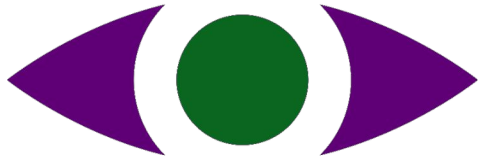


# Noticias de EMDR Lat

E.M.D.R.  
Desensibilización y Reprocesamiento  
por medio del movimiento ocular



EMDR Lat  
Ex EMDRia Latinoamérica  
Buenos Aires © Argentina



**EMDR Lat**

Ex EMDRia Latinoamérica

Buenos Aires  Argentina

# **REVISTA NOTICIAS**

## **EMDR Lat**

### **Número 4 – 2023**

Procesamiento Adaptativo de la Información y Conceptualización de Casos - Francine Shapiro, Ph.D.

Pág.3

El respeto del caso x caso en el marco de las neurociencias - Lic. Benjamín Uzorskis

Pág.20

LOS LÍMITES DEL EMDR – Pablo Solvey

Pág.23

LA IMPORTANCIA DEL CUERPO EN LA PSICOTERAPIA

(Superando la dicotomía mente – cuerpo) - Lic. Carina Andrea Mitrani

Pág.29

TRATAMIENTO DEL DOLOR Y EMDR

(Partiendo desde el síntoma) - Dr. Daniel Asis

Pág.34

El Manejo de la Ira y el Procesamiento Parasimpático

Comunicación a la Lista de Discusión - David Grand Ph. D.

Pág.37

**Los artículos presentados son parte de la publicación de la Revista EMDR Latinoamérica Año 7 Número 2 y 3 – publicada en Otoño y Primavera de**

**2004**

# Procesamiento Adaptativo de la Información y Conceptualización de Casos

Francine Shapiro, Ph.D.

Voy a clarificar algunas de las confusiones que he visto últimamente sobre que es exactamente EMDR, que es lo que supuestamente logra y que significa el protocolo estándar. Luego voy a reflexionar sobre cuando y porque uno se desvía de los protocolos estándar.

## DIAPOSITIVA # 2

### Procesamiento Adaptativo de la Información

1. **Explica – Fenómenos clínicos y el desarrollo de la personalidad**
2. **Predice – Resultados positivos del tratamiento**
3. **Guía – La conceptualización del caso y los procedimientos terapéuticos**
4. **Sistema de procesamiento de la información a nivel físico**
5. **Recuerdos/Información almacenados en redes asociativas**
6. **Base de la percepción, respuesta, actitudes, auto-concepto, rasgos de la personalidad.**

La base del trabajo con EMDR es la noción de sistemas de la memoria donde todo lo que experimentamos es usado para comprender lo que nos pasa. La percepción tiene que conectarse con nuestro sistema de la memoria para darle sentido a nuestras experiencias.

Hay distintos tipos de sistemas de la memoria:

Uno es la **implícita, no-declarativa, memoria procedural**, que abarca mas que nada lo autonómico. Es como me siento, que veo sin darme cuenta, es como me muevo. Si decido subirme a una bicicleta después de 10 años de no haberlo hecho, quizás me tambalee un poco al principio, pero muy pronto estaré manejando la bicicleta como si nunca hubiera dejado de andar. Eso es **sistema de la memoria implícita**, que guarda esas sensaciones físicas que me permite realizar tareas.

Pero hay otro sistema de memoria, el **explícito o declarativo o memoria episódica**, todos nombres para el mismo sistema de la memoria. Un sistema que me obliga a pensar, no es algo que sucede automáticamente.

Si quisiera volver al pensamiento psicodinámico, se podrían ver en estos dos sistemas el consciente y el inconsciente: eso que es automático, del cual no estoy enterado, es el **sistema de la memoria implícita**, el material inconsciente. El **sistema de la memoria explícito** esta basado en los hechos y es autobiográfico.

El sistema autobiográfico es el que nos interesa para EMDR. Nuestra meta es identificar esos recuerdos (recuerdos antiguos) que en vez de haber sido procesados hasta llegar a una resolución adaptativa, se han congelado y se mantienen en un nivel de perturbación

disfuncional (debido a un trauma anterior) y ayudarlos a procesar adaptativamente hacia la salud mental. Recuerden el ejemplo de haber discutido con alguien en el trabajo. El cuerpo reacciona y empiezan los pensamientos negativos. No saben que hacer y se alejan. Después, lo piensan, lo hablan, lo sueñan. Las emociones han cambiado y son más apropiadas. Aflojaron las sensaciones físicas de estrés, ahora son más adecuadas, ya saben cómo enfrentarse con el problema correctamente. Esto es **procesamiento adaptativo de la información**.

