años, y Jaime, de seis. Fue un estudiante brillante, y muy pronto empezó a trabajar en el mundo del periodismo. Escribe muy bien, y sus artículos están muy valorados. Es el mayor orgullo de su padre, un erudito exigente que espera mucho de sus hijos; tanto, que hasta se proyecta en ellos, sin duda, de una manera exagerada.

Cuando cuenta la historia de su vida, Gabriel recuerda su primer amor, Carolina. Fue un amor intenso y prometedor, lleno de esperanza y de felicidad, pero se vio brutalmente interrumpido por el accidente de coche en el que Carolina murió.

Para Gabriel, a partir de ese momento, empezó una vida escindida. Una parte de él continuó viviendo con el fantasma de Carolina, a quien todavía ama con locura y cuya muerte no ha llegado a admitir. La otra parte trabaja por construir una brillante carrera

como periodista. Si cada vez acepta misiones más arriesgadas no es porque quiera suicidarse, sino porque quiere encontrarse con Carolina allá donde ella esté. Desde fuera la sombra de Carolina puede parecer sutil, pero para Gabriel es inmensa. Ama infinitamente la vida, pero su amor por Carolina nubla su instinto de supervivencia.

Arriesgarse

Gabriel es un reportero de guerra muy valorado. Es corresponsal de varias redacciones desde el terreno de operaciones de muchos conflictos armados, como Afganistán, Gaza, Somalia... Junto a su cámara, de la que nunca se separa en las tomas más arriesgadas, Gabriel retrata en sus increíbles reportajes una realidad devastadora.

Sabe que, entre el reportero y el cámara, el que corre más riesgo cuando las balas estallan por encima de sus cabezas es este último. Siempre apuntan al que lleva el instrumento que representa su profesión. La ética de Gabriel le prohíbe dejar a su colaborador solo ante el peligro. Inconscientemente, espera la bala que le llevará al lado de Carolina. Nadie sabe esto, ni sus jefes, ni sus lectores, ni siquiera él mismo.

Constantemente, vive situaciones de violencia brutal con una despreocupación desconcertante, y es que con frecuencia presencia escenas horribles, como unos militares matando a un niño que estaba jugando porque había sobrepasado la línea que ellos habían fijado arbitrariamente o un helicóptero de combate haciendo estallar un vehículo sin comprobar la identidad de los ocupantes ni sus intenciones hostiles.

Gabriel no solo se muestra valiente, también generoso. No duda ni un segundo en defender a un hombre humillado o a un niño maltratado. Y en todas estas situaciones, pone en riesgo su vida, pero él sigue en un estado zen, tranquilo, y despierta la admiración de quienes le rodean, que desconocen el drama que crece dentro de él.

Estos hechos, que traumatizarían hasta al más valiente de los valientes, parece que no le afectan en absoluto. Su reputación hace que rápidamente escale niveles de notoriedad profesional, y también que su padre, que sigue los éxitos de su hijo, se sienta aún más orgulloso de él.

Un día, Gabriel conocerá a la que será su mujer y la madre de sus hijos. El luto de Carolina está a punto de terminar, pero va a ocurrir algo que va a desestabilizar su frágil equilibrio.

El trauma

En enero de 2011, la situación en Egipto empeora y llaman a Gabriel para que cubra la noticia urgentemente. Por norma general, Gabriel nunca se va sin tener bien preparado

su reportaje, pero le insisten mucho y no osa pedir ni negociar unos días de preparación. A regañadientes, se sube al avión. El futuro no desmentirá el mal presentimiento que ha tenido.

Gabriel está en una calle de El Cairo con su cámara, Pol. La multitud se vuelve amenazadora. Casi nadie habla, pero los rumores despiertan los fantasmas. Hay que encontrar una cabeza de turco y los dos periodistas extranjeros parecen una buena opción. Entre empujones, una multitud amenaza a Gabriel con armas blancas. Aunque practica deportes de contacto, y que sabe que es él contra cien y que no tiene ninguna oportunidad. Finalmente, consigue sobrevivir de milagro, pero de repente descubre que a pocos metros un grupo se abalanza sobre Pol. Sin ni siquiera pensarlo, se precipita hacia los hombres que han rodeado a su amigo y quieren matarle, y prueba de abrirse paso entre ellos.

Sus esfuerzos son en vano. El corro es infranqueable. Entre la muchedumbre, solo llega a distinguir un reguero de sangre. Más adelante descubrirá que Pol ha conseguido salir vivo del ataque, aunque gravemente herido de una puñalada. Gabriel se siente inmensamente culpable por no haber podido conseguir sacarlo de allí. Necesita volver al hotel. La muerte le acecha en cada paso que da, y tarda dos horas en atravesar los quinientos metros que lo separan de la salvación.

Como buen profesional, Gabriel rechaza ser repatriado y se queda al pie del cañón en El Cairo. Unos días más tarde, los actos violentos vuelven a tomar la plaza Tahrir. Nadie sabe quién masacra a quién ni por qué motivo. Gabriel está presente y graba toda esa ultraviolencia. Un periodista debe ser testigo de todo, por supuesto, pero ¿qué hay que añadir ante la imagen de esos hombres que hacen estallar el cráneo de sus adversarios a pedradas?

Durante horas, miles de hombres machacarán los confines de la crueldad humana. Las imágenes están guardadas, pero ¿para decir qué?, ¿y a quién?

Una regreso difícil

Gabriel regresa a casa de su reportaje en Egipto un poco conmovido, pero se encuentra bastante bien. Poco a poco, el infierno se va a instalar en su cabeza. Creía que era fuerte y de repente se ve frágil. Pensaba que era tranquilo y de pronto siempre está estresado. Ha perdido esa despreocupación, duerme poco, le duele la cabeza y se desmaya sin ninguna explicación médica. Se vuelve más susceptible, agresivo y se enfada por cualquier cosa. Cada día tiene ataques de ansiedad. Se sorprende fantaseando con darle una patada a su hija. Un montón de imágenes violentas no paran de estallar en su imaginación.

Le ofrecen un puesto muy importante que se siente obligado a aceptar, pero tiene muchas dificultades para asumirlo. No tiene nada que ver con su competencia como profesional, sino con el reconocimiento de sus compañeros. Solo es la sombra de sí mismo.

Reconoce su sufrimiento en el de Robert Capa, relatado por Susana Fortes en *Esperando a Robert Capa*. El gran reportero de la guerra de España explica que siente una angustia muy parecida a la de Gabriel, mientras que todo el mundo alaba la calidad artística de sus clichés.

Gabriel no quiere suicidarse, pero la muerte merodea a su alrededor y sufre un dolor moral inmenso que es más fuerte que tenerlo todo para ser feliz, seguridad material, una esposa que le quiere y una familia atenta y cercana.

Descubrimiento del EMDR

En agosto de 2012 un amigo le aconsejó probar la terapia EMDR, dado que su expediente médico era totalmente normal.

Dos ángulos de trabajo

En primer lugar, hay que decidir el recuerdo diana por el que se debe empezar. La muerte de Carolina no es prioritaria como recuerdo diana, ya que, aunque no hay duda de que Gabriel necesitó en su momento un luto prolongado para superarlo, parece ser que, por ahora, el hecho ha pasado a un segundo plano. Así pues, para empezar se escogieron dos recuerdos diana.

Por una parte, escogieron la tentativa frustrada de salvar a Pol de los atacantes. La trayectoria de trabajo pasará de «todo ha ocurrido por mi culpa» a «no tengo la culpa de nada, hice lo que pude».

Por otra, la brutalidad de los combates de la plaza Tahrir. En este caso, siente otro tipo de culpabilidad, en la que se mezcla la incoherencia del simple hecho de estar allí con el hecho de continuar grabando solo por cumplir los deseos de una redacción que trabaja tranquilamente a miles de kilómetros. En medio de esa inhumanidad terrorífica, Gabriel no encontró (¡con razón!) su lugar como periodista ni como ser humano. No consiguió diferenciar el *él* del *ellos*.

Con ayuda de la terapia EMDR, Gabriel pasará de la cognición«soy como ellos, incapaz de canalizar mi violencia», e incluso «soy una mala persona», al pensamiento «soy un ser humano civilizado y puedo proteger a los más débiles» y, finalmente, a «soy una

buena persona».

Un trabajo agotador

Al principio sus emociones estaban muy entremezcladas: el miedo, la vergüenza, la rabia, el desconcierto, la impotencia irascible... Principalmente sentía las sensaciones físicas en la cabeza, sobre todo en uno de los lados, como si hubiese recibido golpes en él. Los golpes o una bala de fusil, o... ¡la mano de su padre!

El recuerdo

Contra toda expectativa, entre reviviscencias de escenas de una violencia brutal, de repente un día a Gabriel le vino a la mente, durante una sesión de estímulos bilaterales alternados, un recuerdo increíble y totalmente anodino de cuando tenía trece años.

Su padre le había hecho recitar las declinaciones del latín. Como si fuera ayer, se podía ver sentado por debajo de su padre, quizá en un taburete o puede que en el suelo. Como no paraba de equivocarse y se le olvidaba la lección, su padre le soltó una bofetada. No muy fuerte, tal vez solo fue un gesto para estimularlo, pero le había pegado, y Gabriel lo había considerado injusto y había sentido que no podía rebelarse, como si los mayores pudieran abusar de su poder y salir impunes.

Durante esa sesión de terapia, Gabriel, agotado, pasó a ser consciente de este hecho: no puede soportar la injusticia que representa el abuso de poder de los más fuertes hacia los más débiles. Da igual si se trata de un padre que castiga a su hijo por algo muy insignificante o de la locura de la multitud de la plaza Tahrir, ciega de odio e hipnotizada por el poder de los fusiles y las piedras.

Paralelamente, durante varias sesiones, Gabriel reprocesó estos dos hechos que se han quedado encallados en su psiquismo: el castigo de su padre por no saberse la lección de latín y el horror sanguinario de las masacres de la plaza Tahrir. Son dos situaciones de violencia que ha experimentado en su vida como víctima y como testigo impotente, y con las mismas condiciones.

El éxito del reprocesamiento

El trabajo psíquico que ha hecho Gabriel le ha permitido «recalibrar» sus propios valores. Sí, ha decidido vivir, y vivir tranquilamente. No, los más fuertes no tienen derecho a abusar de su poder, aunque sostengan un fusil entre las manos y aunque tengan la autoridad parental sobre un hijo de trece años.

Gabriel ha buscado el sentido que quería darle a la vida, y finalmente lo ha encontrado.

Al analizar los puntos fuertes y los débiles de su educación, se ha dado cuenta de lo que realmente es importante para él, aunque esto suponga que esté en desacuerdo con su familia.

A lo largo de las sesiones, las imágenes terribles han ido desapareciendo. Poco a poco ha dejado de tener la tentación de mover la pierna y darle una patada a su pequeña Estela. Su cuerpo se ha calmado, los malestares se han espaciado y las emociones se han estabilizado. Las imágenes violentas han sido reemplazadas por otras más tranquilas: dar un paseo en barca por un lago de Canadá con su familia y su mejor amigo. También ha empezado a preparar un reportaje sobre la historia de los amerindios, un tema que le atraía desde hacía mucho y que nunca había tenido tiempo de llevar a buen término.

Ha decidido no arriesgar más su vida, ni por un reportaje.

A día de hoy

Después de once sesiones, Gabriel aún se siente un poco frágil. Necesita estar en contacto con su terapeuta regularmente, pero mucho menos a menudo que al principio. Es consciente de que puede enfadarse por un motivo justificado. Antes nunca se arriesgaba a ello para conservar su imagen de tipo tranquilo y simpático.

Ya no teme que la violencia se le vaya de las manos, porque ha construido su propio sistema de valores fuerte y respetado. No ha dejado de querer a su padre, pero no le llama tan a menudo como antes. Ahora se ha centrado en sí mismo y en su propia familia.

Además, puede pensar en las clases de latín y en la plaza Tahrir sin sentir emociones exageradas. Todo esto se ha almacenado en su memoria histórica. El recuerdo del trauma ha evolucionado, se transforma, se aleja, se diluye, pierde la carga dolorosa, tiene principio y fin.

Su punto de vista hacia el hecho traumático ha cambiado, y su manera de percibirlo, también. Sus emociones y sensaciones se centran en el aquí y el ahora, porque ha aprendido una lección de vida gracias al pasado, como en cualquier aprendizaje.

Gabriel ha dejado atrás su experiencia como víctima y ahora el futuro le pertenece.

La historia de Susana, técnica de laboratorio

La causa de los síntomas no tiene por qué ser un trauma enorme relacionado con una catástrofe natural o una agresión física. Por ejemplo, muchas veces se originan traumas por humillaciones sufridas en la infancia o en la adolescencia. Aunque todos alguna vez

hemos soñado con cambiar alguna cosa de nuestro cuerpo, hay personas que se sienten profundamente preocupadas por su apariencia.

Un complejo físico

Con treinta y un años, Susana ha tenido que solicitar la baja porque piensa que sus compañeros la miran de un modo despectivo. Se siente rechazada y está convencida de que sabe por qué: aunque ha intentado depilarse, se mira y piensa que es demasiado peluda; sin embargo, los médicos no le han diagnosticado hirsutismo.

Siempre se viste con ropa que le tapa todo el cuerpo y evita las situaciones sociales que la expondrían a las miradas de los demás.

A pesar de que ha seguido un tratamiento psiquiátrico basado en antidepresivos y ansiolíticos, Susana no mejora desde la adolescencia. Ya ha intentado suicidarse dos veces.

Burlas

¿De verdad sus compañeros pensaron que sería gracioso dejar una maquinilla de afeitar en su puesto de trabajo antes de que ella llegara para que todo el mundo lo viera?

A lo largo de la terapia EMDR le vino a la mente un recuerdo:con doce años, en el vestuario del gimnasio, oyó que unos cuantos se burlaban de su vello. Sobre el labio superior tenía un poco, por lo que le pusieron el apodo de la Mujer Bigotuda. Años más tarde, un médico le dijo que sufría una implantación pilosa de tipo masculino.

Ni que decir tiene que Susana siempre tenía demasiada vergüenza para aceptar las insinuaciones de un chico. La simple idea de desnudarse delante de un hombre casi le hacía perder el conocimiento.

El procesamiento

Susana necesitó tres sesiones para acordarse del episodio en el vestuario del gimnasio. Los primeros recuerdos diana procesados fueron los detonantes actuales relacionados con la creencia negativa «soy repulsiva», mientras que la positiva era «puedo ser atractiva».

Como todas las redes de memoria están interconectadas, aunque no nos acordemos del hecho primitivo, explorarlas puede dar sus frutos. A veces, la liberación de los síntomas se esconde detrás de la puerta.

La historia de Soraya, asistente administrativa

Soraya[2] tiene veintiocho años y asiste a la psicóloga de la maternidad donde le hacen el seguimiento. Ella le explica que hace mucho tiempo que lucha contra una depresión.

Ataques de ansiedad

Este sentimiento fue apareciendo progresivamente durante los diez meses posteriores a un aborto tardío que Soraya sufrió 24 horas después de su visita ginecológica de los seis meses. En las semanas siguientes empezó a tener ataques de ansiedad que más adelante se detuvieron.A pesar de ello, no le prescribieron ningún tratamiento antidepresivo.

Paradójicamente, en la primera entrevista Soraya no mostró ni tristeza ni ansiedad. Por ejemplo, comentó que no tenía miedo de volver a quedarse embarazada.

Soraya explicó al terapeuta que había notado que su marido se había mostrado distante durante su primer embarazo y que no la había acompañado a muchas de las visitas con el médico. Además, también se había mantenido al margen de todos los preparativos del entierro del bebé.

