

LA DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR MEDIO DE MOVIMIENTOS OCULARES [EMDR] EN EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA EMOCIONAL

Mónica Ventura

Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia)

Resumen

La desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares [EMDR] es una estrategia de intervención psicológica originalmente desarrollada para resolver el trauma emocional. Conjuga exposición en imaginación, reprocesamiento cognitivo y estimulación bilateral originalmente propuesta a partir del movimiento ocular. Su procedimiento está compuesto por ocho fases conducentes a la desensibilización del impacto emocional y el reprocesamiento cognitivo de pensamientos perturbadores desarrollados a partir del trauma. Aunque se cuenta con una cantidad considerable de estudios que sustentan su eficacia, se conoce poco acerca de los mecanismos que subyacentes que la explican. Actualmente hace parte de las estrategias consideradas por la *American Psychological Association* [APA] como eficaces para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático [TEPT] y algunos estudios favorecen su eficacia para el tratamiento de otros trastornos psicológicos.

PALABRAS CLAVE: *EMDR, TEPT, trauma.*

Abstract

Eye Movement Desensitization and Reprocessing [EMDR] was originally developed to treat traumatic memories. This procedure includes imagination exposure, cognitive reprocessing and bilateral stimulation initially decided by considering induced eye movements. The procedure consists of eight phases, looking for desensitization of the emotional impact and cognitive reprocessing of disturbing memories and thoughts developed after trauma. Although there are many studies supporting its effectiveness, very little is known about the underlying mechanisms. EMDR is one of the techniques recognized by the American Psychological Association [APA] as effective for treating posttraumatic stress disorder [PTSD] and some studies have proved its effectiveness in the treatment of other mental health problems.

KEY WORDS: *EMDR, PTSD, trauma.*

Introducción

La desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* [EMDR]) es un tratamiento controvertido diseñado por Shapiro (1989) para el enfrentamiento y solución del trauma emocional, con relativamente pocas sesiones de intervención en comparación con otros procedimientos que apuntan a objetivos similares.

Inicialmente fue utilizada para tratar pacientes con trastorno de estrés posttraumático [TEPT], pero en los últimos años se ha expandido a diferentes patologías, traumas y trastornos de ansiedad. Ha resultado, al menos, igual de eficaz que la conjugación de exposición y reestructuración cognitiva en pacientes con TEPT (Power *et al.*, 2002) o que la exposición prolongada en pacientes con el mismo trastorno (Rothbaum, Astin y Marsteller, 2005).

La técnica de EMDR es una propuesta que incluye exposición en la imaginación a imágenes y recuerdos que representen el trauma, retomando las sensaciones y emociones asociadas y las construcciones cognitivas autorreferidas desarrolladas a partir de tal vivencia, en conjunto con estimulación bilateral alterna (inicialmente propuesta en forma de movimiento ocular y posteriormente estimulación táctil o auditiva). Esto favorece el procesamiento acelerado de la información traumática, permitiendo que sea desensibilizada e integrada de manera adaptativa, conduciendo al cese de la sintomatología.

El papel de los movimientos oculares como una forma de estimulación bilateral del cerebro que, según la creadora de la técnica, favorece el reprocesamiento acelerado del recuerdo traumático ha sido el objeto de una controversia aún no resuelta (Davidson y Parker, 2001; Barrowcliff, Gray, Mac Culloch, Freeman y Mac Culloch, 2003; Garvey, 2004; Devily, 2005).

Antecedentes e historia

La estrategia de EMDR se genera a partir de un hallazgo espontáneo en una experiencia personal por parte de Francine Shapiro, Ph.D en Psicología, al notar la pronta desaparición de pensamientos perturbadores después de realizar rápidos movimientos oculares de un lado a otro siguiendo la línea del horizonte. Esto la conduce en 1987, a establecer un protocolo de intervención más estructurado que fue probado en un estudio de corte experimental basándose fundamentalmente en el principio de la desensibilización. En 1990, el procedimiento conocido como «desensibilización por movimiento ocular» (*Eye Movement Desensitization* [EMD]) se denominó EMDR, debido a que reconocía el movimiento ocular como uno de los ingredientes, mas no el único ni el más relevante, para favorecer el reprocesamiento de la información.