Un trauma (cualquier perturbación negativa frente al cual el sistema se siente sobrepasado) causa **una pérdida de equilibrio en el Sistema de Procesamiento Adaptativo de la Información** y se bloquea el procesamiento. La perturbación negativa es almacenada en la memoria implícita con las emociones y sensaciones corporales que estuvieron presentes en el momento del incidente. Ahora ustedes lo llevan adentro y cuando alguien los mira de la misma manera que ese jefe y sienten que se les da vuelta el estómago y no saben por qué, es por que esa vieja experiencia no fue procesada. Así que lo que estamos tratando de lograr con EMDR es identificar esos incidentes “calientes”, que no fueron procesados para que puedan ser resueltos en forma adaptativa y almacenados en la memoria.

Pero aquí estamos lidiando (para complicar un poco más el asunto) con por lo menos tres diferentes tipos de memoria. La **memoria sensorial**: lo que surge en el momento y es de muy corta duración. Luego está la **memoria de trabajo (working memory)**, que es sobre lo cual pongo mi foco o atención. Hay mucha teoría de EMDR y varios trabajos de investigación sobre como los movimientos oculares afectan directamente la habilidad de la memoria de trabajo para procesar información. Una vez procesada, la información es almacenada a largo plazo.

Sería fantástico si todo fuera tan simple y uno podría decir: “El paciente se siente bien ahora, así que ya está”. Pero desgraciadamente no es así porque hay otro nivel del sistema de memoria que se ocupa de la **consolidación y la integración** y que tarda un tiempo. Así que no importa qué observan en su consultorio, el procesamiento no está terminado. Hay que asegurarse que se ha consolidado e integrado. Es a lo que apuntamos cuando les enseñamos el protocolo de eventos recientes, el aspecto de la consolidación del procesamiento.

Si están haciendo el protocolo estándar, se recuerda el incidente traumático, se identifica la peor escena y se procesa hasta que se generaliza a toda la red de la memoria (pasado, presente y futuro). Con eso esta terminado el procesamiento. Pero si el evento es reciente, si pasó hace una semana, un mes o en un rango de 2-3 meses, en algún nivel todavía no hubo consolidación. Aunque la persona puede narrar el evento traumático coherentemente, si se procesa solo una parte del recuerdo no se generaliza al resto del incidente. Por eso les pedimos que procesen primero la escena más “caliente” y luego procesen cronológicamente todas las otras partes del incidente. Ocurren distintos procesos de consolidación e integración a lo largo de este trabajo. Por eso no se puede dar por sentado que el trabajo esta hecho solo porque el paciente esta contento al finalizar la sesión.

### **DIPOSITIVA # 3**

- **Procesamiento Adaptativo de la Información**
- **A – Asimilación Adaptativa**
- **B – El Cerebro es parte del Cuerpo**

- **C – Conexiones y Canales**
- **D - Las Distorsiones deben ser Evitadas**
- **E – Evaluar cada Contribución Experiencial**

La patología esta basada en experiencias acumuladas. La salud esta basada en experiencias acumuladas.

La conceptualización frente a la cual nos encontramos es la de un **modelo de procesamiento adaptativo de la información**. Antes se lo conocía como procesamiento “acelerado” de la información. La mirada que implica el modelo de procesamiento adaptativo de la información es que las patologías disfuncionales subyacentes, formadas en un sistema de la memoria no han sido procesadas. El mecanismo neurobiológico – cuál parte del cerebro esta involucrado en la curación - es lo que sustenta a cualquier forma de psicoterapia. La investigación del Dr. Amen es maravillosa porque muestra la actividad cerebral antes y después de la intervención terapéutica, pero no muestra cómo ocurren los cambios. No nos dice cuales son los mecanismos del cambio. Debemos considerar entonces que el modelo de procesamiento de la información es independiente del mecanismo neurobiológico porque el campo de la neurobiología no nos puede aclarar cuales son las causas del cambio. No hay explicación neurobiológica para las terapias psicodinámicas, cognitivas o cualquier otra intervención psicoterapéutica. De hecho, es difícil a veces explicar los resultados que logran algunos medicamentos. El modelo de procesamiento de la información es una estructura que yo armé para explicar el fenómeno clínico que vemos en la práctica de EMDR. Y si miramos a través del espectro de orientaciones psicoterapéuticas, este modelo de procesamiento de la información puede explicar el fenómeno que es esencial para cada tipo de psicoterapia. Si nos fijamos en el insight o en las intervenciones psicodinámicas, los efectos positivos del tratamiento ocurren cuando las redes neuronales (redes de la memoria) se conectan y la información más adaptativa se acopla y transforma la información negativa. Como se puede ver, la noción de redes de la memoria es válida como teoría que subyace a la mayoría de los abordajes psicoterapéuticos.