Recuerdos imprecisos

Ninguno de los dos quiso ver al bebé (ni ver una foto) después del *nacimiento*. En las declaraciones de Soraya, los recuerdos están muy lejanos, se acuerda de muy pocos detalles.

A este aborto tardío le siguió, diez meses más tarde, un aborto espontáneo. Esta vez, Soraya recuerda haber sentido un sufrimiento mucho mayor, un desconcierto más importante; es decir que, por sorprendente que parezca, ella afirma haber vivido este segundo aborto mucho más dolorosamente que el anterior. Sin embargo, lo relata igual de rápido que el primero, como si hubieran pasado muchos años desde ese momento.

El procesamiento

Trastorno disociativo

La escala EGEP (evaluación global del estrés postraumático) confirmó, con un resultado de 45 (y un umbral de 44), que el aborto tardío tuvo un impacto traumático en Soraya. En el autoinforme, el paciente debe señalar con qué frecuencia ha sufrido problemas o síntomas durante el mes anterior (1 = ninguno, hasta 5 = muy a menudo).

Para Soraya, probablemente el resultado de la escala está minimizado por fenómenos disociativos, los elementos relacionados directamente con el recuerdo que raramente se consideran perturbadores. Esta indiferencia se impondrá en sus declaraciones y en su comportamiento hasta la fase 4 de desensibilización mediante los estímulos bilaterales. Sin embargo, al margen del hecho principal, la paciente obtiene resultados elevados en términos de perturbación: sentirse distante o bloqueada con los demás (5/5), perder el interés por las actividades que normalmente le gustaban (4/5), tener dificultades para dormir (4/5), estar irritable o tener ataques de ira (4/5).

Más adelante, durante la primera sesión de EMDR, se podrá confirmar la hipótesis diagnóstica de un trastorno disociativo, ya que la paciente cambiará la percepción del aborto disociada de sí misma (como si le hubiera pasado a otra persona, «como si yo lo viera desde fuera») por otra percepción de sí misma. Soraya revivirá la expulsión del feto con reacciones emocionales muy fuertes relacionadas con sensaciones físicas. Gracias a esta nueva percepción, podrá reintegrar la experiencia traumática.

Preparación progresiva

Para preparar la etapa de desensibilización ha sido necesario un trabajo introductorio. Después de las preguntas previas, Soraya ha tenido que familiarizarse con los EBA durante una sesión en la que se ha trabajado con un recuerdo agradable y tranquilizador. Esta etapa es primordial, y a veces, en los pacientes que pueden descompensarse emocionalmente si se aborda demasiado rápida y directamente el recuerdo traumático, debe alargarse.

En el caso de Soraya, se observó que la paciente tenía los recursos y el equilibrio emocional suficientes como para abordar con bastante rapidez el recuerdo de la maternidad.

Identificación de la cognición negativa

No entraremos a explicar con detalle las dos sesiones de EMDR siguientes, pero el nuevo paso en la terapia fue identificar el aspecto más doloroso del recuerdo en el momento de la sesión. A continuación, Soraya tuvo que encontrar la cognición negativa asociada a esta imagen.

«Estoy sola y abandonada», resonaba con fuerza en su interior. Cuando Soraya pensaba en esta cognición, la invadía el miedo y sentía una sensación molesta en el esófago. En cambio, su nivel de perturbación era bastante bajo (5 sobre una escala de 10, en la que 10 representa el nivel de perturbación máximo). A pesar de todo, la situación no era nada sorprendente, ya que su nivel medio indicaba que la información relacionada con el

aborto estaba almacenada de una manera inapropiada en una red de memoria bloqueada.

La desensibilización

Al principio del trabajo de desensibilización con los EBA, Soraya llegó a reconocer, casi inmediatamente, los lugares y las personas que estaban presentes en el momento en que llegó a la sala de espera de urgencias. De repente, se abrió el telón. Soraya se acordó de toda la complejidad de la situación hasta tal punto que sufrió una reacción emocional muy fuerte cuando se vio expulsando el feto. Este momento de reviviscencia marcó el apogeo del estado de perturbación en el que se encontraba. Al final de la sesión y durante toda la siguiente, pudo encontrar mucha más serenidad y llegó a un nivel de perturbación 0.

Esto quiere decir que ya no sentía que la cognición «estoy sola y abandonada» era verdadera. Las palabras «estoy rodeada de personas que me quieren» le parecían más apropiadas para describir cómo se sentía. Además, ya no percibía miedo ni sensaciones físicas molestas cuando pensaba en el recuerdo.

Encontrar las palabras

Una vez que pudo liberar toda esa ansiedad, que hasta ese momento no había podido manifestar, Soraya llegó a hablar del aborto y a relacionarlo con sus creencias religiosas. En sus declaraciones ya no aludía a la perturbación emocional, sino que, progresivamente, empezó a sentirse más fuerte y confiada de cara a un futuro embarazo.

El terapeuta aprovechó la oportunidad para alargar la primera etapa de trabajo y ayudar a Soraya a proyectarse en una situación futura en la que podría volver a reencontrarse con la maternidad. De este modo, los aspectos perturbadores que podrían haber surgido durante el proyecto de volver a un embarazo se apagaron de antemano con el trabajo terapéutico.

Los efectos del procesamiento

En el caso de Soraya, la ansiedad y la impotencia vividas en el momento de la expulsión del feto fueron el núcleo central del recuerdo traumático. No pensaba que podría encontrar un modo de luchar o de huir; el miedo y el dolor eran lo único que la dominaba.

Ayudar a una persona que se encuentra en una situación de este tipo a recuperar el control implica, en primer lugar, hacerle entender que sus reacciones son del todo normales ante una situación que su psiquismo no tolera como normal. Durante esta fase de estabilización, que se desarrolla al principio del trabajo terapéutico, es necesario que

el paciente reciba consejos y explicaciones que puedan ayudarle a entender la impotencia y la parálisis que puede haber sentido en un momento dado.

De acuerdo con los resultados descritos en diferentes estudios controlados, se ha podido observar que Soraya experimentó una remisión del trastorno por estrés postraumático en tres sesiones, mientras que la media es de un 77 % a un 100 % de remisión después de entre tres y seis sesiones. Además, los trastornos disociativos de esta pa-ciente, que sufría una indiferencia notable, podrían haber conducido a un tiempo más prolongado de estabilización. Sin embargo, en su caso, el entorno social y familiar era lo suficientemente sólido como para que la chica fuera capaz de pedir ayuda cuando la necesitaba. La evaluación del potencial de disociación realizada durante la primera entrevista no permitió revelar trastornos demasiado complejos.

Diferentes pistas

Si un aborto tardío ya es un drama en la vida de una mujer, además lo es de maneras muy diferentes entre una mujer y otra. Para algunas, el aborto significará la pérdida de un embarazo; para otras, la pérdida de un hijo. A veces, apaciguar el dolor de este luto pide algo más que el reconocimiento del sufrimiento por parte del entorno. Aunque la medicina pueda encontrar remedios químicos para ello, es importante no olvidarse de las secuelas psicológicas.

La historia de Alan, un trauma intenso y único

La agresión

Alan tiene treinta años y es ejecutivo en una empresa de informática. Está casado y tiene dos hijos que aún son pequeños. Su vivienda, rodeada por un pequeño jardín, es muy bonita pero no es lujosa. Hoy ha vuelto a casa cuando ya había anochecido, hacia las ocho. Sabe que pasará la noche solo porque su familia cena y duerme en casa de su cuñada. ¡Los niños están muy contentos porque dormirán con sus primos!

A pesar de todo, un detalle preocupa a Alan incluso antes de entrar en casa: hay luz en el interior y unas sombras que van y vienen. Está muy preocupado, pero se envalentona y entra en la casa. El paragüero cae al suelo. También le ha sorprendido no oír al perro, que, desde hace años, le hace fiestas cada noche cuando llega a casa. La angustia lo atrapa.

En ese instante, dos hombres con un pasamontañas aparecen ante él. Alan se da la vuelta tan rápido como puede y corre hacia el coche mientras los maleantes le persiguen. Como

en una película, Alan se ve arrancando a todo gas para escapar de sus perseguidores, pero tiene que dar marcha atrás y choca violentamente contra el tocón de un árbol que el jardinero no había acabado de cortar. El coche se cala y los asaltantes llegan hasta la puerta del vehículo. Lo sacan sin miramientos, lo tiran al suelo y le dan una paliza. Uno tiene un fusil con acción de bombeo y el otro lleva un bate de béisbol dentado para que sea más hiriente. Sin embargo, Alan consigue levantarse y echa a correr para escaparse de sus dos torturadores. De repente, tropieza con el perro, que está tumbado en el suelo porque lo han dormido con un gas soporífero.

No tiene tiempo ni de pensar. Corre tambalénadose gritando el nombre de su vecino, pero tiene las ventanas cerradas. Sigue gritando y corriendo durante un rato más aunque se le salga el corazón por la boca. De golpe, solo se oye el silencio de la montaña. Ya está fuera de peligro. Por la mañana, al regresar a su casa, se la encuentra devastada, pero no le han robado ni las joyas ni el dinero. La policía cree que puede tratarse de un error y que los agresores buscaban a otra persona o alguna otra cosa.

El trauma

A partir de ese momento, Alan va a tener que recomponerse poco a poco.

Asiste a la consulta de un terapeuta una semana después de la agresión. Se siente angustiado y le cuesta concentrarse; tiene pérdidas de memoria. Está irritable y agresivo, y presenta síntomas de un síndrome de estrés postraumático.

Su médico le ha recetado tranquilizantes y un somnífero, pero le ha recomendado que los deje lo antes posible para evitar depender siempre de ellos. A él se le hace muy difícil soportar el dolor de barriga, una especie de barra en el estómago que de vez en cuando le corta la respiración.

Está tan replegado en sí mismo que no es capaz de relacionarse con su familia o sus amigos: se encuentra dentro de una cáscara de sufrimiento y de soledad. Alan se siente agotado, inútil, débil... De hecho, siente vergüenza, pero no sabe muy bien por qué. Sabe perfectamente que físicamente no hubiera podido hacer frente a esos dos hombres armados y decididos a cualquier cosa. Entonces, ¿por qué se siente culpable?

El procesamiento paso a paso

Hablando con Alan, el terapeuta se da cuenta de que está distante consigo mismo. Está lejos de sus emociones íntimas y no habla para nada de manera espontánea. Alan está seguro de que nadie le va a entender, por lo que cree que no vale la pena ni expresarse.

Expresarse de otro modo

Alan está demasiado conmocionado para iniciar un proceso de protocolo EMDR estándar. En primer lugar, va a contar lo que pasó. Una vez más, sí, pero esta vez en el contexto de una relación terapéutica. Después va a tener que encontrar su lugar seguro: la cocina de la casa donde vivía cuando era pequeño, en el suelo, ante un tazón de chocolate caliente.

Alan interrumpe su relato cuando siente una perturbación física, un malestar, una emoción desagradable. Por eso, cada vez que le pasa, el terapeuta le calma con los estímulos bilaterales alternados. Su explicación avanza lentamente, marcada por las pausas de los EBA, respiraciones profundas... En cuanto ha acabado de explicarlo, Alan puede volver a empezar, pero esta vez con menos angustia.

La desensibilización

Durante las sesiones siguientes, Alan está más tranquilo, por lo que ya puede desensibilizar el hecho traumático vivido. Por supuesto se sentirá en peligro y se creerá la cognición negativa «voy a morir», pero la sustituirá por «voy a salir adelante» y, después, por «no estoy muerto, estoy a salvo».

También tendrá que trabajar en otro registro, el de la autoestima, porque Alan considera que no estuvo a la altura: debería haber hecho otra cosa, reaccionar más rápido, responder con más fuerza... Debería haber hecho tantas cosas de otra manera... Finalmente, pasará de «no estuve a la altura» a «hice lo que tenía que hacer» y, más adelante, «soy una buena persona».

Por último, Alan tuvo que afrontar la delicada cuestión de ¿por qué me atracaron a mí? Ese día, la entrevista no terminó y nadie supo el final de la historia.

Los efectos del procesamiento

Aun así, gracias a la terapia EMDR, Alan consiguió afrontar interiormente el escarpado arrecife de lo absurdo. Mediante asociaciones sucesivas, Alan pudo reencontrarse con la ira y la protesta; más adelante, la rabia y la impotencia, y finalmente, la desesperación ante la incoherencia.

Poco a poco, su cerebro empezó a procesar la información de una manera adaptativa. Se dio cuenta de que nada ni nadie se puede escapar del azar; que no lo puede controlar todo en la vida, aunque esto le provoque inseguridad, pero que de algún modo puede protegerse del pasado y, a la postre, salir bien parado de ello: no está mutilado ni gravemente herido, y su seguro ha cubierto los daños económicos.

Una conclusión positiva

Para su sorpresa, Alan al final fue capaz de ver la situación positivamente y de aprender de ella de cara al futuro: de una manera pragmática para saber protegerse, pero también de una manera humanista, más relacionada con la humildad, con el dejarse llevar y con la esperanza en el futuro.

Seis sesiones de entre una hora y una hora y media fueron suficientes para ayudar a reprocesar el recuerdo de Alan. Su caso ilustra la rapidez y la eficacia del procesamiento, ya que se trataba de un trauma realmente intenso y único.

Traumas complejos: las muñecas rusas de Adrián

Adrián tiene treinta y ocho años. Es militar de carrera, sirvió cerca de diez años en el Ejército de Tierra y fue condecorado en Afganistán.A la vuelta, Adrián desarrolló un trastorno por estrés postraumático con una fuerte dimensión depresiva. Su médico acertó con el diagnóstico y le propuso empezar una terapia EMDR.

Los síntomas

Durante los primeros meses de vuelta a casa, dos años antes de empezar la terapia, Adrián tuvo que enfrentarse a graves problemas psíquicos, especialmente a imágenes relacionadas con los combates, que irrumpían en su mente y le superaban. Le podía pasar en cualquier momento, haciendo recados, jugando con su hija o haciendo el amor con su mujer.

Llegó un punto en el que sufría tanto insomnio y tenía tantas pesadillas ansiogénicas que Adrián se mostraba irritable y podía echarse a llorar en cualquier momento sin razón aparente. Luchaba contra el cansancio y contra dolores abdominales durante todo el día. Además, siempre estaba en tensión, en guardia, vigilando para saltar al mínimo ruido.

El trauma

Entre todos los recuerdos que Adrián debía reprocesar, había uno especialmente importante. El 19 de agosto de 2008 les tendieron una emboscada en el valle de Uzbin. Perecieron diez soldados y varias decenas de ellos quedaron heridos. Durante ese combate vio cómo uno de sus compañeros sacrificaba su vida por intentar salvar a un herido. Por desgracia, los dos murieron y, resguardado de las balas detrás de una roca, Adrián oyó cómo agonizaban durante una hora.

Cuando cuenta esta historia, Adrián no puede contener las lágrimas. Agacha la cabeza y se lleva las manos temblorosas a la cara. Además, no ha hablado propiamente de tener deseos suicidas, pero no deja de preguntarse cómo puede seguir viviendo con la culpabilidad y la insmensa vergüenza de haber sobrevivido.

El recuerdo

Utilizando la técnica del puente afectivo, Adrián fue capaz de encontrar en el pasado un sentimiento parecido al que estaba sintiendo, un hecho de cuando tenía seis años. Estaba de vacaciones con su primo, que entonces tenía cuatro, y jugaban cerca de un estanque. Aunque dudaba de si estaba prohibido, Adrián le propuso a su primo subirse a la barca y jugar a hacer de pescadores.