Teóricamente, la técnica se sustenta en la perspectiva del impacto del trauma emocional a nivel cerebral. En principio, el cerebro requiere de un balance excitatorio/inhibitorio para el adecuado procesamiento de la información. La ocurrencia del evento traumático altera tal condición causando la sobreexcitación de un *locus* espe-

cífico, de modo que se presenta un «congelamiento» de la información traumática con su emoción negativa original. Esto altera el funcionamiento cotidiano del individuo dado que la información traumática no se procesa dentro de un contexto adaptativo y se vive como presente un suceso que ya es lejano en el tiempo.

El procedimiento de EMDR tiene los fundamentos empíricos y experimentales de la psicología del aprendizaje y de las neurociencias, principalmente en lo que se refiere al patrón del sueño MOR (movimientos oculares rápidos). De manera sintética, el modelo sustenta que la mayoría de las patologías se derivan de experiencias previas de aprendizaje que generan un patrón continuo de afecto, comportamiento y cogniciones y consecuentes estructuras de identidad. Así, aunque los recuerdos del sujeto hacen referencia a uno o varios eventos ocurridos tiempo atrás en la vida, sus respuestas, apropiadas para ese entonces, se mantienen en el tiempo en función de la falla en la asimilación.

El problema de asimilación de la información se debe, al parecer, a que el recuerdo traumático es almacenado primordialmente a nivel de la memoria no-declarativa (motora) dando prioridad a imágenes, cogniciones, afectos y sensaciones físicas. El adecuado procesamiento de información permitiría su paso a la memoria declarativa (narrativa), disminuyendo o eliminando las condiciones perturbadoras asociadas (Lipke, 1992a, van der Kolk, 1994 ambos en Shapiro, 1995). Otros investigadores postulan que el mantenimiento de elementos perturbadores se debe a su inapropiado almacenamiento en la memoria a corto plazo en vez de en aquella a largo plazo (Horowitz y Becker, 1972 en Shapiro, 1995).

Dentro del sustento conductual de este procedimiento se encuentra la teoría de los dos factores de Mowrer (1960, en Catania, 1979) referente al aprendizaje del miedo y el comportamiento evitativo, mediante condicionamiento clásico y operante. Este es un aporte significativo para la comprensión del TEPT, foco inicial de la estrategia de EMDR.

Componentes básicos de la técnica de EMDR

La propuesta de EMDR conjuga el abordaje de factores emocionales, sensoriales, cognitivos en conjunto con estimulación bilateral, orientada al reprocesamiento de eventos traumáticos en la vida del individuo. Esto conduce a considerar tres componentes básicos de la técnica: la exposición a los recuerdos traumáticos y demás estímulos asociados, el reprocesamiento cognitivo de la(s) experiencia(s) problema y la estimulación bilateral, inicialmente propuesta a partir del movimiento ocular.

El *principio de exposición* hace parte de EMDR como sucede en la mayoría de estrategias conductuales orientadas al control de trastornos de ansiedad. EMDR puede ser considerado un método alternativo de exposición en imaginación, en el cual el consultante mantiene de modo consciente el recuerdo traumático (no sólo en imagen sino en emoción, sensación y cognición asociada) para lograr el efecto directo del tratamiento. Sin embargo, dado que no se busca la reducción de la perturbación en función del principio de extinción (como sí lo haría la inundación),

no se hace necesario que la intensidad de ansiedad evocada sea alta para lograr resultados positivos en el tratamiento.

A diferencia de otras estrategias conductuales (relajación, biorretroalimentación, inundación, desensibilización sistemática), EMDR se centra en el recuerdo más que en la respuesta de ansiedad. Más que la extinción, es la reconceptualización de tal recuerdo traumático lo que sustenta el decremento del malestar. Se hace énfasis, sin embargo, en reprocesar tanto las bases originales del trauma como los estímulos del presente (condicionamientos de segundo orden). Este manejo de la intensidad de ansiedad evocada durante el procedimiento, podría constituirse en un factor determinante para el mantenimiento del consultante en el tratamiento y la disminución de deserciones debido a los altos costos emocionales, aunque en la actualidad no se encuentra más que evidencia clínica para apoyar esta atribución.

Por su parte, el *reprocesamiento cognitivo* es otro de los componentes de la técnica. En la mayoría de casos de estrés postraumático la desensibilización de los estímulos condicionados resulta eficaz pero insuficiente, dada la evidente participación de componentes cognitivos. Tanto en ésta como en otras poblaciones (p.ej., aquellas con diferentes experiencias traumáticas tempranas, con depresión, etc.), se pueden identificar pensamientos negativos asociados a la culpa, la inadecuación personal y la ausencia de control, de seguridad o de alternativas (Shapiro, 2001). En estos casos la terapia cognitiva ha resultado ser eficaz para reducir el miedo, la ansiedad y la depresión (Power *et al.*, 2002; Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand y Dolatabadi, 2004).