El tipo de cosas que las distintas psicoterapias implementan en sus tratamientos y las miradas diferentes son lo que distingue una orientación de la otra. Así es cómo EMDR se diferencia como abordaje psicoterapéutico. Ahora está en las enciclopedias al lado de terapias cognitivo-conductuales o psicodinámicas como un abordaje separado. **El abordaje EMDR explica el fenómeno clínico y el desarrollo de la personalidad. Se basa en la asimilación y acomodación de experiencias y recuerdos.**

**El abordaje EMDR también predice resultados positivos del tratamiento.** Sobre la base de este modelo, yo sugería que se pruebe con el dolor en el miembro fantasma, porque parecería que éste es un recuerdo somático almacenado. No hay una cura médica para este problema. ¿Será entonces que si uno procesa el recuerdo somático almacenado, el dolor desaparece? Sí, es lo que pasa. Predicciones exitosas de los resultados del tratamiento basadas en este modelo refuerzan el modelo y también nos dan más información sobre el modelo en sí, cuándo podemos esperar buenos resultados y cuándo no. Voy a subrayar un punto importante – predecir que **PODEMOS** y ver en la práctica clínica que **PODEMOS** – es diferente que demostrar que lo **HICIMOS**. Es un proceso de múltiples pasos.

**El abordaje de EMDR y el Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información guía la conceptualización de los casos y los procedimientos a usar.** Yo he escuchado cómo un terapeuta describe un caso y al finalizar dice: “No se que técnica usar”. Primero hay que conceptualizar el caso a través del modelo de procesamiento de la información y eso les dirá cuáles son los focos (targets) a procesar y cómo hay que preparar al paciente. Y luego se procede paso a paso por el caso de cada paciente. Si uno no prioriza la conceptualización del caso todo se convierte en un montón de técnicas que uno no sabe cuando usar. La base es que hay un sistema de procesamiento de la información físico en el cerebro y que hay información almacenada que está causando respuestas disfuncionales. ¿Qué buscamos entonces en la descripción del caso? Los puntos “calientes”, esos aspectos que no han sido procesados apropiadamente, es decir, los recuerdos almacenados en las redes asociativas.

*Muestra el dorso de la mano, como se suele hacer en el entrenamiento de Nivel I:* El dorso de la mano representa el nodo/target, los dedos representan los canales de las redes asociativas que deben ser reprocesados para que el tratamiento sea efectivo.

Esta es la base de ¿“Qué es EMDR”? EMDR no es movimiento ocular. EMDR es un abordaje terapéutico de 8 fases y la estructura en la cual podemos ver el caso esta basada en el modelo de que **los recuerdos están almacenados en redes asociativas (los dedos) y que estas redes asociativas son la base de la percepción, respuestas, actitudes, auto-concepto, rasgos de la personalidad y síntomas.** Cada una de estas redes provienen de los recuerdos que están almacenados. Por supuesto está la naturaleza, la propensión genética. Hay personas que tienen un sistema nervioso más débil o más susceptible que otras, así como hay personas cuyo sistema cardíaco o respiratorio es más débil o susceptible que los de otros. Por lo tanto nuestro concepto de salud mental en EMDR no implica pensar en qué técnica vamos a usar para que una persona se sienta mejor. Nuestro abordaje considera que los problemas del paciente están almacenados en las redes de la memoria. Estos recuerdos están físicamente almacenados. Nuestro foco esta puesto en cómo los procesamos. Nuestro objetivo es liberar al paciente de estos estados estáticos del cerebro, permitiéndoles ser todo lo que pueden ser. Porque en este momento se sienten obligados a hacer cosas que no quieren hacer e impedidos de hacer lo que si quieren hacer. Es por la conexión en el cerebro.

Los que tenemos un sentido de la espiritualidad, creemos en el sentido de la conciencia, en los principios de la curación, en el amor y la conexión. ¿Sin embargo, es así como transitamos la vida día a día? ¿Siempre somos amorosos, bondadosos, pacientes y compasivos? Quisiéramos serlo pero hay algo en nosotros que no lo permite – el estado del cerebro. ¿Como procesamos ese estado del cerebro para que podamos transformarnos en la persona que quisiéramos ser? Para que no nos sintamos empujados en la dirección opuesta. Desarrollaremos la conceptualización de nuestro caso a continuación.

#### **DIPOSITIVA # 4**

Entonces los 5 dedos (A,B,C,D, & E) van a ser una forma realmente rápida para que ustedes lo repasen mentalmente – “¿me acordé de los puntos principales al tratar este caso?”