La barca, que tenía el fondo plano, volcó cerca de la orilla, y los dos niños cayeron al agua. Adrián, que hacía pie, pudo llegar a tierra firme. Cuando vio que su primo no podía hacer lo mismo, intentó agarrarlo como pudo. En vano. Corrió a buscar ayuda, pero cuando finalmente llegaron, ya era demasiado tarde.

No regañaron a Adrián, pero la muerte de su primo quedó enterrada en lo más profundo de su ser.

Qué ha aportado la terapia

Con la terapia EMDR, Adrián consiguió encontrar el parecido escondido entre las dos situaciones: su impotencia por salvar la vida de la gente a la que quiere. Esto le provocó emociones incontrolables, pero recibió la ayuda adecuada para canalizarlas.

Poco a poco, consiguió asumir que esas emociones no eran raras ni un indicador de debilidad en su carácter, sino todo lo contrario: suponían la prueba de que era sensible y, por lo tanto, de que estaba vivo.

Para tranquilizarse y hacer frente a la situación, Adrián utilizó las técnicas de respiración, relajación, visualización, el lugar seguro...

Aislar el malestar

Adrián aprendió a aislar su malestar imaginándose que metía en una caja fuerte mental, un contenedor blindado, todas las emociones, pensamientos y sensaciones desagradables que, por el momento, sentía que no podía asumir y que ya volvería a buscar más adelante, en el instante adecuado y acompañado.

Para sentirse más seguro, Adrián llamaba a su terapeuta regularmente entre las sesiones

y trabajaba en la cognición negativa «es mi culpa».

Volver a tener autoestima

Las ocho fases del protocolo EMDR le permitieron descubrir que era capaz de releer todas las situaciones con la idea de que él no era todopoderoso, que la muerte formaba parte de la vida y que no había hecho nada malo.

Finalmente, entendió que tenía la capacidad de reaccionar en los momentos más ínfimos de la vida y aprendió a apoyarse en esto para poder pasar el luto y aceptar sus emociones sin perder la autoestima. Los síntomas postraumáticos desaparecieron en unas semanas y todavía ahora, dos años más tarde, no han reaparecido.

La compleja historia de Margot

Margot tiene veintiséis años y oficialmente es estudiante, pero la mayor parte del tiempo está en casa de su madre y rara vez sale de su habitación. Ella se describe como alguien solitario y deprimido, que no tiene amigos y, mucho menos, novio.

Muchos traumas pequeños

La vida de Margot no permite aislar un trauma único, superior, típico, sino más bien una acumulación de «pequeñas miserias», humillaciones, miedos, incomprensiones y agresiones secretas.

Fractura familiar

Margot es hija única y sus padres se divorciaron cuando tenía tres años. Durante toda la vida ha oído a su madre repetir delante de ella una y otra vez: «Todo iba bien antes de que nacieras, pero tu padre no te soportaba». Evidentemente, aunque nunca se lo dijeron explícitamente, siempre la hicieron responsable del desastre conyugal.

De pequeña, como muchos hijos de divorciados, iba y venía constantemente de casa de su madre a casa de su padre, y la mayoría del tiempo uno u otro le encargaba un mensaje: «dile a tu padre que...»,«pues contéstale a tu madre que...».

Los problemas de dinero, la organización, los reproches, la violencia..., todo la sobrepasaba, pero Margot se implicaba en todo con valentía para intentar que sus padres volviesen a acercarse. ¿Cuánto tardó en entender que ese momento no llegaría nunca?

Veneno materno

La madre de Margot es depresiva, cínica y amarga. Todo lo ve negro: el mundo, el futuro y la gente. Lanza maldiciones y anatemas hasta en a propia hija, a quien solo le desea desgracia y soledad. ¿Acaso esa chiquilla tiene que ser mejor que su madre? Margot no puede deshacerse fácilmente de ese veneno que su madre le destila día tras día, y es que la atrapa la atracción de la esfera maternal. El mensaje que recibe constantemente es una mezcla de «no crezcas más», «no seas tú misma», «ya no eres una niña» y hasta «¡desaparece!»[3].

Efectos devastadores

Inconscientemente, Margot se ha otorgado la misión de sacar a su madre de la depresión y de devolverle las ganas de vivir. Se prohíbe a sí misma mostrar su alegría pueril, intenta gustarle y no molestar.

Cuando llega la adolescencia, Margot ni se imagina oponerse a su madre, ni mucho menos tener algún comportamiento que por alguna razón pueda herirla. Ni hablar de aventurarse a conocer algún chico: está demasiado impresionada por la ira que su madre siente por los hombres. Además, hay que tener en cuenta que su primo, dos años mayor que ella, le hizo algún tocamiento cuando ella tenía nueve años. Solo pasó dos o tres veces, sin violencia ni amenazas. Es más, casi se podría hablar de un juego sexual entre niños, pero a Margot este hecho la desestabilizó mucho y no ha hablado de ello con nadie.

Por si fuera poco, Margot siempre ha sido la confidente de su madre, que cree que acercarse totalmente a su hija significa liberar todos sus estados de ánimo, sus dudas, sus frustraciones y sus resentimientos ante ella. Margot se ha pasado la infancia deseando que, de alguna manera, su madre sonría por fin. Saca buenas notas, se muestra simpática y complaciente, no escoge según sus propios deseos... Pero todo es en vano, en la medida en que su madre se hunde con determinación en un estado de ánimo depresivo tan estable que cada día lo «compensa» su hijita Margot.

De repente, Margot se debate en un conflicto de lealtad con el que quiere zanjar un dilema: si crece, empezará a desarrollarse y a afirmarse, va a tener que dejar a su madre, y ella se podría sentir abandonada. Si no quiere que su madre se sienta así, debe imponerse quedarse para siempre así de pequeña, frágil y, sobre todo, muy cerca de ella.

Dureza paterna

Un fin de semana de cada dos, y en mitad de las vacaciones, Margot va a casa de su padre. Mientras que su madre siempre está triste, su padre siempre está enfadado. Está furioso, frustrado y agresivo todo el tiempo. Tiene una nueva pareja, pero su relación es

tormentosa, y lo más importante: a su madrastra no acaba de gustarle Margot.

Como Margot no está mucho en casa de su padre, duerme en el lavadero, que no huele muy bien. Cuando se siente sola, frágil y dolida, le vienen náuseas y a veces hasta llega a vomitar. Una noche, en casa de su padre, ella se atreve a despertarlo porque le duele mucho el pecho. La horrible madrastra se levanta y la envía sin miramientos a vomitar al baño. Helada y asustada, Margot se encuentra descalza sobre el suelo embaldosado del baño. Se inclina sobre la taza para vomitar, pero ¡qué horror!, hace siglos que nadie limpia el baño, y Margot ve y, sobre todo, huele el asco que la asalta. Quiere huir, pero está paralizada: ¿dónde va a ir?, y sobre todo, ¿dónde va a vomitar?

Repercusiones a largo plazo

Puede que parezca que es un hecho más, pero esta situación marcará a Margot por mucho tiempo. Aún ahora le da fobia vomitar. ¿Y si le entran náuseas incontrolables cuando no esté en su casa o cuando esté hablando con alguien? Decididamente solo está a salvo en la habitación de casa de su madre.

El enfoque terapéutico

En estos casos, para el terapeuta EMDR no es fácil dar con un hecho traumático y reprocesarlo, ¡parece que hay tantos! Todo se construye como si Margot no tuviera los recursos necesarios para crear un crecimiento psicológico y relacional. Como envenenada por un ambiente deletéreo, solo ha conseguido sobrevivir sin poder construir los puntos fuertes del tránsito a la edad adulta.

Un trabajo largo y duro

Es evidente que en un caso como este, la terapia será más larga que en los casos en los que hay que tratar un solo trauma. El especialista utilizará diferentes elementos terapéuticos destinados a actuar en un mismo sentido:

- Propiciar una alianza terapéutica fuerte para que Margot llegue a aceptar que el terapeuta no es un enemigo que quiere separarla de su madre, sino un aliado capaz de ayudarla a crecer y a caminar por su propia senda.
- Ayudar a Margot a expresar sus emociones más profundas y, al mismo tiempo, a contenerlas, para que aprenda a distinguir entre los afectos depresivos de su madre, que ha incorporado idénticamente, y los suyos.
- Guiarla para que reconozca sus momentos de ira relacionados con las injusticias y los

prejuicios que ha sufrido durante su vida.

- Fortalecer su autoestima y la afirmación de su legitimidad por ser y crecer.
- Utilizar las técnicas de relajación y consuelo emocional.

Cuando la alianza terapéutica ya sea bastante sólida y Margot sea capaz de afrontar las emociones más intensas, el terapeuta podrá prever el uso de diferentes protocolos EMDR en el seno de un enfoque global de las modalidades de apego *inseguro*, es decir, precarias y ansiogénicas.

El trabajo del terapeuta

En colaboración con Margot, el terapeuta elaborará un plan de selección del recuerdo diana a través de las preguntas siguientes:

- ¿Cuáles son las problemáticas actuales en la vida de Margot? Por ejemplo, cómo encontrar fuerzas para salir de casa, aprobar en los estudios, estar con otra gente...
- También en cuanto a su vida actual. ¿Qué traumas ha sufrido recientemente? ¿Cuál es el detonante que activa sus perturbaciones psíquicas o físicas?
- ¿Qué traumas de su pasado no ha conseguido reprocesar? Algunos son espectaculares, pero otros, que quizá han pasado desapercibidos, se han ido acumulando.
- ¿Cómo ve Margot su propio futuro? ¿Qué escenarios de futuro la bloquean o la aterrorizan? ¿Cómo puede cambiar la visión que tiene de lo que todavía no ha pasado?

El terapeuta estará atento a las señales de reprocesamiento y se las hará notar a Margot para que les dé la importancia necesaria.

Consolidación progresiva

El caso de Margot requiere que la terapia sea lo suficientemente contenida. Margot necesita sentirse constantemente a salvo a lo largo del vínculo terapéutico, ya que va a estar en contacto con miedos arcaicos que pueden afectarla gravemente. Gracias a este proceso, los beneficios terapéuticos crecerán, se consolidarán y tomarán importancia.

Este caso demuestra que la terapia EMDR puede alargarse durante meses, o incluso años, en los casos más complejos. El EMDR no es una terapia sistemáticamente breve, sino que se adapta a la profundidad del sufrimiento de cada paciente.

2. Esta historia se basa en un relato amablemente cedido por el psicólogo clínico Eric Binet. El relato original fue publicado en el número 160 (marzo/abril de 2012) de la revista *Realités en gynécologie-obstétrique*.

3. Esta formulación se ha tomado prestada del análisis transaccional, que trabaja para localizar una docena de mensajes inhibidores (órdenes) que pesan en la persona en el contexto de su escenario de vida.

PARTE 3

Propuestas e investigación

Esta tercera parte nos descubrirá que el EMDR puede actuar en diferentes contextos: con niños, en grupo, con personas muy inseguras o con fobias, o en casos de luto. Como cualquier método terapéutico, la terapia EMDR tiene unas indicaciones principales: depresión, abusos sexuales, secuelas de traumas colectivos, disfunciones conyugales o sexuales... Después de algunos consejos para escoger al terapeuta EMDR, esta parte se centrará en la investigación del EMDR y en algunos artículos científicos recientes. Finalmente, terminará con una síntesis que recordará las diferentes facetas del EMDR: técnicas, éticas, filosóficas...

Capítulo 7

Otras maneras de actuar en el EMDR

Índice de contenidos

- El EMDR y los niños
- El EMDR en grupo
- CIPOS
- El EMDR y las fobias
- El EMDR y el luto

Con pacientes diferentes

El EMDR y los niños

El desarrollo de la terapia EMDR cambia un poco en el caso de los niños. La duración y la comunicación con el paciente se adaptan a la edad de cada niño: las sesiones son más cortas y el lenguaje se basa en un pensamiento más concreto. Es muy importante la colaboración con los padres, tanto para ayudarlos a concienciarse del cambio como para mostrarles datos educativos.

Aunque un protocolo EMDR completo solo es factible desde los doce años, se puede ayudar a un niño de cuatro a siete años a encontrar la cognición negativa («estoy en peligro», «es mi culpa»), la cognición positiva («estoy a salvo», «no he hecho nada malo») y el nivel de ansiedad (sobre una escala subjetiva SUDS materializada por un payaso con muecas expresivas). Desde este estadio, el barrido ocular ya se puede llevar a cabo.

En los niños menores de cuatro años, el hecho traumático se puede identificar y, además, se propone proceder a estímulos táctiles alternativos para tratar las emociones («tengo miedo») o las sensaciones (dolores, temblores...).

El trabajo del EMDR será más efectivo si se relaciona con otros métodos terapéuticos, como, por ejemplo, juegos o dibujos. Los estímulos bilaterales alternados se pueden empezar cuando se reúnen un mínimo de elementos: se ha identificado el recuerdo diana, se ha evaluado el nivel de ansiedad y se han analizado las sensaciones corporales del paciente.

El terapeuta EMDR estudiará el sistema familiar que rodea al niño para asegurarse de que todos los componentes están a salvo, en especial el pequeño.

El EMDR en grupo

Ignacio Jarero fue el primero en desarrollar este protocolo, que llevó a cabo tras el huracán Paulina, que arrasó México en octubre de 1997. Jarero adaptó la terapia para que pudiera practicarse en grupo, por lo que pudo ayudar a un número más elevado de personas.

En el EMDR en grupo las víctimas no establecen cogniciones negativas ni positivas, sino que el proceso del PAI se traduce, de manera simbólica, en el dibujo. Las víctimas practican en sí mismas una autoestimulación con golpecitos gracias a la técnica de la mariposa y se centran en los dibujos que ellos mismos habrán hecho representando:

- una imagen-recurso, equivalente al lugar seguro;
- una imagen que evoque la representación más importante, con la puntuación del nivel de ansiedad (SUDS);
- las imágenes resultantes de las asociaciones (se necesitarán varias hojas de papel);
- la imagen positiva final, con la evaluación del SUDS y la instalación del recuerdo gracias a los estímulos bilaterales alternados más lentos.

En situaciones diferentes

CIPOS

Las siglas CIPOS provienen del inglés *constant installation of present orientation & safety*, es decir, la instalación constante de la seguridad y de la orientación actuales, o, por decirlo de una manera más comprensible, la instalación duradera del presente en el aquí y el ahora con un sentimiento de protección.

Este protocolo se lo debemos a Jim Knipe, quien lo ideó para preparar a los pacientes que habían sufrido traumas complejos a volver a pensar en las situaciones violentamente traumáticas.

En estos casos, el terapeuta no le pedirá al paciente que describa con detalle el recuerdo, sino que, gracias a los cuatro temas siguientes, con tan solo una palabra simbólica podrá evocarlo:

- Seguridad o supervivencia.
- Ansiedad o abandono.
- Vergüenza o culpabilidad.
- Baja autoestima.

Borrar el trauma

A continuación, el terapeuta preguntará al paciente durante cuánto tiempo, entre 1 y 7 segundos, es capaz de pensar en el trauma. El terapeuta contará en voz alta el tiempo acordado, por ejemplo: «5, 4, 3, 2, 1, 0». Cuando se acabe el tiempo, el paciente respirará profundamente y tendrá que *borrar* el trauma.

Para ayudar al paciente a *borrar* el trauma, el terapeuta le recomendará volver al presente con diferentes técnicas, como, por ejemplo, contar de tres en tres hacia atrás desde 100: 97, 94, 91, 88... También puede describir todos los elementos de una habitación que van en parejas o los que son de madera, o levantarse, caminar y lanzar cojines o pelotas, etcétera.