Aún así, cabe resaltar que, aunque los pensamientos negativos y las autoatribuciones son procesados simultáneamente con otras manifestaciones del trauma, no se les considera componentes más significativos que las experiencias sensoriales y emocionales. Son conceptualizados como meta-percepciones o interpretaciones de las experiencias en términos del lenguaje. En este punto se debe tener en cuenta que el lenguaje no necesariamente hace parte del trauma original (como es el caso de eventos traumáticos en la etapa preverbal) y aún así, se presentan claros síntomas de estrés postraumático. Esto demuestra que ciertas respuestas básicas del individuo, aquellas codificadas genéticamente, no requieren de estimulación vía lenguaje y es el afecto que alimenta la experiencia traumática lo que se constituye en el elemento fundamental de la patología.

Por otro lado, en referencia al componente de movimiento ocular como una de las formas de *estimulación bilateral*, se ha observado que además de los movimientos espontáneamente generados, cuyo efecto terapéutico fue inicialmente informado por Shapiro (1989a), existen movimientos oculares involuntarios, rítmicos y repetitivos (*nistagmus*) notados en momentos de alta concentración durante procesos de terapia. Según Shapiro (2001) algunos estudios informan sobre la relación entre movimientos oculares y atención, ansiedad, procesamiento cognitivo y resolución de problemas; otros una relación con el incremento en la interacción entre los hemisferios cerebrales (Garvey, 2004) o con una disminución en la respuesta electrodermal (Barrowcliff *et al.* 2003) y de los potenciales cerebrales específicos (Lamprecht *et al.* 2004).

Por otra parte, parece existir un vínculo entre los efectos del EMDR y aquellos asociados al estadio MOR del sueño (Shapiro, 1989a, 1989b). Hong, Gillin, Callaghan y Potkin (1992) y Ross *et al.* (1994) citados por Shapiro (1995) afirman que la cantidad de sueño MOR se correlaciona con la intensidad del estado emocional y que las personas con estrés postraumático utilizan más sueño MOR que los sujetos del grupo control, probablemente, porque en este estadio ocurre el reprocesamiento de información emocionalmente significativa. Esto último conduce a pensar que la provocación del movimiento ocular, como lo propone la técnica de EMDR, puede estimular conexiones corticales para el reprocesamiento de información; aunque esta hipótesis aún merece mayor investigación.

Se han estipulado varios mecanismos por los cuales se facilita o activa este procesamiento, entre ellos: la generación de un foco dual de atención, de modo que el sujeto atiende simultáneamente al estímulo actual (aquel que conduce la estimulación bilateral, por ejemplo, los dedos a seguir para el movimiento ocular) y al trauma pasado; un efecto diferencial de estallidos neuronales causado por los múltiples estímulos que se presentan durante el procedimiento, a manera de corriente de bajo voltaje y un contracondicionamiento causado por la respuesta de relajación (Shapiro, 2001). Un estudio reciente realizado por Lee, Taylor y Drummond (2006) apoya la hipótesis de un mejor procesamiento del trauma en los casos en que se maneja con el distanciamiento propio de un proceso dual de atención.

Procedimiento

EMDR es una técnica compleja que incluye varios componentes que se dirigen a la desensibilización del impacto emocional y la reestructuración cognitiva de pensamientos y atribuciones personales que contribuyen a un procesamiento adaptativo de los recuerdos que son perturbadores. Por las características de la técnica, se hace especial énfasis en la importancia de recibir un entrenamiento presencial, dirigido por especialistas o instituciones certificadas para tal fin.

El procedimiento general para realizar EMDR, tal como lo presenta Shapiro (2001), consta de ocho fases que incluyen: 1) historia del paciente, antecedentes del problema y planeación del tratamiento; 2) preparación; 3) evaluación específica para iniciar el procedimiento; 4) desensibilización; 5) instalación; 6) examen de las sensaciones corporales; 7) cierre y 8) reevaluación.