#### **- Asimilación Adaptativa (Dedo A)**

2. **Recuerdos (información) con afectos y sensaciones perturbadoras, son almacenados disfuncionalmente sin asimilación apropiada, dentro de redes adaptativas más amplias.**
3. **Los atributos positivos y negativos son alimentados por recuerdos de experiencias almacenadas.**
4. **Los rasgos de carácter son respuestas habituales características basadas en las experiencias almacenadas**
5. **Los síntomas que nos son puramente orgánicos en su origen están basados en experiencias almacenadas.**
6. El procesamiento transforma la información en resolución adaptativa

**Recuerdos (información) con afectos y sensaciones perturbadoras son almacenadas disfuncionalmente sin asimilación apropiada dentro de redes adaptativas más amplias.** Un hecho sucede, es traído a mi sistema y en lugar de ser capaz de asociarse con otras cosas positivas – “Soy un desastre, soy un desastre, pero esperará un minuto... Mi mamá me quiere, mi perro me quiere, me fue bien ayer, las cosas van a estar mejor, me pasó esto antes, siempre va a pasar” y se transforma la información en resolución adaptativa. Cuando eso no sucede, se bloquea dentro de su propia red neural. No se asimila ni se procesa hacia una resolución adaptativa

**Los atributos positivos y negativos son alimentados por las experiencias almacenadas en la memoria.** Lo que necesitamos es reconocer que no es solamente lo disfuncional o lo malo, los atributos negativos, son todos nuestros atributos. Lo que hace a nuestra capacidad de ser compasivos, la capacidad de amarnos a nosotros mismos y a los demás, los sentimientos fuertes y buenos sobre nosotros mismos, son las experiencias positivas que hemos tenido que se han asociado y han formado nuestros rasgos de carácter, nuestro sentido del yo. No es solamente lo negativo; también son las experiencias positivas. Entonces lo que estamos tratando de hacer con EMDR es acceder a los recuerdos negativos disfuncionales almacenados en las redes de la memoria de modo de que podamos moverlos hacia la salud. No se trata de sacar el recuerdo o purgarlo. No estamos purgando la memoria. Estamos catalizando el sistema de procesamiento que permite que la memoria se transforme. Se produce un aprendizaje. Se está interconectado de modo que pueda ingresar la información apropiada – no sólo aquí, pero a la conciencia. Entonces es una transformación completa de la información a todos de los niveles.

**Los rasgos de personalidad son respuestas habituales características basadas en memorias almacenadas.** Cuando escuchamos a los colegas decir: “Bueno, él/ella tiene un trastorno de personalidad y nunca se va a mejorar”, están mirando allí un monolito – es difícil mover el Everest de un lugar a otro. Podemos, sin embargo, ver a esa persona con determinadas características, a las que clasificamos como una constelación y describimos ese desorden determinado. La constelación significa las características de esa persona – cada rasgo de personalidad es una respuesta característica en el mundo. Siempre suelo responder de la misma manera - ¿por qué siempre respondo de esa manera? Porque las experiencias previas que he tenido se han conectado dentro de una red asociativa y yo entonces característicamente hago esto o aquello, y se transforma en un rasgo de

carácter. Si tengo un buen número de ellos tienden a agruparse y me van a dar un trastorno. Pero no lo miren como un trastorno. En vez digan: “Está bien, entonces estos son los indicadores que yo puedo buscar en determinado desorden de personalidad”, pero no hay dos pacientes que tengan la misma personalidad. Es solo un espectro y cada característica es abordada separadamente. No es que estoy tratando un trastorno borderline de la personalidad. Estoy tratando a alguien que tiene miedo y que no sabe cómo manejarlo y reacciona de una manera agresiva cuando pasan algunas cosas y entonces no se pueden quedar en una relación. ¿Qué voy a hacer con esa parte? Entonces para cada individuo, vamos a mirar cómo responden característicamente de una manera que no es saludable y qué puedo yo hacer con eso?

**Los síntomas que no son puramente orgánicos en su naturaleza están basados en recuerdos almacenados.** Sí, hay síntomas puramente orgánicos. Algunas formas de depresión requieren litio para rebalancear el sistema nervioso. Ciertos tipos de depresión pueden necesitar medicación para producir la activación del cerebro, pero en muchos casos, lo que tenemos son experiencias que le dijeron a la persona que no es capaz de hacer nada y que no hay esperanzas. Y si procesamos eso, ya no hay más depresión.

En otras situaciones puede haber una propensión genética hacia esa reacción, pero lo que ha torcido el barco son las experiencias que ha tenido. Procesar esas experiencias permite que el sistema se estabilice y ya no van a reaccionar más de esa manera.

En mis conversaciones con el Dr. Amen le comenté acerca de la noción de la existencia de una predisposición genética y la existencia de experiencias que inclinaron el barco, y él estuvo de acuerdo. Y esto les da la oportunidad como terapeutas de EMDR de poder trabajar con el paciente para poder identificar “¿Es genético? ¿Orgánico? ¿O es experiencial? Pero ustedes no deberían salir a buscar su primer paciente con trastorno bipolar o esquizofrenia. El uso de EMDR necesita encajar con el conocimiento de esa especialidad. Necesitan aprender acerca de cualquier área de especialización con la que estén trabajando y después pueden integrar el EMDR a lo que saben del sistema.