Finalmente, algunos estímulos bilaterales alternados y lentos reforzarán la sensación de estar en el presente. Puede ser que el paciente necesite hacer el proceso más de una vez para asegurar el anclaje en el aquí y el ahora.

El EMDR y las fobias

En esta especialidad es muy importante que el paciente esté informado del sentido de su síntoma y que tenga en cuenta los beneficios secundarios (consecuencias que toman sentido en la vida de la persona, aunque esto tenga que ir en contra de su salud o de su comodidad). Por ejemplo, una fobia a los transportes puede encerrar en casa a un paciente cuya madre, que vive con él, ha temido durante años que él se fuera de casa.

Recuerdos y creencias

En primer lugar, la terapia EMDR busca el recuerdo diana y las creencias negativas. A menudo se podrá observar que el miedo viene acompañado de un miedo a tener miedo, y que muchas veces las manifestaciones físicas están relacionadas con este miedo. Además, con los EBA podremos llegar de la misma manera a los recuerdos y a los detonantes, las creencias o las sensaciones físicas:el corazón que late muy rápido, la respiración que se acelera, los temblores...

Cuando el paciente ya haya aprendido técnicas de gestión emocional para controlar

mejor su miedo (el rayo de luz, los lugares seguros, la espiral, la respiración... [véase p. 66]) y ya sepa interpretar las señales de detonantes que le da su cuerpo, podremos proceder a buscar el recuerdo diana y reprocesar los aspectos siguientes:

- las situaciones que participaron a crear la fobia, por orden cronológico;
- el recuerdo de la primera sensación de miedo;
- las situaciones en las que el miedo ha sido más intenso;
- la situación de miedo más reciente;
- los detonantes actuales.

A continuación, mediante los EBA, el paciente se imaginará que en el futuro vive una situación muy parecida a la del trauma, pero sin miedo. Hay que tener presente que durante este protocolo pueden surgir muchos otros recuerdos traumáticos, a veces muy alejados del tema de la fobia, y que habrá que reprocesarlos uno tras otro siguiendo el protocolo estándar.

El EMDR y el luto

El luto es el proceso natural que los seres humanos sienten tras una pérdida. A veces, este proceso, en vez de desarrollarse en el momento exacto de la pérdida, se queda paralizado si la pérdida es brutal o ha tenido lugar en un contexto traumático.

La terapia EMDR está indicada, en estos casos, para desbloquear el proceso normal del luto y procesar los aspectos petrificados de la pérdida. Por supuesto, no se trata simplemente de aniquilar las emociones naturales ni de evitar la pena.

Etapas preliminares

Antes de escoger el recuerdo diana, es oportuno llevar a cabo el clásico *trabajo del luto*.

- ¿A qué necesita aferrarse el paciente que no puede soltar?
- ¿Qué tiene miedo de perder? El recuerdo, la seguridad, el amor...
- ¿Qué le diría al difunto si aún pudiera hablar con él durante unos minutos dirigiéndose a una silla vacía sobre la cual el paciente proyectará mentalmente su imagen?
- ¿Qué le diría el difunto al paciente?
- ¿Cuál es el mejor recuerdo que tienes de esa persona? ¿Y el peor? (El luto también es el momento de enfrentarse a la realidad, tanto a la de la vida como a la de la muerte.)

El recuerdo diana

El recuerdo diana podría ser:

- los hechos que han causado la pérdida;
- las situaciones en las que la persona ha sabido la noticia;
- las imágenes que sin querer irrumpen en su psiquismo;
- las pesadillas;
- los detonantes actuales del sufrimiento o de la culpabilidad;
- las preguntas de culpabilidad o responsabilidad;
- los desafíos a la seguridad;
- las pérdidas anteriores no asimiladas.

Capítulo 8

Indicaciones y contraindicaciones

Índice de contenidos

- Innumerables aplicaciones
- Contraindicaciones y riesgos
- ¿Cómo escoger un terapeuta EMDR?

Innumerables aplicaciones

El EMDR es una terapia oficialmente reconocida por hacer disminuir, e incluso desaparecer, las consecuencias del estrés postraumático, pero además el testimonio y las experiencias de los terapeutas de todo el mundo están haciendo que se descubran innumerables indicaciones más.

En la gran mayoría de los países se celebran congresos, coloquios y otras jornadas de estudios que permiten comparar los avances teóricos y prácticos del EMDR. Asimismo, en muchos países se están desarrollando programas científicos de investigación.

Tratamiento de patologías variadas

Aunque aún no se han comprobado estadísticamente, gracias al EMDR se han producido muchas mejoras en casos de patologías muy diferentes, como por ejemplo:

- trastornos alimentarios (anorexia, bulimia, adicciones alimentarias...);
- ataques de pánico;
- pánico escénicoa;
- lutos complejos relacionados con la angustia o la culpabilidad;
- estrés invalidante;
- adicción a las drogas o a los medicamentos;
- trastornos del sueño;

- trastorno dismórfico corporal (miedo enfermizo a que una parte del cuerpo sea deformada y miedo a impresionar así a los de su alrededor);
- trastornos dolorosos crónicos;
- acúfenos (percepción anormal de un ruido en ausencia de una fuente externa: un zumbido, un silbido...);
- traumas complejos, difusos, numerosos y permanentes en el tiempo;
- hiperactividad (en niños, trastorno por déficit de atención que repercute en la escuela, con impulsos, agitación y agresividad).

Los ejemplos siguientes ilustran cómo ha actuado la terapia EMDR en diferentes indicaciones:

Con niños y adolescentes

Desde los dos o tres años, y con la colaboración de los padres en el caso de niños más pequeños (véase p. 119).

El accidente de Silban

Silban tiene cuatro años. Estaba en el coche de su abuelo cuando sufrieron un accidente. Su abuelo quedó herido levemente, pero aun así todavía está hospitalizado en el momento de la consulta. Silban no se ha hecho nada, pero psicológicamente está en choque. Ha venido a la consulta con sus padres y no se mueve del regazo de su madre, su lugar seguro. Desde el accidente, Silban no quiere subirse a ningún coche y explica sin parar lo que ocurrió, sobre todo el ¡pum!, y no para de repetir: «Fue como un tiovivo, pero uno que daba mucho miedo». Abre tanto los ojos que es evidente que todavía está muy asustado.

El procesamiento

Silban dibuja, habla y se divierte con el cochecito de plástico que el terapeuta mueve sobre la mesa ante sus ojos, de derecha a izquierda alternativamente. De vez en cuando, el terapeuta le muestra una tabla con un payaso que presenta diferentes expresiones: el niño señala con el dedo la expresión que más se asemeja a lo que siente en ese momento. La madre, siguiendo las indicaciones del terapeuta, da golpecitos suaves alternativamente en los hombros de su hijo. Poco a poco,Silban se siente más tranquilo, y al final de la sesión, puede recordar el accidente sin sentir terror.

Cuando termina la siguiente consulta, Silban ya no evoca el accidente. Está contento de haber visto a su abuelo, a quien ha ido a visitar a la clínica ¡en coche!, con su padre.

En casos de abusos sexuales y/o físicos

La verdad escondida

Cati, una asistente social de cuarenta y dos años, fue víctima de abusos por parte del segundo marido de su madre cuando era pequeña. Bajo amenaza, él la obligó a hacerle tocamientos y a tener relaciones sexuales desde los nueve hasta los doce años. El calvario solo acabó cuando Cati se marchó a un internado. Únicamente ha hablado de ello una vez, una sola vez. Se lo contó a su madre, pero ella la trató de mentirosa y de desvergonzada.

Cati se tragó la vergüenza y la rabia, doblemente traicionada, doblemente humillada. El tiempo pasó, pero el trauma se quedó, intacto, escondido bajo las conexiones nerviosas de su memoria. Su cuerpo reacciona inconscientemente, porque ella se aísla de sus sensaciones y de sus emociones. Su vida sexual no ha sido muy dichosa.

Entrevista y apertura

Cati solo consigue hablar de ello con su terapeuta, aunque con pocas palabras y sorprendida de descubrir que la cree. Las imágenes le vuelven a la mente, y Cati escogerá la que más la irrite al recordarla.

Su nivel de perturbación interna es de 9 sobre 10 (SUDS). Su cognición negativa es «no pude decir que no», pero preferiría pensar «pude decir que no y hacer respetar mis límites». No obstante, esta cognición negativa solo suena como verdadera en su cabeza un 1 sobre 7. Siente retortijones y náuseas, y el periné se le contractura dolorosamente. Aunque haga treinta años del hecho traumático, continúa siendo *actual* en sus circuitos neuronales.

Para reprocesar este trauma hicieron falta tres entrevistas de una hora y media. Cati acabará asociando los pensamientos coherentes de los valores justos y las emociones adecuadas. No solo conseguirá un 7/7 en su derecho a decir no, sino que asociará la convicción de que no es un objeto y que tiene el poder en su vida.

En el trabajo, será de gran ayuda para las chicas víctimas de abusos parecidos. Su vida sexual toma un nuevo rumbo, y su marido no tiene ninguna queja. Finalmente, cada vez visita menos a menudo a su ginecóloga, y es que las infecciones genitales que ha sufrido durante años ya están desapareciendo.

La depresión

Poca esperanza

Hace mucho tiempo que Gregorio está deprimido. Los tratamientos químicos le alivian durante un rato, pero él mismo se da cuenta de que no osa superarlo: corre demasiado riesgo de volver a caer en la sombra abismal que aún le amenaza.

Cuando empezó una psicoterapia, dudaba por completo de que tuviera alguna posibilidad de curarse, pero lo que no sabía es que este hastío dubitativo justamente forma parte del mecanismo depresivo, como una serpiente que se muerde la cola y bloquea el paso de la salida y hasta el de la esperanza de salir.

Un *tapiz* de traumas

Durante las primeras sesiones, el terapeuta se limita a escuchar la historia de Gregorio, su infancia, los hechos que han marcado su vida y, sobre todo, lo que pasó durante el año anterior a la aparición de la depresión.

De hecho, parece ser que el inicio de las sesiones no es del todo nítido, sino más bien insidioso. El relato de la historia de su vida, vivida sin orden ni concierto, deja entrever, sin embargo, una continuidad, una especie de hilo conductor, un verdadero tapiz de traumas no reprocesados: «el día que de repente descubrí que...», «cuando ella me anunció que... y todo esto entró en mi cabeza», «pero la vida continúa, no hay que centrarse solo en esto...», «no pude hablar de ello...»,«más vale reírse», «me dije, no hay dos sin tres». Y la cantinela sigue. Es de imaginar que, con cada dificultad no asumida, el barco se hunde un poco más. Las redes de memoria disfuncional se acumulan.

Gregorio tiene cada vez menos energía, menos voluntad, menos creatividad para afrontar los problemas que se le presentan cada día. Es más, todo se agrava, todo se le hace una montaña; es el círculo vicioso que todo el mundo llama *depresión*, como una depresión en la rueda de una bici que acaba de pisar un clavo. Desarrollemos la metáfora: Gregorio tiene que bajarse de la bici cada cincuenta metros para hinchar la rueda. Acaba agotado, desanimado. Está hundido, triste, duerme mal o demasiado. Está deprimido.

El procesamiento

El terapeuta le ofrecerá a Gregorio su ayuda para establecer un plan de trabajo, es decir, identificar los traumas principales para reprocesarlos uno tras otro.

Buenas noticias: a veces el alivio de un trauma afecta a muchos otros a la vez. Como están interconectados, el reprocesamiento se beneficia de esta asociación. Poco a poco el

barco se aligera. Gregorio descubre que cuando *las ruedas de su bici* están bien hinchadas y no se desinflan, su motivación por pedalear y por avanzar hacia sus metas mejora. Los síntomas de la depresión disminuyen.

A partir de ese momento, Gregorio ya no tendrá miedo de recaer, aunque el médico que le trata no para de preverlo. Aun así, acepta disminuir las dosis de psicotrópicos. Llegará el día en el que Gregorio se sentirá lo bastante fuerte como para dejarlos y para reírse de su terapeuta, que quería que fuera en bici dentro de un barco.

En secuelas de traumas colectivos (guerras, catástrofes naturales...)

El tren

Ginés iba en un tren que ha descarrilado. Al salir del hospital no podía quitarse de la cabeza las imágenes, los sonidos, las sensaciones relacionados con el accidente. También ha olvidado dónde se encontraba en el momento del accidente. Todo se le mezcla en la cabeza, y los síntomas físicos (calambres, repetidas infecciones, psoriasis...) no le dan ni un respiro.

El trauma, tan grande como único, será reprocesado en tres sesiones.

La masacre

A Óscar, por su parte, lo ha recogido su tía tras el asesinato de sus padres. No ha visto nada, porque se ha escondido bajo su cama, pero lo ha oído todo. Sin embargo, cuando ha salido de su escondite se ha encontrado con la masacre.

Por supuesto, su vida no es de color de rosa ni confortable, sino que sufre graves problemas. El reprocesamiento de este terrible trauma le ayudará a evitar la culpabilidad y los síntomas que le hubieran podido torturar durante años.

En casos de miedo a los aviones

Estadísticamente el avión es el medio de transporte más seguro.A pesar de esta constante tranquilizadora, el estrés aeronáutico inhibe a una persona de cada diez e indispone a un pasajero de cada tres. Esto puede afectar tanto en el plano personal como en el profesional.

Un miedo que viene de lejos

Mónica tiene mucho miedo, miedo a estar sola, a abandonar a sus hijos, a perder el control... Mónica se acuerda, sobre todo, de que su padre la llevaba a los tiovivos de la feria, unos tiovivos que giraban y giraban tan rápido que se ponía, literalmente, enferma. Ella acababa temblando de miedo y su cara hacía reír a toda la familia. Este hecho anodino se repetirá varias veces durante su infancia, pero al llegar la adolescencia, Mónica pondrá punto y final a esta tortura.

Reprocesamiento

El recuerdo diana que fue reprocesado en Mónica fue el arranque del avioncito del tiovivo bajo la mirada burlona de su padre. Parecía que la emoción que Mónica sentía, una mezcla de miedo, ira y desesperación impotente, se acumulaba en su vientre, y las rodillas le temblaban. Volvía a su cabeza el pensamiento «no pude decir que no».

Al final del procesamiento del EMDR, Mónica siente que la frase «pude decir que no» es verdadera en un 7 sobre 7. La fobia ha desaparecido.

En casos de fobia al dentista

Terapia

En el dentista, Hugo es incapaz de abrir la boca, e incluso pide anestesia general para una simple caries. La terapia EMDR se centra en el hecho que activa el estrés: la mano del dentista, cubierta con un guante, que se le acerca con su torno. Hugo no puede evitar sentir pánico y crispación en todo el cuerpo. El corazón le late a mil por hora, respira muy fuerte y piensa que no va a poder soportar el dolor, aunque le han prometido que le pondrán anestesia local. En este caso, el terapeuta utiliza la técnica del *floatback* (dejarse flotar hacia atrás en el tiempo). El terapeuta le dice a Hugo: «Muy bien, ahora piensa en la frase "no podré soportarlo" y en la imagen de la mano del dentista que se te acerca. Fíjate en lo que te evoca y deja que tu mente flote hacia atrás, como si te remontaras en el tiempo, en tu historia. No busques nada en particular. ¿Qué situación te viene a la mente, la situación a partir de la cual empezaste a tener estas emociones o pensamientos?».