Primera fase: historia

Tiene como objetivo la evaluación de las condiciones del paciente y de su problemática, de modo que se pueda establecer si se beneficiaría con este procedimiento y, en tal caso, planear la intervención. Es importante evaluar si el consultante está preparado para abordar su problemática a través de un procedimiento que podría provocar altos niveles de activación emocional. Aunque no hay forma de predecir

la intensidad de la respuesta específica para cada individuo, el clínico debe estar preparado para hacerle frente a reacciones de alta intensidad, en ocasiones casi tan intensas como las experimentadas durante el trauma original. Debe tenerse en cuenta que desde el primer encuentro, con la recopilación de información, el consultante se enfrentaría a malestar significativo al estimular aquellos recuerdos que constituyen el blanco de su problema. Es tarea del terapeuta evaluar sus habilidades para enfrentar tal información y afrontar el malestar asociado. Esto se le presenta de manera explícita al consultante de modo que le sea posible tomar decisiones, reconociendo sus propias necesidades y características.

Los factores de seguridad, estabilidad personal y de las condiciones de vida son especialmente importantes y merecen una evaluación exhaustiva. Incluyen la posibilidad de enfrentar niveles altos de malestar, el grado de empatía establecida en la relación terapéutica, las redes de apoyo con las que cuenta el paciente, las funciones del comportamiento problema (que pueden constituir ganancias secundarias, como por ejemplo, auxilios por parte de compañías aseguradoras o del estado), su estado general de salud, la presencia de trastornos disociativos y el abuso de sustancias. Aunque ninguna de las anteriores condiciones excluye en principio la posibilidad de abordaje a través de este procedimiento, sí determina pautas específicas a seguir así como la necesidad de un terapeuta con entrenamiento especializado para ello.

La relación terapéutica es un aspecto bien relevante para el adecuado desarrollo del procedimiento. El consultante debe sentirse cómodo y capaz de experimentar diferentes emociones frente a su terapeuta, así como abordar cualquier tipo de material y expresar abiertamente sus dudas, pensamientos y condiciones. Es deseable que se establezcan condiciones de flexibilidad y disponibilidad por parte del clínico, reconociendo la posibilidad de malestar emocional dado que el reprocesamiento usualmente continúa después de las sesiones de desensibilización. Hasta tanto no se establezca una sólida relación terapéutica no se recomienda continuar con el proceso de intervención.

Es vital evaluar las condiciones de estabilidad personal del consultante. La ideación suicida y tendencias autolesivas son relativamente comunes entre las personas que han experimentado traumas emocionales. Durante esta primera fase deben evaluarse estos aspectos, así como las habilidades de autocontrol frente al malestar, la capacidad para solicitar ayuda cuando lo necesite y el apoyo por parte de otras personas. Además, no es recomendable continuar con el procedimiento si el consultante está enfrentando cambios significativos o condiciones de alta presión en la actualidad.

Por otro lado, aunque ninguna condición específica de salud se ha constituido como contraindicación para realizar EMDR, es recomendable tomar precauciones en casos en que el consultante informe sobre padecimientos cardíacos, embarazo, epilepsia, abuso de sustancias psicoactivas y/o alcohol o condiciones oftalmológicas graves. Para el caso de condiciones psiquiátricas, tales como los trastornos disociativos, se hace especial énfasis en la necesidad de un entrenamiento específico si se decide continuar con la intervención.

En el proceso de evaluación se aborda la historia personal incluyendo los comportamientos disfuncionales, síntomas y patrones de reacción que deben ser mane-

ados, haciendo énfasis en la condición específica que le condujo a terapia. Se evalúan:

- Los síntomas, que incluyen los comportamientos disfuncionales, emociones asociadas y pensamientos negativos, pensamientos intrusos, *flashbacks*.
- Los estímulos/eventos desencadenantes y sus características.
- La duración del problema y la variación de los síntomas en el tiempo.
- La causa inicial.
- Otros eventos significativos del pasado que pudieron asociarse o reforzar el problema.
- Otras quejas.
- Limitaciones actuales en las diferentes áreas de funcionamiento.
- Expectativas o estado deseado y las posibles consecuencias de un tratamiento exitoso.

El terapeuta debe identificar cuáles de los problemas pueden abordarse a través de otras estrategias como educación, resolución de problemas o entrenamiento en habilidades específicas. EMDR no debe entenderse como una estrategia universal para todo tipo de problema.