Karen Lansing dio ayer un ejemplo hermoso de cómo trabajó con un policía usando el protocolo estándar y obteniendo los resultados que el Dr. Amen estaba mostrando con un escaneo del cerebro. Ella usó el protocolo estándar con tres agregados que utilizó para ayudar a acceder a la información que necesitaba ser procesada. Y su comprensión del policía le permitió colocar esas adiciones que serían diferentes a las que pondría alguien trabajando con bomberos o con víctimas de abuso sexual o con pacientes fóbicos o adictos – lo que fuere. Eso está bien. Esos son sus agregados. Es cuando las personas dicen: “Bueno, yo no uso cogniciones negativas” o “No uso una cognición positiva” y “Yo realmente no lo proceso” o “hablamos de eso y hacemos movimientos oculares” esto no es EMDR.

Y para fortalecer lo que digo – para que nos quede bien claro – ocho años atrás, me llamaron en Oregon y me dijeron que existe esta terapia que están llamando “Rapid Eye Therapy” (Terapia ocular rápida) que ellos están enganchando y conectando con las investigaciones de EMDR. Y no lo enseñan a profesionales recibidos, sino a cualquiera que tenga 3500 U\$S para pagar. No estamos diciendo que sean personas sin ética. Estas son personas que creen que tienen algo bueno y que no creen que la psicoterapia sea algo que deba ser hecho solamente por profesionales de la salud mental, sino que cualquiera debería ser capaz de hacerlo y esto es por lo que lo están haciendo. Y entonces están



agregando puntos de anclaje de la PNL y tienen movimientos oculares y se llama Rapid Eye Therapy, pero no es EMDR. No están usando los procedimientos y los protocolos y las medidas de precaución y no tiene nada que ver con la investigación acumulada. Pero si Uds. le están poniendo auriculares a alguien y le están hablando, eso no es EMDR. ¿Ven? Muchas cosas que ustedes están haciendo pueden ser geniales, pero el agregarles estimulación bilateral no lo transforma en EMDR. Y lo que están obteniendo no tiene nada que ver con la base de investigaciones. Y esto es lo que quiso decir Rosalie cuando habló de obtener éticamente el consentimiento del paciente, necesitamos estar usando el EMDR y, sí, aportando sus estrategias creativas y su sabiduría, pero si no vuelven al procesamiento, si no usan el protocolo estándar para el procesamiento, las 8 fases, los procesos, simplemente no es EMDR, OK?

**Entonces la noción de asimilación adaptativa es cómo preparamos a los pacientes para hacer el reprocesamiento y cómo sabemos cuándo esto está logrado con el reconocimiento de que lo que estamos tratando de hacer es encontrar los focos que necesitan ser procesados de modo de que puedan moverse dentro de redes neurales adaptativas.** Ayer tuvimos el cerebro en el plenario y mañana vamos a tener a Peter Levine haciendo el cuerpo, la experiencia somática y yo soy el sándwich acá con el concepto de que el cerebro es parte del cuerpo. La noción es la de que no todo está acá arriba (la cabeza), pero es una parte del cuerpo y puede ser considerada como gobernada por los mismos principios. Y que el procesamiento de la información es físico, es intrínseco, es adaptativo. Estamos hablando de un sistema físico. Eso es lo que buscamos en el EMDR. ¿Cómo estímulo este sistema que es físico, intrínseco y adaptativo? Está preparado para llevar la perturbación hacia la salud mental. Es saludable y está basado en lo fisiológico. Sí, hay excepciones – 25 años de uso diario de cocaína, uso de anfetaminas – puede que el sistema de procesamiento de la información ya no este saludable. Pero, para la mayoría de nuestros pacientes estamos trabajando con un sistema saludable y basado en lo fisiológico que está preparado para dirigirse hacia la salud.

Las redes fisiológicas de la memoria interactúan para producir patología psicológica o salud, entonces no es un modelo de enfermedad el que estamos mirando, es un modelo de salud. ¿Cómo logramos que la información se transforme? Cuando proceso esa información, esas manifestaciones de la experiencia de la violación, no quiero un paciente que diga al final: “Ah! Sí, ya no me molesta más”. Ya está. ¿Qué tiene eso de bueno? Ella pasó por una experiencia. ¿Cómo puede aprender de esa experiencia? ¿Qué sentido del yo es engendrado por esa experiencia? Para que ella vaya desde aquí y después pueda avanzar a través del procesamiento hacia una nueva definición de su self. “Quiero ayudara que otros no pasen por esto. Si esto le pasa a otro, yo les puedo hablar, explicarles, mostrarles mi compasión, movimiento y transformación en una dirección positiva. No solo el equivalente de una lobotomía pre-frontal.