Descubrimiento del recuerdo

Yves se sintió invadido por una fuerte emoción cuando encontró el recuerdo que había eliminado de su memoria consciente. Tenía ocho años cuando su abuelo se puso malo y tuvo que ir a vivir a su casa para que sus padres pudiesen ocuparse de él, ya que hasta entonces vivía solo.

Una noche, Hugo observó la intervención urgente del médico. El abuelo se estaba ahogando, literalmente. Las manos del médico se movían cerca de la cara de su abuelo, que gesticulaba, muy angustiado. Nadie se fijó en que Hugo estaba viendo toda la escena y que quizá deberían apartarlo. Él revivía constantemente la ansiedad terrorífica, el miedo y el sufrimiento del abuelo, que habían conseguido penetrar en él.

Progresivamente pudo volver al dentista, y además encontraron un terapeuta paciente para el paciente en el que se había convertido.

Con agresores sexuales

La condena

Guillermo ha sido condenado por haberse descargado imágenes pedopornográficas, y su pena impone una orden de cuidados psicoterapéuticos. Nunca ha tocado ningún niño, ni se le ha pasado por la cabeza.

Parece ser que Guillermo solo se siente fascinado por las imágenes y, explorando su foro interior, ha descubierto que no le provocan ninguna excitación sexual. Distingue perfectamente lo que puede sentir ante estimulaciones que incluyan escenas de adultos. Así pues, ¿qué es lo que busca escudriñando innumerables clichés acumulados en el disco duro de su ordenador?

El trabajo terapéutico y la introspección que está llevando a cabo lo han ayudado a ser consciente de un hecho desconcertante: en realidad, Guillermo quiere averiguar, escudriñando en los rostros de esos niños, si sienten placer y cómo se manifiesta su desconcierto. Con ello vuelve a su conciencia un hecho crucial de su infancia: cuando tenía entre nueve y doce años, su propio padre, alegando que se sentía triste y deprimido, fue a ver a su hijo para consolarse y acabó abusando sexualmente de él. Como suele ocurrir en los casos de abusos sexuales, el pequeño Guillermo no sabía distinguir entre lo que estaba bien y lo que estaba mal, por lo que acabó creyéndose que él era el único culpable de lo que había pasado. De hecho, cuando miraba cómo abusaban de todos esos niños, solo se veía a sí mismo. En vano trataba de leer en sus rostros los indicios que le permitieran sentirse menos solo y encontrar alguna señal.

El procesamiento

El trabajo con Guillermo consiste, antes que nada, en comprobar que es totalmente consciente del error que ha cometido, de que merece su condena y de que realmente ha perjudicado a esos niños contribuyendo al círculo.

La terapia EMDR toma como recuerdo diana los abusos sexuales que sufrió en su momento. Poco a poco el paciente pondrá en su lugar los hechos y sentirá ira contra su padre en vez de contra sí mismo en forma de una culpabilidad mal gestionada por su voyerismo.

No hay que compadecerse del agresor, ni excusarlo, y mucho menos justificar sus actos, sino prevenir una recaída atacando la raíz de la pulsión malsana. En este caso, el reprocesamiento del abuso sufrido irá acompañado de una reorganización de los valores relacionados con la protección de los más débiles (y, por lo tanto, sobre todo los niños) y del nacimiento de un sentimiento de empatía real hacia las víctimas, el principal elemento capaz de alejar el riesgo a una recaída.

En disfunciones conyugales y familiares

Pareja conflictiva

María y Pablo se discuten constantemente. Cualquier cosa es un motivo para enfrentarse: la gestión del dinero, la educación de los niños, la relación con la familia de cada uno... Forman una pareja competitiva, con reproches constantes. No dejan nunca de querer saber quién tiene razón y quién no, quién dirá la última palabra o quién se saldrá con la suya.

En vez de hablarlo, de indicarle al otro lo que a uno no le gusta y de proponerle otra opción para intentar mejorar las cosas, la pareja se pasa el rato tirándose en cara el uno al otro lo que hace o no hace, lo que dice o no dice.

La falsa interpretación de los actos y propósitos del otro da pie a permanentes juicios de intención. Tan solo el aviso de un reproche ya equivale a empezar a reprocharse cosas mutuamente. A continuación, se tranquilizan a ellos mismos porque han actuado bien al denunciar una injusticia.

María y Pablo tienen un inmenso punto en común: están segurísimos de que la culpa siempre es del otro.

El procesamiento

La terapia EMDR va a poder barrer (en el sentido de limpiar y de recorrer) diferentes aspectos en discordia. Cuando se exploren los tres tiempos de la terapia, los pacientes observarán que son fructíferos:

- El pasado, con las estrategias de cada uno para evitar el sufrimiento de sentirse juzgados o rechazados.

- El presente, en el que se localizarán las situaciones detonantes que, como si se tratara de un gatillo, activan las emociones, los pensamientos y las sensaciones tan tristes como conocidas.
- El futuro, en el que se construirán opciones nuevas y creativas para salir, lo más rápido posible, de las trampas más frecuentes y se aprenderá a no volver a caer en ellas.

En disfunciones sexuales

Insatisfacción

Jaime tiene veintinueve años y siempre ha sido eyaculador precoz. Sus ligues de una noche no se quejaban de ello, pero ¿él les satisfacía?

Sin embargo, ahora que ya hace un año que conoce a Sofía, Jaime ve las cosas de otra manera: él es muy cariñoso y quiere formar una vida en común al lado de esa preciosa chica, pero le impone un poco. De momento, Sofía, que también es muy cariñosa, no se queja demasiado, pero tiene claro que si se quieren comprometer la situación tendrá que evolucionar.

Convicciones erróneas

La terapia EMDR empieza desensibilizando las reacciones automáticas y desagradables que Jaime siente al tener relaciones sexuales. No para de repetirse que tiene que estar a la altura, pero que nunca llegará a estarlo. Está tan convencido de que este síntoma está tan anclado en sí mismo que no cree que pueda superarlo, y no deja de pensar que tiene que hacer disfrutar a su mujer, porque, si no, se alejará de él. Hará todo lo posible para hacer que ella se sienta feliz gracias a sus acciones, ya que Jaime cree que esta es la verdadera definición de amor.

Las asociaciones que Jaime expresa gracias a los estímulos bilaterales alternados de la terapia EMDR hacen que se acuerde de otras situaciones en las que pensaba que tenía que esforzarse para que una mujer fuera feliz: en este caso, su madre, cuando él tenía ocho años. Para que su madre esbozara una mínima sonrisa en su rostro depresivo,Jaime tenía que inventarse cada día miles de estrategias: sacar buenas notas, pasar el aspirador, no mostrar su rabia o su pena... Es decir, controlarse permanentemente y hacer mil esfuerzos para tratar de verla feliz.

Inconscientemente, Jaime ha utilizado el mismo mecanismo con la otra mujer de su vida. Ahora es plenamente consciente de que Sofía no es su madre y que es del todo

inoportuno que la trate como trata a su madre. También ha conseguido entender que Sofía es completamente responsable de su propia vida y de su propio placer.

El procesamiento

El reprocesamiento de la cognición negativa «no estoy a la altura» llevará a Jaime a refundar por completo su posicionamiento: «Ya no soy un niño que quiere hacer feliz a su mamá; soy un hombre que disfruta con su mujer».

Al final, se dio cuenta de que de forma inconsciente en el sexo interrumpía, con razón, una relación casi incestuosa a pesar de que, conscientemente, estaba muy lejos de lograrlo. Así pues, no eyaculaba prematuramente, sino que se adaptaba a la situación: evitaba acomodarse en un posicionamiento de niño pequeño.

Tras cinco sesiones de EMDR, poco a poco, Jaime llegó a tener relaciones sexuales con su mujer sintiéndose cómodo y tranquilo.

Contraindicaciones y riesgos

El principio de la precaución invita a los terapeutas a ser prudentes. No obstante, demasiada pusilanimidad puede incurrir en el riesgo de bloquear cualquier esperanza de investigar y evolucionar.

Antes de llegar al reprocesamiento del trauma a través del EMDR, habrá que tomarse el tiempo necesario para dar al paciente los recursos que necesitará para hacer frente a sus propias emociones.

En las siguientes situaciones hay que ser especialmente prudente y respetar ciertos límites:

- Cuando el terapeuta no está lo suficientemente formado para afrontar la patología del paciente, que puede sentirse desconcertado por las reacciones que esté teniendo, afectado por sus emociones, asombrado por las asociaciones que puedan surgir...
- Cuando el terapeuta no está lo suficientemente disponible y puede llegar a dejar que el paciente se espabile solo con lo que vaya surgiendo a lo largo de las sesiones. Hay que poder contactar con el terapeuta por teléfono entre sesiones, sobre todo durante los períodos cruciales del procesamiento.
- Cuando el paciente presenta una patología que puede llegar a desestabilizarse al recordar el trauma, hay que ser muy prudente; por ejemplo, en el caso de disociaciones notables. Es verdad que, especialmente en estos casos, hay que tomar

precauciones, pero cabe decir que los beneficios que algunos pacientes disociados han experimentado gracias a la terapia EMDR son muy evidentes.

- En casos de esquizofrenia o de demencia. No obstante, a veces el EMDR puede ayudar a un paciente estabilizado con un tratamiento psiquiátrico adecuado, a modo de tratamiento adicional, para aliviar una parte de los síntomas relacionados con un trauma emocional o reducir la frecuencia de las recaídas asociadas al estrés.

¿Cómo hay que escoger a un terapeuta EMDR?

En este apartado explicaremos cómo Francine Shapiro propone responder a esta pregunta. Según Shapiro, las ocho fases del protocolo EMDR tienen la finalidad de asegurarse de que las emociones, los pensamientos y las reacciones corporales del paciente evolucionan de una manera sana y satisfactoria. Hay infinitos procedimientos para desarrollar cada fase y muchos protocolos especializados para abordar diferentes problemas.

Formación

Es muy importante que el terapeuta EMDR que escojas utilice procedimientos de reprocesamiento que hayan sido probados y aprobados por la comunidad de investigadores científicos. Así pues, debes asegurarte de que tu terapeuta ha seguido la formación recomendada por la asociación profesional EMDR de tu país y que ha sido acreditado como es debido. En el anexo de esta obra encontrarás las páginas web españolas con las listas de profesionales actualizadas.

Solo un terapeuta acreditado por una asociación oficial de EMDR puede llevar a cabo la terapia EMDR.Tómate tu tiempo para hacerle las preguntas que necesites a tu futuro terapeuta y no tengas miedo de pedirle la titulación, ya que algunos especialistas pueden estar cursando todavía la formación. Aun así, no es raro que un supuesto terapeuta no tenga ni la mitad del programa de cursos oficiales de la formación en EMDR. Así pues, asegúrate de que tu terapeuta tenga la totalidad de la formación (seis jornadas y 20 horas de supervisión como mínimo), que ha recibido su acreditación y que está al corriente de los últimos avances en EMDR.

Es sorprendente, pero un gran número de terapeutas está convencido, y de buena fe, de que tienen suficientes conocimientos, aunque no hayan seguido las normas oficiales al cursar su formación. En Francia, por ejemplo, la acreditación es válida durante un período de cinco años, y solo se prorroga si el terapeuta ha seguido una formación continua y adecuada para estar siempre al día de los conocimientos.

Otros factores

Como en otros tipos de terapia, además de la formación continua y obligatoria, puede ser útil sospesar otros factores. Para conseguir que un tratamiento sea exitoso, tiene que haber buena química entre el método, el paciente y el terapeuta. Asegúrate de que tu terapeuta puede ayudarte desde sus propios valores y encarando el problema que te afecta de frente. Debes sentir que todo *fluye* entre vosotros y que te sientes cómodo para confiar en él.

No lo dudes, entrevístate con tantos terapeutas como consideres necesario para encontrar al adecuado en el que puedas confiar. A continuación, te damos algunas ideas de lo que le podrías preguntar:

- ¿Ha terminado los estudios acreditados por la asociación nacional de EMDR? ¿En qué año recibió la acreditación?
- ¿Se ha mantenido al corriente de los nuevos protocolos y de los últimos avances en EMDR?
- ¿Utiliza las ocho fases tal como se enseñan en los estudios científicamente probados?
- ¿Cuántos pacientes con un problema parecido al mío ha tratado con éxito?

Capítulo 9

¿Y la investigación?

Índice de contenidos

- Una experiencia
- Cinco artículos recientes
- Conclusión

Hay muchos protocolos de investigación en curso en varios países.A modo de ejemplo, a continuación te explicamos una experiencia edificante y te resumimos algunas publicaciones recientes.

Una experiencia

¿Realmente los movimientos oculares son eficaces para reprocesar los recuerdos perturbadores? La experiencia, que te contamos a continuación ocurrió en 2007 en la Universidad de Perth, en el centro de Australia.

Christopher W. Lee, psicólogo clínico y formador en EMDR, y sus colaboradores convocaron a 48 estudiantes de una edad media de veintitrés años. Los terapeutas les pidieron que pensaran en un recuerdo personal perturbador.

Dividieron el grupo en dos: unos recibirían un tratamiento EMDR con movimientos oculares, y los demás, sin movimientos oculares (sus ojos permanecerían inmóviles). A su vez, estos dos grupos se dividió en dos subgrupos, y cada uno tuvo que aplicar una de las dos consignas siguientes:

- Tratar de revivir el trauma al máximo (como en un tratamiento tradicional de exposición), recordando las imágenes, los sonidos, los olores, las reacciones físicas, las emociones experimentadas en el momento del trauma...
- Evocar el trauma pero de una manera distante, limitándose a *repasar la escena* como un simple espectador.

El objetivo de este experimento fue el de comprobar los efectos del barrido ocular y de las consignas de distanciamiento sobre la reacción emocional inmediatamente después de la prueba y una semana más tarde.

Resultados probados

Los datos evidenciaron que la consigna terapéutica no había tenido efectos en los resultados. El grupo que se había sometido a los movimientos oculares estaba más aliviado que el que había mantenido los ojos inmóviles, pero la consigna de distanciación que habían aplicado no había afectado los resultados.

Mientras que los estudios sobre las técnicas tradicionales de exposición destacan el papel central del hecho de revivir el incidente en la mejora observada gracias al tratamiento, parece ser que en el caso de la terapia EMDR la mejora no está relacionada con el hecho de revivir el incidente.[4] La mejora más espectacular, sobre todo, se pudo observar en los pacientes que daban una respuesta de distanciamiento, como si vieran la escena desde el punto de vista de un observador:así pues, era del todo inútil forzarse a revivir el recuerdo traumático.

Dos mecanismos

Este distanciamiento puede surgir de dos mecanismos:

- Consignas terapéuticas específicas: «Imagínate que estás en un tren y ves cómo avanza el paisaje. Fíjate simplemente en el paisaje, no te esfuerces en agarrarte a él o en darle un sentido». Lo que hay que destacar es la orden «deja que venga lo que tenga que venir y simplemente obsérvalo». Se ha llevado a cabo una observación plenamente consciente de la experiencia traumática.[5]
- Consecuencias de los propios movimientos oculares, por el intermediario de mecanismos complejos cuyo mecanismo no se ha elucidado completamente, pero cuyas consecuencias se observan a nivel cerebral.

De todos modos, se ha demostrado empíricamente que los movimientos oculares favorecen el distanciamiento, a diferencia de una acción terapéutica que mantiene los ojos inmóviles y no usa estímulos táctiles.

Medidas fisiológicas

En 2004 A. L. Barrowcliff comparó dos grupos, uno sometido a movimientos oculares y el otro no, utilizando medidas fisiológicas de activación: en los grupos sometidos a barridos oculares se pudo observar una disminución más notable de la activación fisiológica y de la claridad del recuerdo que en el grupo que mantuvo los ojos inmóviles.