En función de los objetivos de intervención identificados se diseña el plan de intervención. Aquí vale la pena tener en cuenta que, aunque algunos de los pacientes con trastorno de estrés postraumático por trauma único se benefician del tratamiento abordando únicamente el trauma vivido, la mayoría de ellos requiere de un plan de intervención extensivo abordando experiencias y condiciones de vida asociadas con el problema.

Segunda fase: preparación

Una vez establecidas las condiciones necesarias para construir los parámetros de la intervención se continúa con la fase de preparación, cuyos objetivos principales son:

- Consolidar la relación terapéutica de confianza, tomándose el tiempo que sea necesario, ya que en ella se construyen importantes elementos de control y seguridad personal durante la puesta en práctica del procedimiento. Esto puede tomar unas pocas sesiones con algunos pacientes o varios meses con otros. Debe quedar claro que este objetivo se viene desarrollando desde la primera fase, pero se consolida en la segunda como requisito importante para avanzar a las siguientes.
- Explicar el procedimiento de EMDR, los principios teóricos que lo apoyan y sus efectos, de modo que el consultante adquiriera las bases fundamentales para participar activamente y ajustar sus expectativas frente a la propuesta. Un ejemplo de la forma de aproximación a la primera parte de este objetivo se describe en el siguiente párrafo:

«Cuando empecemos con el procedimiento, yo te pediré que te centres en el objetivo (la imagen que mejor represente el trauma vivido) que hemos escogido. Luego te pido que sigas mis dedos con tus ojos, sin mover la cabeza, por un periodo de tiempo. Después nos detendremos y hablaremos acerca de lo que ha surgido. No es posible que mantengas una imagen estática por mucho tiempo, así que no lo intentes. Cuando hablemos sólo debes darme retroalimentación de lo que está pasando. A veces notarás cambios y a veces no, no hay ningún debería ser en este proceso, así que sólo dime qué está pasando, sin juzgar si tendría que ser de esa manera. Deja que suceda lo que sea que suceda ¿tienes alguna pregunta?» (Shapiro, 1995, p. 127-128).

- Explicar el papel de los movimientos oculares dentro del procedimiento, como un mecanismo que posiblemente favorece el reprocesamiento de la información traumática tal como sucede con el sueño MOR.
- Ensayar los movimientos oculares probando el grado de comodidad según velocidad y distancia del estímulo.
- Construir las condiciones de seguridad y control necesarias, lo cual puede incluir entrenamiento en respiración y/o relajación y establecimiento del sitio de seguridad en imaginación (siguiendo los parámetros del entrenamiento en visualización guiada). Esto permitirá al paciente recobrar su estabilidad emocional o acceder a un descanso temporal durante el procedimiento.
- Resolver las principales dudas y preocupaciones del paciente acerca de la problemática o del procedimiento.

Tercera fase: evaluación

En esta fase, de evaluación específica o medición, se establece la línea de base para el comportamiento problema y se identifican los componentes del objetivo de intervención a partir del recuerdo traumático, estos incluyen:

- Seleccionar la imagen que mejor represente el foco del problema (*¿Qué imagen representa el incidente? o ¿qué imagen representa la parte más traumática del incidente?*),
- identificar la cognición negativa o planteamiento negativo referido a sí mismo en asociación con el evento traumático,
- desarrollar la cognición positiva o verbalización del estado deseado referido a sí mismo en función del trauma experimentado (*«¿Qué te gustaría pensar acerca del evento o de ti mismo?»*),
- estimar la validez de la cognición positiva (*validity of cognition [VoC]*), a través de una escala numérica entre uno y siete puntos (en la cual «1» representa mínima validez de la cognición y «7» máxima validez),
- identificar la(s) emoción(es) asociada(s),

- identificar las sensaciones corporales asociadas,
- estimar las Unidades Subjetivas de Malestar evocadas [USM], medidas a través de una escala numérica entre cero y diez puntos.

Fases cuatro a siete: desensibilización, instalación, chequeo del cuerpo y cierre

Estas fases constituyen el procedimiento en sí. Durante la fase de desensibilización, el clínico conduce la presentación del objetivo de intervención, que inicia con la imagen determinada por el paciente, acompañada de las sensaciones, emociones y cogniciones negativas, en conjunto con la estimulación alterna (movimientos oculares, toques o sonidos, según se haya escogido). Esta imagen se utiliza sólo como punto de partida, considerando que actúa como un disparador de la red de memoria. Se aclara al paciente que no se espera nada específico de su comportamiento durante el procedimiento, la idea es que inicie enfocándose en la imagen escogida y luego permita que el procesamiento tome su curso: *«permite que suceda lo que sea que suceda»*.