## **DIPOSITIVA # 5**

- **El cerebro es parte del cuerpo**

**8. El sistema de procesamiento de la información es físico, intrínseco y adaptativo.**

- 9. Equipado para llevar la perturbación hacia la salud mental.**
- 10. Basado en la fisiología y en la salud.**
- 11. Las redes físicas de la memoria interactúan para producir patología o salud.**
- 12. Múltiples sistemas cerebrales y de memoria.**
- 13. Todas las percepciones e identificaciones están basadas en la interacción de las redes de la memoria.**
- 14. Existe una resonancia física de los procesos cognitivos y viceversa.**

Existen múltiples sistemas cerebrales y de memoria involucradas. Todas las percepciones e identificaciones están basadas en la interacción de las redes de la memoria. Hay una resonancia física de los procesos cognitivos y viceversa. ¿Se acuerdan del ejercicio “Sí – No?” Cierren sus ojos por un momento y noten cómo se siente su cuerpo. Simplemente noten cómo se siente su cuerpo. Yo voy a repetir una palabra. Por favor repitan la palabra en su propia mente en su lengua de origen y observen qué pasa en su cuerpo. “¡NO! NO!” Ahora pongan su mente en blanco. Voy a repetir una palabra diferente. Nuevamente repitan en su mente en su lengua de origen: “¡Sí! ¡Sí!” ¿Cómo se siente eso? ¿Es diferente a la primera palabra? Hay una resonancia física a los procesos cognitivos. La terapia cognitiva diría: “es lo que piensan lo que produce lo que sienten”, pero lo que reconocemos en EMDR es el viceversa. Lo que sientan en su sistema implícito va a producir pensamientos. Cuando estamos cansados pensamos diferente. Cuando estamos enfermos pensamos diferente, no tomen decisiones mayores cuando hayan estado enfermos o realmente cansados. No están pensando bien. Las cosas no parecen tan buenas ni tan felices. ¿Qué pasa cuando estamos caminando por el mundo con esta perspectiva y algo pasa que es similar a un hecho que fue realmente perturbador y que no ha sido procesado? Aunque no hagamos un lazo cognitivo entre las dos, las redes de la memoria se conectan y las emociones y sensaciones físicas del archivo original surgen. Estos lazos asociativos nos hacen pensar: “Estoy muy mal”, o “Esto no tiene salida” o “No hay esperanzas”. Las percepciones implícitas o inconscientes se conectan de este modo. Después tenemos a nuestro neo cortex tratando de darle un sentido a esto. Podemos pensar que tenemos el panorama total del hecho, pero ha sido contaminado por una red de la memoria anterior. El afecto almacenado en una red de la memoria disfuncional y no procesada pasó a través de nuestro cuerpo y “Bum!”, Ahora nuestros pensamientos son los correspondientes a ese afecto! En EMDR tratamos de procesar esos sucesos anteriores de modo que nuestros pacientes no reaccionen más de ese modo. Estamos hablando de la conexión de información perceptual en lo que aparece. Por esto buscamos el foco en el archivo más temprano.

#### **DIPOSITIVA #6**

##### **- Conexiones y Canales**

- 16. El foco es asociado con otros recuerdos en una red disfuncional.**
- 17. Los recuerdos alimentan la perturbación del foco.**
- 18. Los recuerdos son alimentados con perturbación por el foco.**

**19. El procesamiento es la ruptura de viejas conexiones y la conexión de nuevas asociaciones desde redes neuronales más adaptativas..**

**20. Si se estanca, mimetiza el procesamiento original.**

CONEXIONES Y CANALES: la ilustración de la mano y los dedos es el modelo EMDR básico que seguimos. Como recuerdan, la mano representa el foco nodal y los dedos representan los canales de material asociado dentro de la red de memoria. Operando dentro del modelo de la mano y los dedos están las 8 fases del Modelo Estándar de EMDR y la triple aproximación (Focos Pasados, Disparadores Presentes y Respuestas Futuras Anticipadas). Esta ilustración es nuestra guía para seguir en términos de procesamiento. El foco (target central) está conectado con otros recuerdos en una red disfuncional (canales). Los recuerdos alimentan a la perturbación del foco. Y a medida que reprocesamos, estamos procesando cada canal y pensando: "Uau! ¿De dónde vino eso?", Qué otros canales van a aparecer y qué recuerdos están alimentando la perturbación. Este es un proceso de doble vía, los canales de la memoria alimentan el foco nodal y el foco nodal alimenta los canales de la memoria. Ambos, los nodos y los canales, crean, promueven y mantienen las emociones perturbadoras, sentimientos, sensaciones y creencias irracionales. Por esto debemos limpiar el sistema total (nodo y canales asociados) para lograr tratamientos exitosos. El saber cómo está formado un sistema disfuncional nos ayuda a darnos cuenta de que no es suficiente focalizar solamente en el nodo y establecer un recurso que haga sentirse feliz a nuestro paciente, y ya está. Un recurso es una hermosa curita, y es una buena preparación para hacer el trabajo de procesamiento. ¿Qué quiero decir por curita? Una curita puede hacer que el paciente se sienta mejor, pero no lo ayuda a procesar a través del canal. Entonces cuando tenemos a un paciente procesando a través de un canal y se produce un alto nivel de perturbación, intercalar un recurso o lugar seguro no ayuda a facilitar el proceso. Podemos estar tapando el canal o sacándolos del canal completamente. Intercalando recursos inapropiadamente, podemos no estar siquiera permitiendo que el paciente entre al foco nodal, y mucho menos aún procesando los canales asociados de recuerdos disfuncionales. Porque hemos cambiado los afectos. Entonces todas estas cosas que están en el target y en los canales asociativos están siendo enmascaradas. Aunque esto pueda estar bien cuando están en el consultorio, puede no estar tan bien cuando se van del consultorio. Por esto una sugestión hipnótica, un trabajo con los estados del yo, la relajación o los recursos se desgastan. Porque esa no es la parte permanente. La parte permanente es el procesamiento de toda esta información (dentro del nodo y de los canales) de modo que no esté más allá, influenciando nuestros pensamientos, sentimientos o conductas y disparando al paciente. Por lo tanto el sistema total (nodos y canales) necesita ser limpiado. El procesamiento es la ruptura de viejas conexiones y la conexión de nuevas asociaciones para formar redes más adaptativas. Esto es lo que el procesamiento logra. No significa purgarlo o simplemente desensibilizarlo, es hacer nuevas conexiones de modo de que se produzca un aprendizaje. Cuando estamos procesando, nos quedamos bloqueados, usamos lo que he llamado un entretejido cognitivo que las personas se han confundido en creer que es solo algo cognitivo. No, es moverse de una cierta manera o imaginar cuál es la diferencia entre cuán alta sos y cuán altos ellos eran, o lo que hoy harías. Es toda clase de cosas. ¿Qué estamos haciendo con un entretejido cognitivo? Estamos mimetizando el procesamiento espontáneo. Volvamos a la