Una semana más tarde, el análisis mostró que los mejores resultados los había obtenido

el grupo sometido a movimientos oculares asociados a una consigna de distanciamiento. Estos resultados coinciden con otros datos concluyentes que demuestran que el mecanismo de cambio empleado en el EMDR no es el mismo que el de la técnica tradicional de exposición.

Cinco artículos recientes

Comparación con la terapia cognitivo-conductual

«Comparación entre la terapia cognitivo-conductual y el EMDR en casos de trastorno por estrés postraumático. ¿Cómo hay que hacer los ejercicios en casa?», de la *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*,2012, volumen 62, n.° 4, pp. 253-260 (Universidad de Murdoch,Australia Occidental, 22 de agosto de 2012).

El objetivo de este **metaanálisis*** es determinar si la eficacia de los dos métodos es diferente en cuanto al tratamiento del TEPT.

Se seleccionaron ocho estudios de entre 227 que revelaron que el resultado derivado de la utilización de los dos métodos es equivalente para tratar casos de TEPT, pero se pudo demostrar que el EMDR es más eficaz en los casos en los que hay una depresión asociada al TEPT. La relación coste-efectividad es más favorable en el caso del EMDR, ya que exige pocos ejercicios, o ninguno, entre sesiones.

Electroencefalograma

«Exploración con electroencefalograma del tratamiento del trastorno por estrés postraumático mediante EMDR», *Plos One*, septiembre de 2012, volumen 7, n.° 9, Instituto de Ciencias Cognitivas y Tecnológicas de Roma.

Este estudio italiano permitió, gracias al electroencefalograma, demostrar que, durante el protocolo de la terapia EMDR, una parte específica del cerebro se activa. Los resultados probaron que, tras una terapia EMDR exitosa, los hechos traumáticos quedan reprocesados a nivel cognitivo.

Las comparaciones con el grupo de control confirman que las zonas límbicas se activan al máximo antes del reprocesamiento del trauma. Estos cambios coinciden significativamente con los resultados de las pruebas psicológicas.

Terapia breve

«Comparación de la eficacia de la terapia breve y el EMDR sobre el TEPT», Mirjam J. Nidjam en el *BRitich Journal of Psychiatry*, n.º 9, febrero de 2012.

Este estudio compara la terapia cognitivo-conductual (TCC), en su vertiente de terapia breve, con el EMDR. Para ello, 140 pacientes afectados por TEPT fueron divididos en dos grupos al azar. Unos se beneficiaron de la terapia breve y otros de la terapia EMDR.

Los resultados mostraron que los dos tratamientos son eficaces, pero que la terapia EMDR ayuda a desaparecer los síntomas del TEPT más rápidamente, mientras que la mejora derivada de la terapia breve fue más progresiva.

Reprocesamiento de los recuerdos emocionales

«Metaanálisis sobre la contribución de los movimientos oculares en el reprocesamiento de los recuerdos emocionales», Christopher W. Lee, en el *Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, junio de 2013, pp. 231-239.

Este artículo es un amplio análisis de los artículos publicados por científicos de todo el mundo. En él se dan a conocer los siguientes datos:

- Los estudios precedentes, que habían llegado a la conclusión de que los movimientos oculares en EMDR eran ineficaces, incurrieron en muchos errores de metodología.
- Los síntomas mejoran de una manera más clara con los movimientos oculares que sin.
- El reprocesamiento de los recuerdos emocionales funciona tan bien en un contexto terapéutico como en un laboratorio.
- El efecto de los movimientos oculares es tan importante como que la alianza terapéutica sea sólida. Esto se consigue asistiendo asiduamente a las sesiones y confiando en la terapia.

Pacientes psicóticos

«Un estudio piloto sobre la terapia EMDR de los traumas en pacientes psicóticos», David P. G. Van de Berg (Países Bajos), en el *Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2012, volumen 43.

Estudios precedentes habían demostrado que el trastorno por estrés postraumático (TEPT) podía ser tratado con efectividad en casos de pacientes afectados por un trastorno psicótico. Sin embargo, para ello se utilizaba un protocolo adaptado y

cuidadoso que favorecía duraderas técnicas de estabilización, lo que prolongaba bastante el tratamiento.

Este estudio holandés trabajó con 27 pacientes psicóticos afectados por un TEPT, a quienes sometieron a seis sesiones de EMDR. Al principio y al final del tratamiento, se comprobó la intensidad de los síntomas psicóticos y de los del TEPT. De los 22 pacientes que completaron la experiencia, 17 ya no presentaban síntomas de TEPT. También se pudo observar una disminución de las alucinaciones auditivas, de los delirios, de la ansiedad ocasionada por la depresión y un aumento de la autoestima.

Las ideas paranoicas y el sentimiento de desesperación no se vieron afectados por la terapia EMDR. En ninguno de los individuos se observó ni la exacerbación de los síntomas ni un hecho indeseable (tentativa de suicidio, autolesiones, agresividad o ingresos en el hospital).

Los autores del estudio llegaron a la conclusión de que una terapia EMDR corta es eficaz y segura para el tratamiento del TEPT en individuos afectados por trastornos psicóticos. Además, no fue necesario adaptar el protocolo ni retardar el tratamiento con técnicas de estabilización sistemática.

En conclusión

Traumas

Al producirse una situación alarmante, queda almacenada en el cerebro junto a las imágenes, ruidos, pensamientos y sentimientos que la acompañan en el momento en el que ocurre.

Cuando una persona sufre un trauma, parece que su cerebro no puede procesar el hecho como lo haría normalmente. Por consiguiente, los pensamientos y los sentimientos negativos del hecho traumático quedan *encarcelados* en el sistema nervioso.

Dado que el cerebro no puede procesar estas emociones, a menudo la situación y/o los sentimientos que la acompañan acaban siendo suprimidos de la conciencia. Sin embargo, en el sistema nervioso continúa manifestándose la angustia, que causa perturbaciones en el funcionamiento emocional del afectado.

La terapia EMDR

La terapia EMDR actúa sobre dos elementos muy importantes. En primer lugar, desbloquea los recuerdos y las emociones negativas almacenados en el sistema nervioso;

a continuación, ayuda al cerebro a reprocesar la experiencia (en el sentido informático del procesamiento de la información) para que la pueda digerir.

El terapeuta trabaja poco a poco con el paciente y le guía gradualmente para llegar a visualizar de nuevo el incidente traumático. Cuando el paciente ha evocado el recuerdo, revive la experiencia con sus sensaciones y emociones, pero de una nueva manera.

La terapia EMDR ayuda a comprenderse a uno mismo y a saber elegir sus acciones en lugar de sumergirnos en sentimientos de impotencia. El proceso puede ser complejo si hay muchas experiencias relacionadas con las emociones negativas. Las sesiones de terapia EMDR acabarán cuando los recuerdos y las emociones traumáticos hayan sido desensibilizados.

Una terapia de pleno derecho

Aunque a veces se considera que el EMDR es una simple técnica para otros enfoques terapéuticos, la terapia EMDR constituye una terapia en sí misma. Esta terapia se fundamenta en el PAI (proceso adaptativo de la información), que permite reprocesar las consecuencias psíquicas de los traumas con una rapidez a la cual no nos han acostumbrado las prácticas psicoterapéuticas clásicas.

Del EMD al EMDR

El EMD se centra originalmente en las consecuencias del trauma diana y en sosegar las perturbaciones emocionales y físicas. La desensibilización del nivel de ansiedad y el aumento de la autoestima eran consecuencias del EMD que permanecían con el paso del tiempo.

Al descubrir este posible reprocesamiento, el EMD se convirtió en el EMDR, cuyos efectos se podían aplicar a otras situaciones además de al recuerdo diana. Ya no solo se podía cicatrizar el pasado, sino que se podían aprender lecciones de vida para el futuro.

Un giro decisivo

La terapia EMDR supone un giro decisivo para la evolución de la psiquiatría y de la psicología clínica. El introductor de la terapia EMDR en Francia fue el doctor David Servan-Schreiber. También le debemos que desarrollara un punto de vista integrativo sobre este enfoque terapéutico.

La muerte prematura del científico en 2011, fue una pérdida muy dolorosa, tanto para sus amigos como para la investigación y la difusión del EMDR, a las que dedicó toda su

vida.

Siempre insistió en una serie de valores que actualmente se desarrollan en el campo de la medicina y que no contradicen las consideraciones técnicas u orgánicas. Estos valores se construyen sobre lo que podríamos llamar una *medicina humanista*, basada en una nueva relación entre el paciente y el terapeuta.

Asociaciones mentales

Es cierto que los primeros aspectos que uno descubre del protocolo del EMDR pueden parecerse a algunos métodos conocidos, como la utilización de la exposición imaginaria o el apoyo cognitivo, pero las series de estímulos bilaterales inician un proceso cuyas consecuencias se han podido demostrar gracias a las técnicas de imagen médica (IRM, PET...).

El paciente no entra en un *trance hipnótico*, sino que continúa expresándose como siempre. Si las asociaciones mentales toman como punto de partida un hecho concreto, rápidamente se abren hacia otros pensamientos sobre uno mismo o sobre el mundo en general otras imágenes que pueden parecer incongruentes y que el cerebro *convoca*, de alguna manera, para avanzar en el proceso de reprocesamiento. Mientras se producen estas asociaciones de ideas, imágenes, afectos y sensaciones, el estado emocional cambia rápidamente.

Una medicina humanista

Así pues, la terapia EMDR inscribe su acción en el seno de muchos valores humanistas.

El paciente, el centro del proceso

El paciente se encuentra en el centro del proceso de curación, tiene una posición prioritaria de autoobservación y se concentra en su experiencia interior de un modo parecido al que la meditación recomienda tenerse presente a uno mismo. El terapeuta no juzga las asociaciones que realiza el paciente, y se abstiene de hacer interpretaciones o reestructuraciones de los hechos, aunque podría tener tentaciones de hacerlo. Para el terapeuta solo cuenta la necesidad de favorecer la autocuración, potencialmente en desarrollo y manifestada mediante las reconexiones adecuadas de los circuitos neurológicos. Más que atreverse a aportar interpretaciones exteriores, el terapeuta trabaja para favorecer y fortalecer la búsqueda en sí mismo del paciente.

El sentido de los recuerdos dolorosos y los recursos para hacerles frente son, evidentemente, únicos y personales. Por eso mismo no se pueden estandarizar los

consejos o nombrar inesperadamente una serie de interpretaciones.

Historia personal

Todos estamos hechos de nuestra historia. Para la terapia EMDR, el sufrimiento del paciente es la consecuencia de unas experiencias sucesivas que han provocado unas crisis poco o mal gestionadas. Para que el tratamiento pueda llevarse a cabo, es necesario que el paciente localice esta sucesión de experiencias y las sepa dilucidar. En efecto, a partir de estas secuencias aparecen los síntomas, basados en creencias negativas sobre uno mismo vividas como si fueran verdades que uno tiene que confirmar a diario. Aunque estos pensamientos limitadores quizá eran apropiados en el momento del hecho traumático, la terapia se propone transformarlos en concepciones adaptativas en el presente del paciente. Si el individuo sufre los síntomas de estos pensamientos, no es tanto a causa de sus limitaciones personales, sino más bien porque su territorio ha sido modificado con experiencias del pasado.

La terapia EMDR siempre empieza por la identificación, el análisis y la concienciación de la historia del paciente: el simple hecho de escuchar con respeto el relato de su vida ya puede constituir una acción terapéutica decisiva.

Autocuración

Todos tenemos una capacidad de autocuración que nos es propia.

El cerebro se compone de un sistema adaptativo del procesamiento de la información que, a partir del momento en el que se activa, transforma las cogniciones negativas y los recuerdos cargados de emociones en cogniciones positivas y afectos neutros. Este sistema de curación psíquica se parece a los procesos psíquicos de reparación y protección: sistema inmunitario, cicatrización de tejidos, coagulación de la sangre para evitar hemorragias...

El cuerpo también tiene un papel importante

En cuanto al tratamiento del sufrimiento psíquico, la terapia EMDR considera que es primordial la manera en la que el psiquismo puede entrar en consonancia con el cuerpo, sus incomodidades, sus dolores, sus crispaciones, sus bloqueos... Estas sensaciones físicas, relacionadas con los recuerdos traumáticos, son tan importantes como las otras para ser utilizadas en los estímulos bilaterales alternados. Tratar de una manera eficaz el dolor psíquico pasa por tener en cuenta cómo se asocian las sensaciones físicas con los pensamientos, las imágenes y las emociones.[6]

El papel decisivo del paciente

Tal y como escribieron Bob y Mary Goulding en *The power is in the patient* (véase bibliografía) en 1978, el paciente es quien tiene el poder, más que el terapeuta y sus intervenciones. El paciente desempeña un papel decisivo en el desarrollo del proceso terapéutico. Entre sesiones, puede practicar ejercicios de visualización, relajación, respiración... El terapeuta le animará a observarse a sí mismo y a llevar un seguimiento de lo que ha descubierto en la última sesión mediante un diario. A partir de la postura mental que el paciente adopte gracias a sus conocimientos y competencias actuales, las conexiones neuronales pueden llegar a curarse.

El paciente puede describirle al terapeuta sus experiencias, pero no es un paso obligatorio para andar hacia la curación. También puede acortar y hasta detener una serie de estímulos bilaterales alternados si se siente demasiado incómodo.

Aspectos positivos de la personalidad

Más que centrarse en el sufrimiento y la patología, la terapia EMDR potencia los aspectos positivos de la personalidad. La evocación de un recuerdo triste siempre se conectará con un pensamiento tranquilizador y positivo. Sin duda estas asociaciones serán potenciadas cuando aparezcan durante la sesión para que el paciente pueda sentirlas como propias no solo en su mente, sino en el fondo de su fuero interno.

Reforzar los recursos que ya tenemos y aportar un punto de vista positivo sobre uno mismo y sobre el mundo forma parte del proyecto terapéutico del EMDR, lo que es exportable para optimizar el rendimiento de deportistas, estudiantes y de todos aquellos que quieran aprovechar al máximo su potencial.

Convicciones espirituales

La apertura a las convicciones espirituales de los pacientes es un elemento importante para centrarse en el paciente. Igual que cualquier asociación que pueda surgir durante una sesión, el vínculo con una dimensión espiritual de la existencia puede reforzarse y ser utilizado en el proceso de curación. Eso sí, independientemente de las creencias personales del terapeuta.

Es lógico que las conexiones se establezcan con el sentido que el paciente da a su vida y a las adversidades por las que está atravesando o ha atravesado. Por ejemplo, puede darse el caso de que el paciente siente una fuerza que le sobrepasa y le protege, una salida hacia el perdón o la reconciliación, una relectura fecunda que le da un nuevo sentido a su existencia...

Imagen mental

Integrando la física y la psicología, la terapia EMDR propone utilizar la imagen mental para mejorar la descripción del sufrimiento. En efecto, aunque las tentativas de descripción verbal de lo que sentimos son muy precisas, nada puede compararse con el acercamiento intuitivo, que permite tener más intimidad con la experiencia emocional.

El terapeuta ayuda al paciente a identificar, con sus propias palabras y de un modo conciso, cómo se desvaloriza a sí mismo y se limita para que pueda encontrar los recursos de los que dispone actualmente.