Usualmente aparece nueva información (recuerdos, emociones, pensamientos, sensaciones) en los subsiguientes ciclos de movimientos oculares. Entre cada uno de estos, el paciente comenta lo sucedido; sin embargo, no se espera ni se promueve ningún juicio o análisis del material emergente. El clínico no debe intentar interpretar, parafrasear o resumir lo que el paciente comenta, sólo le indica que se concentre en lo que ha expresado y continúa con un nuevo ciclo de estimulación bilateral. Cada ciclo incluye al menos 24 pasadas de movimientos oculares (ida y vuelta) aunque este número puede variar según las condiciones del paciente.

En muchos de los casos, el clínico debe utilizar otras estrategias que facilitan el proceso de desensibilización. Algunas son: vista en perspectiva de la imagen traumática (tal como si observara el recuerdo en la pantalla del cine o a través de la ventana de un tren en movimiento), variación de la dirección, velocidad o duración de los movimientos oculares, centrarse en las sensaciones corporales o retornar al objetivo original.

Esta fase se realiza hasta el momento en que el paciente informe sobre un decremento significativo del malestar, medido a través de las USM, basándose en el criterio de validez ecológica (ajustado a las circunstancias presentes del individuo). Acompañando el decremento del malestar emocional se presentan cambios en los recuerdos traumáticos, por ejemplo, modificación de la imagen inicial, en las sensaciones corporales y en las interpretaciones o pensamientos y aparición de nuevos recuerdos (usualmente positivos, que completan el cuadro general y neutralizan el impacto negativo).

El propósito de la fase de instalación es introducir e incrementar la fuerza o validez de la cognición positiva, de modo que se logre el reemplazo de la cognición negativa previamente identificada. El criterio fundamental para la valoración de la validez de la cognición no se da exclusivamente de modo racional sino primordialmente a nivel emocional, esto es, el paciente debe valorarla en función de cuán válida *siente* que es.

Después de que la cognición positiva se instala se procede a la realización de un examen de las sensaciones corporales, de modo que se logre identificar la existencia de malestar residual que necesite ser reprocesado. Posteriormente, al finalizar cada sesión, el paciente debe ser conducido a un estado de equilibrio emocional utilizando los recursos previamente establecidos en la fase de preparación (sitio de seguridad, estrategias de imaginación y relajación). Después, el clínico retroalimenta al paciente con lo más significativo del proceso y le señala la posibilidad de que el reprocesamiento continúe entre sesiones, de modo que se recomienda manejar un diario de registro de recuerdos, imágenes, pensamientos, emociones y sensaciones, para revisarse en el siguiente encuentro.

Fase ocho: reevaluación

Finalmente, la reevaluación debe ser implementada al inicio de cada sesión después de la primera de desensibilización y reprocesamiento. En este momento se revisa si se mantienen los efectos del tratamiento a partir de los objetivos procesados, si aparece nuevo material asociado al problema que deba ser abordado y si se ha desarrollado una adecuada asimilación del material traumático que favorezca el ajuste del paciente en las diferentes áreas de funcionamiento y mejore su calidad de vida.

El proceso terapéutico finaliza con un adecuado seguimiento, espaciando las sesiones de dos semanas a un mes y luego a tres meses. Se recomienda al paciente continuar con el registro propuesto en sesiones anteriores, de modo que sea posible evidenciar con mayor precisión su evolución.

Áreas de aplicación

En sus inicios EMDR fue desarrollada para el abordaje del trauma emocional, con su manifestación más significativa a través del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y posteriormente, ha abarcado una variedad de aplicaciones que van desde trastornos depresivos, de ansiedad y de personalidad, hasta diversos tipos de adicciones y casos de dolor crónico (Paulsen, 1995; Acierno y Grant, 1998; Vogelmann-Sine, Sine, Smith y Popky, 1998; de Jongh, van der Oord y ten Broeke, 2002; Neugent y Paiadino, 2006). Sin embargo, si bien se encuentra suficiente sustento empírico para validar su eficacia en casos de TEPT (Rothbaum, 1997; Wilson, Becker y Tinker, 1995, 1997; Van Etten y Taylor, 1998; Chemtob *et al.*, 2000, Edmond y Rubin, 2004; Rothbaum, Astin y Marsteller, 2005; Rusell, 2006; entre otros), aún no se puede decir lo mismo para las demás problemáticas.