metáfora del tren viajando a lo largo de la vía con cada set, el tren se está moviendo un paso a lo largo del camino. En cada parada, cierta información negativa se baja y cierta información positiva sube. Si estoy estancada, hay algo bloqueando las vías o no existe el siguiente tramo de vía para seguir andando. El tren no se está moviendo. Voy a ayudar al paciente a moverse hacia la próxima parada, agregando esa próxima pieza de vía adaptativa (red neural) que hubiera seguido. Yo voy a asociarla, es decir, mimetizar el procesamiento espontáneo. Pero mimetizar el procesamiento espontáneo es muy diferente a simplemente introducir un recurso. Introduciendo el recurso he sacado al paciente del tren. Ya no están procesando más. He cambiado su ESTADO.

¿Pueden los recursos ser usados apropiadamente en un momento determinado? ¿En un reprocesamiento? Sí, pero comprendan lo que están haciendo y por qué lo están haciendo.

**CONEXIONES ASOCIATIVAS:** Nuestras conexiones asociativas definen nuestro sentido del yo. De modo que nuestras experiencias pasadas se han interconectado adaptativamente para definir quienes somos. Piensen en nuestras redes neurales como en una tela de araña, como esas redes de la memoria interconectadas. Estas redes neurales impactan en la percepción de lo que está allí, definiendo un sentido del self, definiendo nuestro sentido de realidad o de seguridad. ¿Cuan peligrosa es una situación dada? Mientras que ciertamente necesitamos ayudar a nuestro paciente a reconocer qué habilidades o recursos tienen ahora o reconocer que habilidad o recurso los ayudaría ahora, es importante reconocer dónde están ahora. ¿Están en un peligro presente? Pueden usar un entretejido, por ejemplo, para manejarlo del tipo de: “¿Qué harías hoy para manejarlo?” Es importante reconocer, sin embargo, que esta es la manera en que lo están viendo, este es su mundo. Una vez que el procesamiento ocurre, sus percepciones cambian, se vuelven más adaptativas. Desde esta perspectiva más adaptativa, el paciente es más capaz de ver el tamaño actual del peligro y reconocer qué opciones tienen.

El peligro para nosotros, sin embargo, es reconocer si estamos estimulando a nuestros pacientes a concentrarse en puntos que creemos son importantes más que en aquellos que necesitan procesar. ¿Estamos focalizándolos en la seguridad cuando en realidad ellos necesitan trabajar su auto imagen? ¿Estamos nosotros decidiendo lo que deberían estar procesando o lo que deberían estar sintiendo cuando introducimos recursos o entretejidos cognitivos? ¿O les estamos permitiendo viajar hacia donde necesitan ir? Esta es realmente la parte importante. Es a veces realmente difícil para los terapeutas quedarse fuera del camino porque quieren ayudar. Pero no siempre sabemos qué es lo mejor. Entonces vamos simplemente a dejar que el procesamiento ocurra, en la propia red asociativa del paciente, honrándolos lo suficiente con una sensación de que su red de la memoria va a ir hacia donde necesita ir, a menos que se detenga y bloquee, permanezcan fuera del camino. Si, en efecto, se estancan, los tenemos que ayudar. Pero si no están detenidos, por favor manténganse fuera del camino.