La terapia EMDR ayuda a descubrir y a demostrar que podemos sentir a causa de nuestros pensamientos tanto como pensar a causa de nuestras emociones. En este sentido, uno puede sentir en su cuerpo las sensaciones asociadas a los pensamientos y emociones, y a la inversa, pensar o sentir alguna cosa en el momento en el que notamos una sensación física. El tejido de pensamientos, imágenes, emociones y sensaciones nos guía hasta el recuerdo crítico y nos permite reprocesarlo.

El paciente ha recuperado el poder, sin una satisfacción todopoderosa, pero con la humildad de alguien que conoce sus límites y sus puntos fuertes. Puede enfrentarse al futuro y prepararse para él apoyándose en una anatomía que ha recuperado.

El futuro

Los psicoterapeutas cualificados pueden aprender de manera relativamente fácil la terapia EMDR. Las bases del tratamiento se pueden adquirir en unas cincuenta horas entre cursos teóricos, práctica y supervisión.

Esta terapia, cuyos protocolos sintetizan muchos elementos que forman parte de la medicina humanista centrada en el individuo, es el objeto de un número creciente de estudios controlados que pretenden probar la eficacia del EMDR en el marco de la medicina basada en la evidencia *(evidence based medicine)*.

Sin duda, en los próximos años se podrá aclarar por completo el mecanismo interno a nivel cerebral que comporta la terapia. Además, se darán a conocer aplicaciones válidas para otras indicaciones además del estrés postraumático.

Esta terapia experimentará un impulso asegurado del que se beneficiarán innumerables pacientes.

4. Lee, Taylor y Drummond, *The active ingredient in EMDR: is it in traditional exposure or dual focus in attention?* Clinical Psycology & Psycotherapy, 13, 97-107, 2006.

5. Es un enfoque parecido al de la *plena conciencia* del *mindfulness*.

6. Esta asociación también funciona en el otro sentido, el del psiquismo con el cuerpo. En 2008, M. Russel explicó en la revista *Clinical Cases Studies* (vol. 7, n.º 136, p. 153) cómo utilizó el EMDR durante dos años para tranquilizar a 725 soldados que habían sobrevivido a amputaciones y que presentaban el síndrome del miembro fantasma. Un tratamiento de cuatro sesiones de EMDR consiguió suprimir el dolor y disminuir las señales de estrés postraumático.

Glosario

Área de Broca

Zona del cerebro humano responsable del tratamiento del lenguaje. Está situada en la parte inferior de la tercera circunvalación del hemisferio dominante del córtex cerebral y se ocupa de la producción de palabras habladas, mientras que la comprensión de estas palabras depende de otra zona: el área de Wernicke. En caso de trauma, el área de Broca puede desactivarse momentáneamente:nos quedamos sin palabras.

Biofeedback

Técnica gracias a la cual utilizamos informaciones relativas a una función normalmente inconsciente del cuerpo para adquirir un control consciente y voluntario.

Un *feedback* es una información que regresa o un regreso de información. Así pues, el *biofeedback* es un *feedback* biológico aplicado a todo aquello que tiene vida. Es un regreso de información del organismo, del cuerpo.

Cognición negativa

Es la formulación que nos viene a la mente como respuesta a la pregunta siguiente: «Cuando piensas en el recuerdo traumático,¿qué palabras negativas sobre ti te vienen a la mente y continúan resonando en tu interior ahora?».

Es una creencia, una convicción profunda que indica que la persona está realmente encerrada en un sistema de pensamiento estrecho, rígido y cerrado, en el que nunca nada se cuestiona ni parece que pueda evolucionar. También es una convicción irracional, pero puede llegar a convertirse en una predicción que se hace realidad (hipótesis autovalidante de Watzlawick), una realidad que hemos creado a base de repetirla, como un método de Coué pero al revés.

La cognición negativa es una especie de verbalización de la emoción almacenada, como un resumen del significado del recuerdo. En la cognición negativa, el individuo

se expresa en primera persona: «me han abandonado», «es mi culpa»...

Los cuatro temas que constituyen una cognición negativa son: responsabilidad, seguridad, control y autoestima. La cognición negativa debe estar centrada concretamente en la problemática del individuo. De este modo, gracias a la terapia, la formulación «no valgo nada», que es demasiado vaga, se expresará de otro modo, como, por ejemplo, «soy incapaz de encontrar mi lugar».

Cognición positiva

Es la formulación positiva simétrica a la cognición negativa y que responde a la pregunta: «Si piensas en la imagen del trauma, en vez de pensar ... [insertamos en este punto la cognición negativa],¿qué quisieras pensar de ti mismo?».

La cognición positiva debe corresponder exactamente a la negativa. A la cognición negativa «voy a morir» le corresponden las cogniciones positivas siguientes: «voy a salir de esta», «no estoy muerto y estoy a salvo».

Córtex asociativo

Es la parte del córtex cerebral que se encuentra en los lóbulos frontales, los temporales y los parietales, y que interviene de manera privilegiada en las funciones del orden cognitivo (relativo al conocimiento y al pensamiento). El córtex forma parte de la materia llamada *gris* (contiene el conjunto de neuronas y, al cortarla, se ve gris)que envuelve el cerebro como si fuera una corteza. Se encuentra justo debajo de la cavidad del cráneo y está llena de surcos que delimitan las circunvoluciones cerebrales. Las diferentes partes del córtex se ocupan tanto de descifrar las señales provenientes de los receptores sensoriales como de ejecutar los movimientos.

Desensibilización

Es la fase 4 del protocolo estándar del EMDR y se centra en el surgimiento de emociones y sensaciones perturbadoras que siente el paciente cuando piensa en el hecho traumático.

La desensibilización, que se practica por medio de estímulos bilaterales alternados (EBA), permite reprocesar el recuerdo hasta que se encuentra una solución adecuada o un punto de vista tranquilizador sobre la situación. Si el recuerdo diana vuelve a su sitio, decimos que la red de memoria ha sido reorganizada. La escala SUDS acaba siendo 0 al final de esta fase.

Disociación

Mala integración, e incluso desaparición, de un vínculo pertinente entre varias partes de la personalidad. Este término también designa un distanciamiento con la realidad interna (las experiencias personales) o la realidad externa (la conciencia de que hay unos estímulos exteriores). Aunque a veces es banal y muy poco severa, la disociación puede traducirse en una desorganización psíquica si es intensa, frecuente y afecta tanto a la estructura de la personalidad como a su funcionamiento.

La terapia EMDR, que actúa gracias a una división temporal del funcionamiento cerebral (abordar ahora lo que pasó en otro momento o en otro lugar), debe ser especialmente cauta en los casos de disociación, que no siempre son fáciles de diagnosticar. Los terapeutas EMDR certificados han recibido la formación adecuada para llevar a cabo la terapia en un contexto como este.

EBA

Estas siglas corresponden a estímulos bilaterales alternados, la principal técnica utilizada en EMDR para reprocesar los recuerdos traumáticos e instalar recursos en el paciente.

Históricamente, los EBA eran mayoritariamente visuales, y se llevaban a cabo mediante movimientos laterales de los ojos de los pacientes, quienes seguían los dedos del terapeuta o una varita. Estos movimientos alternativos oculares imitan los movimientos que se producen durante las fases del sueño paradójico (REM) y provocan un reflejo de orientación.

Más adelante, se descubrió que los EBA también podían ser eficaces si se llevaban a cabo con estímulos auditivos (un sonido breve en una oreja y luego en la otra) y táctiles. En este último caso, llamado *tapping*, el terapeuta golpea suavemente las rodillas del paciente, alternando la derecha y la izquierda. El paciente también puede practicar esta técnica por sí mismo golpeándose alternativamente y con delicadeza los muslos con la mano plana, o los hombros (la mano derecha en el hombro izquierdo y viceversa: la técnica de la mariposa).

También podríamos pensar que salir a caminar o a correr puede provocar verdaderos EBA por el contacto alternativo de los pies contra el suelo.

Escáner corporal

Experiencia de visualización mental destinada a completar el reprocesamiento de las consecuencias traumáticas o dolorosas relacionadas con la situación de la que se ha hablado en la sesión.

El terapeuta pide al paciente que se concentre en el trauma diana y que repita mentalmente las palabras de la cognición positiva. A continuación, el paciente tiene que fijarse mentalmente en todo su cuerpo bajando suavemente desde la raíz del cabello hasta los dedos de los pies. Mientras, debe fijarse si nota alguna sensación dolorosa o desagradable en el cuerpo.

El reprocesamiento se ha completado cuando el paciente ya no nota sensaciones negativas en el escáner corporal.

Exposición

Técnica procedente de los estudios de psicología experimental que se utiliza en terapia conductual y que consiste en introducir al paciente, de una manera real o imaginaria, en la situación que lo ha traumatizado. Se basa en un mecanismo de habituación que lleva al paciente a experimentar una disminución de la angustia de otro modo diferente al de la evitación.

Esta exposición a distancia será progresiva y se desarrollará con asesoramiento con el fin de desdramatizar. La expresión emocional, la posibilidad de decir con palabras lo que sentimos y pensamos o el asesoramiento del terapeuta son algunos de los elementos que nos permiten tomar la distancia necesaria respecto al hecho traumático para tranquilizarnos y pasar página.

En la terapia EMDR, hay una parte de exposición cuando el terapeuta repasa con el paciente la historia de su situación traumática. La diferencia con las terapias conductuales es la rapidez del reprocesamiento de las perturbaciones, que se produce gracias al procesamiento adaptativo de la información (PAI), y la consigna que tiene el paciente de mantenerse a cierta distancia de sus propias reacciones, de ser observador.

Instalación

Es la fase 5 del protocolo estándar en EMDR y tiene por objetivo aumentar las conexiones entre redes positivas del pensamiento. La instalación permite que los efectos de la cognición positiva se extiendan a todo el conjunto de recuerdos asociados. Esta fase consiste en vincular la situación inicial a la cognición positiva utilizando los EBA. La escala VoC está a 7 al final de esta fase.

Lugar seguro

Técnica de visualización positiva que tiene por objetivo adentrar al paciente en un estado de tranquilidad y relajación. Esto se consigue concentrándose en un lugar real

o imaginario, en el cual el paciente se siente a salvo y tranquilo. El terapeuta le invitará a explorar en su imaginación y a encontrar todos los estímulos sensoriales relacionados con el lugar seguro (ruidos, olores, imágenes, contacto...), y el paciente podrá hasta ponerle un nombre simbólico (árbol, claro, playa, calma, burbuja...). La evocación mental de esta palabra o de esta imagen desembocará, una vez instalada, en el estado de paz deseado.

La técnica del lugar seguro puede utilizarse en medio de una sesión de EMDR si se produce una perturbación emocional demasiado fuerte. Así pues, la instalación de un lugar seguro es una precaución necesaria en cualquier tratamiento de EMDR.

Mariposa

Técnica de autoestimulación bilateral alternada mediante golpecitos (véase también la entrada EBA). El paciente debe poner la mano derecha en el hombro izquierdo y la mano izquierda en el hombro derecho. A continuación, tiene que dar golpecitos con los dedos a un ritmo constante, alternativa y no simultáneamente, y en secuencias de entre 20 y 30 segundos. En ese momento, debe ceñirse a observar lo que pasa en su interior. En general, este proceso produce un alivio emocional importante.

Metaanálisis

Estudio bibliográfico que hace un inventario del conjunto de artículos científicos sobre un tema en concreto. Así pues, se trata de un enfoque muy completo que valida un nivel más elevado de prueba que un solo artículo.

PAI

El sistema del procesamiento adaptativo de la información es una aptitud del cerebro humano que se comporta como los otros sistemas del cuerpo: sistema emocional, inmunitario, reproductor, locomotor...

Este sistema está orientado a la curación y hace evolucionar la percepción de la perturbación hacia una resolución de síntomas para crear recuerdos y de redes de memoria adaptadas.

Cuando el PAI se ha visto anegado, la perturbación (vista, oída, sentida...) impide que la información se asimile correctamente y quede almacenada del mismo modo en el que fue percibida, es decir, de una manera disfuncional. El reprocesamiento del motivo de la perturbación no solo provoca la extinción de los síntomas, sino que, además, se vuelven a consolidar las redes de memoria, con lo que mejora la actitud global del individuo ante problemas parecidos.

Placebo

Sustancia sin eficacia farmacológica, pero que posee una cierta eficacia de origen psicológico, ya que el paciente está convencido de que recibe un tratamiento activo.

Por extensión, el efecto placebo no solo se aplica en los medicamentos, sino en cualquier técnica terapéutica.

Plan de tratamiento

Proceso por el que se determina el orden en el que van a reprocesarse los recuerdos diana traumáticos basándose en la intensidad de los síntomas, los pensamientos, las emociones, las sensaciones físicas y las cogniciones negativas. El terapeuta escogerá si hay que reprocesar estos recuerdos en orden cronológico o inversamente cronológico, o empezando por el más traumático o el más antiguo (el recuerdo fuente).

Un plan terapéutico completo afectará a las experiencias del pasado, pero también a los detonantes actuales y no se olvidará de instalar los posibles escenarios de futuro (cómo afrontar el futuro en una situación parecida).

REM

Estas siglas corresponden a *rapid eyes movement*, es decir, los movimientos rápidos de los ojos, que oscilan de derecha a izquierda, tras los párpados cerrados de cualquier persona durante la fase del sueño paradójico. Durante esta fase tienen lugar los sueños, y es que los trazados del encefalograma presentan un aspecto muy parecido al que tienen durante el estado de vigilia. No hay certezas científicas que hablen de las consecuencias de estos movimientos, pero es muy probable que produzcan un reprocesamiento espontáneo de los hechos ocurridos durante el día. Los estímulos visuales bilaterales alternados usados en EMDR retoman de manera consciente y en estado de vigilia los movimientos oculares espontáneos que hacemos cuando dormimos.

Reprocesamiento

Este proceso representa la letra erre de las siglas EMDR. Este fenómeno se basa en un funcionamiento neurológico que conecta las diferentes partes del cerebro (reptiliano, límbico, córtex...) para adentrarnos en la realidad de una manera más adaptada. Con este proceso, no solo se conseguirá cicatrizar las heridas psicológicas (desensibilización), sino que el paciente adoptará un nuevo punto de vista de la situación traumática. Esta nueva manera de asimilar el recuerdo propicia una

reorganización psíquica que permite aprender del trauma y enriquecer nuestra experiencia.

Sistema límbico

El sistema límbico es un conjunto de estructuras situadas en la base del cerebro que tienen un papel decisivo en la conducta, pero también en la memoria y las emociones: miedo, ira, agresividad, placer...

El hipocampo se ocupa de la formación de la memoria a largo plazo. La amígdala cerebral (no hay que confundirla con las amígdalas de la garganta) tiene un papel decisivo en la agresividad y el miedo.

El fórnix, la circunvalación circular y el hipotálamo participan de la misma manera en la gestión de emociones y conductas.

SUDS

Siglas de *subjectiv units of distress (o disturbance)*, es decir, unidades subjetivas de sufrimiento. Es una escala utilizada para medir el nivel de perturbación asociada al recuerdo. En esta escala, 0 significa perturbación y una neutralidad emocional, y 10 indica la perturbación más fuerte que el paciente pueda imaginar. Se basa en interrogar al paciente sobre su impresión subjetiva, sin cuestionar si la cifra que indica es objetivamente verdadera: en este momento, lo único que cuenta es lo que siente el paciente. En el protocolo EMDR, al terminar la desensibilización, la escala SUDS está en 0.