Ha resultado eficaz en la disminución de la fobia a procedimientos dentales (de Jongh, van der Oord y ten Broeke, 2002) y para la reducción de ansiedad de estado en gimnastas a nivel competitivo (Arnold, 2004).

Se han desarrollado protocolos específicos para el abordaje de diferentes poblaciones y problemáticas como niños, parejas, adultos con traumas de la infancia,

víctimas de abuso sexual, pacientes con dolor crónico, veteranos de guerra, abuso de sustancias psicoactivas, desórdenes disociativos (Parnell, 1999; Tinker y Wilson, 1999; Paulsen, 1995; Vogelmann-Sine *et al.*, 1998; Grant, 1998; Greenwald, 1993). Particularmente, para el caso de TEPT en niños se requiere mayor investigación, más aún si se tiene en cuenta la prevalencia de esta problemática en la población infantil (Adler y Manassis, 2005; Tufnell, 2005).

Conclusiones y tendencias futuras

EMDR es una técnica que ha sido objeto de múltiples estudios con el fin de demostrar su validez empírica y eficacia para el tratamiento del trauma. En 1995, la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*, APA) inició un proyecto para determinar el grado de soporte por evidencia empírica de múltiples métodos terapéuticos. En 1997, a partir de revisiones independientes (Chambless *et al.*, 1998) se ubicó a las terapias de exposición, de inoculación de estrés y de EMDR en la lista de tratamientos empíricamente validados, en la categoría de «probablemente eficaz para TEPT». Es importante tener en cuenta que ninguna otra estrategia fue validada en función de su soporte empírico para esta población. En 1999, la Sociedad Internacional para Estudios de Estrés Traumático mantuvo la designación de eficacia al tratamiento del TEPT a través de EMDR y las estrategias de exposición (Chemtob *et al.*, 2000). Van Etten y Taylor (1998) realizaron un meta-análisis de los tratamientos psicológicos y farmacológicos para el TEPT cuyos resultados apoyaron la eficacia de EMDR. Los actuales lineamientos de la Sociedad incluyen al EMDR en la categoría de tratamiento eficaz para el TEPT (Chemtob, Tolin, van der Kolk, Bessel y Pitman, 2000 en Foa y Keane, 2000).

Aún así, persiste la controversia principalmente en términos de la función de los movimientos oculares como componente necesario para la desensibilización y reprocesamiento del trauma (Devily, 2005), del sustento de su eficacia basado en estudios metodológicamente rigurosos (Herrstein y Ricci, 2004) o la eficacia comparativa con otras técnicas (Power *et al.*, 2002; Taylor *et al.*, 2003).

Se conoce poco acerca de los mecanismos que subyacen la eficacia de esta propuesta terapéutica. Se hipotetiza si tal eficacia se sustenta en los mismos principios de las estrategias tradicionales de exposición (*revivir* las condiciones traumáticas/ ansiógenas en ausencia de consecuencias reales aversivas) o si es más consistente con el *distanciamiento* propio de un proceso dual de atención, según explica Shapiro (2001). Esta última hipótesis parece tener mayor sustento (Lee, Taylor y Drummond, 2006).

Así mismo, otro estudio sustenta la posibilidad de que los movimientos oculares se asocien con una mejoría relativa de la memoria episódica, lo cual podría reflejar mayor interacción entre los hemisferios cerebrales, así como se evidencia en casos de ambidextros (Garvey, 2004). Por su parte, parece existir una relación entre el movimiento ocular y la disminución de la respuesta electrodérmica (Barrowcliff *et al.*, 2003). Otro hallazgo significativo indica cambios notorios en el funcionamiento cerebral medidos a través de una tomografía computarizada de alta resolución

(SPECT), posteriores al tratamiento con EMDR (Lansing, Amen, Hanks y Rudy, 2005). Esto abre espacio para la discusión de posibles mecanismos neuropsicológicos y fisiológicos a la base de esta propuesta de intervención.

Con todo esto parece claro concluir reconociendo la necesidad de promover estudios controlados orientados sobre alguno de los siguientes lineamientos:

- Sustentar la eficacia de EMDR en el tratamiento de otras problemáticas diferentes al TEPT.
- Identificar su eficacia comparativa con otras estrategias tanto en casos de TEPT como de otros trastornos.
- Identificar el papel de los diferentes componentes básicos de EMDR.
- Identificar mecanismos neuropsicológicos y fisiológicos subyacentes a la técnica.

Referencias

- Adler, N. y Manassis, K. (2005). Psychosocial treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: the neglected field of single-incident trauma. *Depression & Anxiety*, 22, 177-189.
- Arnold, A. (2004). Eye Movement Desensitization and Reprocessing and specific State Anxiety in Female Gymnasts. *Union Institute and University, AAT 3122853*.
- Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., Mac Culloch, M. J., Freeman, T. C. A. y Mac Culloch, M. J. (2003). Horizontal rythmical eye movements consistenly diminish the arousal provoked by auditory stimuli. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 289-302.
- Catania, C. (1979). *Learning*. New Jersey: Prentice Hall.
- Chambless, et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Davidson, P. y Parker, K. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305-316.
- de Jongh, A., van der Oord, H. J. M. y ten Broeke, E. (2002). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the treatment of specific phobias: four single-case studies on dental phobia. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1489-1503.
- Devily, G. (2005). Power therapies and possible threats to the science of psychology and psychiatry. *Australian & New Zeland Journal of Psychiatry*, 39, 437-445.
- Edmond, T. y Rubin, A. (2004). Assessing the long-term effects of EMDR: results of an 18-month follow-up study with adult female survivors of CSA. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13, 69-86.
- Foa, E. y Keane, T. (2000). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Nueva York: Guilford.
- Garvey, K. J. (2004). *Increased interhemispheric interaction leads to decreased false memories for prose: the effects of degree of handedness and of eye movement-induced cortical activation*. University of Toledo, USA.
- Grant, M. (1998). *Pain control with EMDR*. Denver, CO: Mentor Books.
- Greenwald, R. (1993). *Using EMDR with children*. Pacific Grove, CA: EMDR Institute.
- Hertlein, K. y Ricci, R. (2004). Systematic research sintesis of EMDR studies: implementation of the Platinum Standard. *Trauma, Violence and Abuse*, 5, 285-300.

- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S.O. y Dolatabadi, S. (2004). *A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls*. Recuperado el 2 de junio de 2006 de www.interscience.wiley.com
- Lamprecht, F., Kohnke, C., Lempa, W., Sack, M., Matzke, M. y Munte, T. (2004). Event-related potentials and EMDR treatment of post-traumatic stress disorder. *Neuroscience Research*, 49, 267-272.
- Lansing, K., Amen, D. G., Hanks, C. y Rudy, L. (2005). High-resolution brain SPECT imaging and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in police officers with PTSD. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17, 526-532.
- Lee, C., Taylor, G. y Drummond, P. D. (2006). The active ingredient in EMDR: is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 97-107.
- Newgent, N. y Paiadino, D. (2006). Single session treatment of nontraumatic fear of flying with eye movement desensitization and reprocessing. *Clinical Case Studies*, 5, 25-36.
- Parnell, L. (1999). *EMDR in the treatment of adults abused as children*. Nueva York: Norton.
- Paulsen, S. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Its use in the dissociative disorders. *Dissociation*, 8, 32-44.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V. y Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299-318.
- Rothbaum, B., Astin, M.C. y Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607-616.
- Russell, M. (2006). Treating combat-related stress disorders: a multiple case studies utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with battlefield casualties from the Iraqi war. *Military Psychology*, 18, 1-18.
- Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of traumatic memories. *Journal of traumatic Stress*, 11, 25-44.
- Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: a new treatment for post traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization: Basic principles, protocols and procedures*. Nueva York: Guilford.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization: Basic principles, protocols and procedures* (2ª edición). Nueva York: Guilford.
- Taylor, S., Thordarson, D., Fedoroff, I., Maxfield, L. Lovell, K. y Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-339.
- Tinker, R.H. y Wilson, S.A. (1999). *Through the eyes of a child: EMDR with children*. Nueva York: Norton.
- Tufnell, G. (2005) Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the treatment of pre-adolescent children with post-traumatic symptoms. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 10, 587-600.
- Van Etten, M. L. y Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Vogelmann-Sine, S., Sine, L., Smith, N. y Popky, A. J. (1998). *Chemical dependency treatment manual*. Honolulu: Silke Vogelmann-Sine.

- Wilson, S. A., Becker, L. A. y Tinker, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 928-937.
- Wilson, S. A., Becker, L. A. y Tinker, R. H. (1997). Fifteen month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 901-912.