TEPT (*PTSD*)

Estas siglas corresponden al trastorno por estrés postraumático (en inglés, *post traumatic stress disorder*). Es un trastorno de ansiedad grave que provoca un conjunto de perturbaciones psíquicas, emocionales, conductuales y físicas originadas por una experiencia traumática que sobrepasa las capacidades de afrontarla de una persona. Una misma situación puede ser vivida como un trauma por uno y como una situación normal por otro. En otras palabras: es una reacción normal a un hecho vivido como anormal, como una situación en la que la integridad física y/o psíquica de la persona o de su entorno se ha visto amenazada o directamente ha sido aniquilada (un accidente grave, una muerte violenta, una violación, una agresión, una enfermedad grave, un atentado, una guerra...).

El TEPT se diagnostica cuando el individuo tiene la impresión de estar reviviendo el

trauma, tiene pesadillas y evita las situaciones que le puedan recordar ese hecho. Las personas que sufren TEPT están en un estado de vigilancia permanente y padecen trastornos del sueño. Este trastorno causa un hándicap social y relacional notable.

Es la indicación principal de la terapia EMDR, reconocida por la asociación francesa Haute Autorité de Santé y por la OMS.

Trauma

Herida física o psíquica que surge porque una de las siguientes capacidades que tenemos se ha visto sobrepasada:

- asimilar un hecho;
- dotarlo de sentido;
- aprender la lección que se desprende de él.

Las consecuencias de los traumas permanecen en el tiempo y continúan ocasionando sufrimiento físico y/o psicológico.

El EMDR parte de la base de que el trauma deja sus huellas en las redes de memoria disfuncional, que pueden reprocesarse gracias a los recursos que tenemos en el presente.

Ventana de tolerancia

Límites en los que las perturbaciones emocionales pueden ser aceptadas y controladas. Los terapeutas EMDR comprueban que, en cualquier caso, los pacientes permanecen en su ventana de tolerancia para evitar que las perturbaciones momentáneas que puedan surgir a lo largo del proceso terapéutico no sean peligrosas ni interrumpan el desarrollo de la terapia.

VoC

Validity of cognition, es decir, validez de la cognición. Es una escala subjetiva que analiza si la cognición positiva es válida para el paciente y en qué medida. La escala VoC se lleva a cabo mediante la siguiente pregunta:

«Por favor, piensa en la situación que originó tu trauma. ¿En qué medida sientes como verdaderas estas palabras [en este momento hay que repetir la cognición positiva, por ejemplo: «soy una buena persona», «merezco vivir», «soy inocente», «estoy a salvo»]? Sitúalas en una escala del 1 al 7, en la que 1 significa que crees que

la frase es totalmente falsa, y 7, que es totalmente verdadera. ¿Qué valor les atribuyes?

Al terminar la fase de instalación (la fase 5 del protocolo estándar del EMDR), la escala VoC está a 0.

Acciones internacionales

HAP (Humanitarian Assistance Programs)

HAP es una organización no gubernamental con fines no lucrativos que funciona como una red internacional de terapeutas que se desplazan allí donde sea necesario para aliviar un sufrimiento emocional y prevenir los efectos psicológicos de un trauma o de una situación de violencia.

En 2011, esta organización recibió el Premio Sarah-Haley a la excelencia clínica (Sarah HAley Memorial Award for Clinical Excellence), que otorga la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Postraumático (International Society for Traumatic Stress Studies).

El objetivo de la organización HAP es ayudar a acabar con el ciclo de sufrimiento que destroza vidas y devasta familias.

Formación

El modelo HAP insiste en que los terapeutas locales reciban formación y apoyo profesional para ayudarlos en el proceso. Este modelo, centrado en la formación, tiene muchas ventajas: al aprender a dominar el EMDR, los terapeutas locales adquieren una herramienta eficaz y poderosa para tratar las consecuencias emocionales de los traumas. Los profesionales que forman parte de la comunidad afectada por el trauma colectivo no son reemplazados por otros terapeutas venidos de fuera, sino que constituyen un recurso relevante, y lo que ellos puedan aportar es de mucha importancia.

En la medida en la que las reacciones a un trauma aparecen, a veces, tras cierto tiempo, y en la que los pacientes tratan de salir adelante por sí mismos antes de recurrir a un profesional, la formación de los terapeutas locales nos da seguridad para que podamos acudir a ellos en el momento en el que lo necesitemos. Un tratamiento psicológico eficaz puede alargarse más allá de los parámetros de un trauma único.

HAP propone una formación en EMDR a unos precios lo más bajos posibles para terapeutas que trabajen en servicios públicos o para asociaciones de carácter no

lucrativo.

La red de HAP

Además de la formación, HAP ha creado una red centrada en la recuperación tras un trauma (Trauma Recovery Netework), que pone en contacto los terapeutas de víctimas y salvadores que hayan sufrido catástrofes colectivas: los ataques del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York, el tsunami y las erupciones volcánicas en Asia, los terremotos de Haití, México, Chile, Turquía o China, el huracán Katrina en Luisiana, las inundaciones de América Latina...

Desde 1995 y el atentado de Oklahoma City, una red creciente de voluntarios EMDR-HAP han respondido a las llamadas de todo el mundo. Han ayudado a las comunidades traumatizadas por la guerra y el terror en Palestina e Israel, en Croacia, Bosnia, Irlanda del Norte,Kenia, o debilitadas por las epidemias como Etiopía.

Además, HAP también ha llenado el vacío en términos de salud mental de ciudades y zonas rurales o suburbanas de regiones como las reservas norteamericanas, pero también de Hungría, Polonia,China, África del Sur, Ucrania, México, Nicaragua, El Salvador...

Voluntarios

De media, los voluntarios EMDR-HAP aceptan dedicar una semana al año a practicar la terapia o a formar a aquellos que no puedan pagarlo.

Los recursos de HAP provienen de actividades organizadas, del patrocinio de algunas organizaciones nacionales o internacionales y de la contribución de personas privadas. Así pues, hay que encontrar los fondos necesarios para llevar a los terapeutas allí donde sean necesarios.

Para obtener más información sobre HAP y sobre lo que la asociación ha conseguido hasta ahora: *www.emdrhap.org*

Páginas web

En las páginas web siguientes encontrarás la lista actualizada de los terapeutas acreditados por la asociación profesional de EMDR de tu país.

España: *www.emdr-es.org*

Europa: *www.emdr-europe.org*

Iberoamérica: *www.emdriberoamerica.org*

Bibliografía

Validación científica

«Guidelines for the Psychiatric Treatment of Acute Stress Disorder and Post-traumatic Stress Disorder», Washington, American Psychiatric Association, 2004.

Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., Macculloch, S., Freeman, T. C., Macculloch, M. J., «Horizontal rhythmical eye movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli» en:*British Journal of Clinical Psychology*, vol. 42, n.° 3, pp. 289-302, 2003.

Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., Macculloch, S., Freeman, T. C., Macculloch, M. J., «Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories» en: *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, vol. 15, n° 2, pp. 325-345, 2004.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., Westen, D., «A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD», en:*American Journal of Psychiatry*, vol. 162, pp. 214-227, 2005.

Davidson, P. R., Parker, K. C. H., «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis», en: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 69, pp. 305-316, 2001.

Haour F., Servan-Schreiber D. «Les bases neuroscientifiques de l'EMDR», en: *Neurosciences et Thérapies Comportementales et Cognitives*, J. Cottraux, Masson-Elsevier,2009.

«Psychothérapie: trois approches évaluées», Institut National de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM), París, 2004.

Maxfield, L, Hyer, L. A., «The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD», en *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58, pp. 23-41, 2002.

«Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): The Management of PTSD, en: «*Adults and Children in Primary and Secondary Care*», National Institute for Health and Clinical Excellence, Royaume-Uni, 2005.

Sack, M., Lempa, W., Lamprecht, F., «Study quality and effect-sizes – a-meta-analysis of EMDR-treatment for post-traumatic stress disorder», en: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, vol. 51, n.° 9-10, pp. 350-355, Stuttgart,Thieme Verlag, 2001.

Stickgold, R, «EMDR: A putative neurobiological mechanism», en:*Journal of Clinical Psychology*, vol. 58, pp. 61-75, 2002.

Van Etten M. L., Taylors S., «Comparative Efficacy of Treatments for Post-Traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis», en:*Clinical Psychology & Psychotherapy*, vol. 5, pp. 126-144, 1998.

Obras más generales

Badey-Rodríguez C., *J'ai décidé de bien vieillir*, París, Albin Michel, 2009.

Cottraux J. (dir.), *TCC et neurosciences*, París, Elsevier Masson, 2009.

Fortes S., *En attendant Robert Capa*, París, Héloïse d'Ormesson, 2011.

Goulding B. L., Goulding M., *The Power Is in The Patient*, Trans Pub, 1978.

Hofmann A., *EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome,* Stuttgart, Thieme Verlag, 2004.

Louboff F., *J'aimerais tant tourner la page – Guérir des abus sexuels subis dans l'enfance*, París, Les Arènes, 2008.

Marx C., *Mais où est passée ma libido?*, París, Eyrolles, 2005.

Meignant I., *L'EMDR de Bouba le chien*, Mons, Éditions Meignant, 2008.

O' Brien T., À propos de courage, París, Gallmeister, 2011.

Piffaut A.-M., *L'Acouphène dans tous ses états*, París, L'Harmattan, 2010.

Roques J., *EMDR une révolution thérapeutique*, París, Desclée de Brouwer, col. «La Méridienne», 2004.

Servan-Schreiber D., *Guérir*, París, Robert Laffont, 2003.

Shapiro F., *Getting Past Your Past: Take Control of Your Life With Self-Help Techniques from EMDR Therapy*, Rodale Incorporated, 2013.

Shapiro F., *Manuel d'EMDR, Principes, protocoles, procédures*, París, InterÉditions, 2006.

Shapiro F., Silk Forrest M., *Des yeux pour guérir, EMDR: la thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes*, París, Seuil, coll. « Couleur psy », 2005.

Tarquinio C., Berghmans C., *Comprendre et pratiquer les nouvelles psychothérapies*, París, InterÉditions, 2009.

Van der Hart O., *Le Soi hanté*, De Boeck, París, 2010.

Von Loey C., *Du microtraumatisme à la guérison*, París, Toulouse, Dangles, 2009.

Índice

Título 4
Créditos 5
Referencias 6
Introducción 15
Observaciones científicas 16
Reticencias iniciales 17
Dudas personales 17
Procesar de manera diferente la información que recibe el cerebro 18
Parte 1. Los fundamentos 20
1 . Historia y relación con otros métodos terapéuticos 22
El descubrimiento 23
Un detalle importante 23
Un paralelismo científico: los REM 24
Francine Shapiro 25
Investigación práctica 25
Su compromiso 25
Desarrollo del EMDR 26
Una teoría ampliamente reconocida 26
Aplicaciones y responsabilidades múltiples 27
Relación con los demás métodos terapéuticos 27
El psicoanálisis 28
El análisis transaccional 29
La terapia cognitiva y conductual (TCC) 30
La programación neurolingüística (PNL) 31
La hipnosis 32
La Gestalt y la meditación 33
2 . El trastorno por estrés postraumático 34
Definición 35
Origen 36
Síntomas 36
Diferentes manifestaciones 37
Estrategias de protección 37

El caso de los niños 38
Consecuencias psíquicas 38
Manifestación precoz 38
A largo plazo 39
Tipos de trauma 39
3 . El cerebro y el reprocesamiento de la información 41
Recuerdos y reacciones 42
Automatismos 42
Hay que saber distinguir 42
Hay disfunciones que se pueden corregir 45
Normalmente las causas son invisibles 45
Reprocesar los recuerdos 45
Algunos ejemplos 46
A veces va bien consultarlo con la almohada 46
Disfunción 47
Parte 2. El Emdr, ¿de qué se trata? 50
4. El PAI, el procesamiento adaptativo de la información 52
El accidente 53
Demasiada información 53
Utilidad de la experiencia 54
A diario 54
Circunstancias excepcionales 54
Memoria disfuncional 55
Los tres niveles del cerebro 55
La amígdala cerebral 56
El hipocampo 57
El córtex asociativo 57
Reactivar el procesamiento de la información 57
Autocuración 58
Readaptación 58
Historias ilustrativas 59
El dardo envenenado 59
Las zarzas 60
Un tren parado en la estación 60
El papel del EMDR 60

En resumen 60
El concepto de EMDR 61
5 . Una sesión de Emdr 63
Fase 1: Toma de contacto 64
Fase 2: Preparación y refuerzo positivo 65
Un lugar seguro 65
Un rayo de luz 66
La espiral 66
Respirar de maneras diferentes y... en lugares diferentes 67
Respiración abdominal 67
La coherencia cardíaca 68
Fase 3: Evaluación 68
Búsqueda del recuerdo 68
Las creencias (o cogniciones) negativas 69
Los afectos 71
Las manifestaciones corporales 74
Fase 4: Desensibilización 74
Los estímulos bilaterales alternados (EBA) 75
Fase 5: Instalación 83
Un recuerdo que vuelve a su lugar 83
Cognición positiva integrada 84
Fase 6: Comprobación corporal mediante un escáner corporal 84
Fase 7: Cierre de la sesión 85
Fase 8: Revaluación en la próxima sesión 85
El EMDR según Francine Shapiro 86
Identificar los recuerdos perturbadores 88
6 . Ejemplos de situaciones vividas 91
La historia de Gabriel, un gran reportero 92
Una vida escindida 92
El trauma 93
Descubrimiento del EMDR 95
La historia de Susana, técnica de laboratorio 97
Un complejo físico 98
El procesamiento 98
La historia de Soraya, asistente administrativa 99

Ataques de ansiedad 99
El procesamiento 99
Diferentes pistas 102
La historia de Alan, un trauma intenso y único 102
La agresión 102
El trauma 103
El procesamiento paso a paso 103
Los efectos del procesamiento 104
Traumas complejos: las muñecas rusas de Adrián 105
Los síntomas 105
El trauma 105
El recuerdo 106
Qué ha aportado la terapia 106
La compleja historia de Margot 107
Muchos traumas pequeños 107
El enfoque terapéutico 109
Parte 3. Propuestas e investigación 112
7 . Otras maneras de actuar en el Emdr 114
Con pacientes diferentes 115
El EMDR y los niños 115
El EMDR en grupo 116
En situaciones diferentes 116
CIPOS 116
El EMDR y las fobias 117
El EMDR y el luto 118
8 . Indicaciones y contraindicaciones 120
Innumerables aplicaciones 121
Con niños y adolescentes 122
En casos de abusos sexuales y/o físicos 123
La depresión 124
En secuelas de traumas colectivos (guerras, catástrofes naturales...) 125
En casos de miedo a los aviones 125
En casos de fobia al dentista 126
Con agresores sexuales 127
En disfunciones conyugales y familiares 128

En disfunciones sexuales 129
Contraindicaciones y riesgos 130
¿Cómo hay que escoger a un terapeuta EMDR? 131
Formación 131
Otros factores 132
9 . ¿Y la investigación? 133
Una experiencia 134
Resultados probados 135
Dos mecanismos 135
Medidas fisiológicas 135
Cinco artículos recientes 136
Comparación con la terapia cognitivo-conductual 136
Electroencefalograma 136
Terapia breve 136
Reprocesamiento de los recuerdos emocionales 137
Pacientes psicóticos 137
En conclusión 138
Traumas 138
La terapia EMDR 138
Una terapia de pleno derecho 139
Un giro decisivo 139
Una medicina humanista 140
El papel decisivo del paciente 142
El futuro 143
Glosario 145
Acciones internacionales 155
HAP (Humanitarian Assistance Programs) 156
Formación 156
La red de HAP 157
Voluntarios 157
Páginas web 157
Bibliografía 159
Validación científica 160
Obras más generales 161