## **DIPOSITIVA # 7**

### **D. Las distorsiones deben ser evitadas**

- 1. La patología se basa en la información, almacenada en el momento presente**
- 2. Se accede a la información así como esta almacenada en el momento presente**
- 3. Es rastreada así como esta almacenada en el momento presente**
- 4. Es procesada así como esta almacenada en el momento presente**

5. **Es manipulada, se vuelve a acceder y es reprocesada así como esta almacenada en el momento presente**
6. **Es reevaluada así como esta almacenada en el momento presente**

Las distorsiones deben ser evitadas. A: Asimilación Adaptativa; B: El cerebro es parte del cuerpo; C: Conexiones y canales; D: Las distorsiones deben ser evitadas. ¿Que quiere decir esto? La patología esta basada en la información, almacenada en el momento presente. En el cerebro. Los síntomas se muestran; las reacciones vienen de esta información por como esta almacenada en el momento presente. Se accede a la información así como esta almacenada en el momento presente. Cuando juntamos la imagen, la cognición e identificamos la emoción y la sensación corporal es como si apuntáramos tres rayos láser al material disfuncional. Estamos accediendo al material de manera controlada, así como esta almacenado en el momento presente. Pero tenemos que estar seguros de rastrearla así como esta almacenado en el momento presente. Cuando decimos “¿que le viene ahora?”, se permite que surja el material así como esta almacenado en el momento presente. Y se supone que se procesa ese material, así como esta almacenado en el momento presente. Esto significa que si uno le pide al paciente que genere un “insight” o que hable en exceso de lo que le viene, lo estamos sacando del procesamiento.

En las primeras épocas de los entrenamientos, teníamos muchos problemas con los terapeutas que interrumpían los procesamientos. Muchos terapeutas estaban entrenados en el método cognitivo-conductual y en métodos de respiración profunda, así que en medio del procesamiento utilizaban su terapia cognitiva o sus técnicas respiratorias y se detenía el procesamiento. El terapeuta había introducido otro estado. No dejaban que el paciente permaneciera en el procesamiento, así como esta almacenado en el momento presente. La manera en que esta almacenado en el momento presente debe ser accesible para el paciente para que éste pueda procesar todo los canales asociativos que necesitan ser procesados. Cuando uno tiene un paciente que esta tomando benzodiacepinas, sabemos que después que procesó la información y como resultado de eso se redujo su medicación, se debe volver a procesar el incidente. Puede resultar que lo que era “0” ahora es “5” porque la medicación suprimía el afecto. No todos los canales asociativos fueron procesados por este efecto de la medicación. Por esa razón hay que volver a procesar el problema.

También es importante recordar, sin embargo, que cuando se usan visualizaciones, afirmaciones, instalación de recursos, contenedores o cualquier técnica que suprime el afecto, tendemos al mismo resultado. Si usted sintió la necesidad de implementar técnicas de visualización, manejo de afecto o instalación de recursos, debe recordar que es necesario volver a procesar el problema sin distorsiones. Al final deberá usar el protocolo estándar porque sino no hizo EMDR. Hizo una “mezcolanza” y no dejó que se procesaran dichos canales. Así que, si manipulamos el procesamiento, hemos desbaratado el sistema de procesamiento adaptativo de la información del paciente. Corremos el riesgo de sacarlo del canal y desbaratar el procesamiento. Así que, cada vez que usamos una intervención o un entretejido cognitivo, hemos manipulado el procesamiento – hemos introducido lo que nos parece que es la información siguiente y como resultado nos hemos desviado un poco del target del paciente, o hemos causado que se saltee una porción del canal sin procesarlo.

Cada vez que le decimos al paciente que haga algo que no ha surgido espontáneamente, estamos distorsionando el procesamiento. Eso quiere decir que hay que volver atrás y hacerlo en forma no diluida. Debemos reevaluar nuestro trabajo constantemente. No solo

durante la sesión. Recuerden lo que dije sobre el cambio de rasgos a largo plazo, no solo un cambio de estado en forma temporaria. Quizás al final de la sesión parece que ha ocurrido una consolidación e integración. ¿Estamos seguros de eso? No. Recién cuando reevaluamos el progreso del paciente podemos estar seguros. Recién cuando procesamos todos los problemas del pasado, los disparadores presentes y pudimos instalar un modelo a futuro podemos estar seguros. La semana siguiente, y sobre todo antes del alta tenemos que revisar los recuerdos traumáticos importantes, los disparadores actuales y la habilidad del paciente para integrar los cambios que ocurrieron durante el tratamiento a sus acciones futuras.

Y recuerde – cualquier cosa que se ha distorsionado, a través de visualizaciones, hipnosis, mesa de conferencia, niño interior, entretejidos cognitivos, etc. debe ser reevaluada porque se ha distorsionado el procesamiento. Mientras que todas estas intervenciones son valiosas para algunos pacientes, recuerden que son distorsiones del flujo natural del sistema de procesamiento adaptativo de la información. Si ha usado una intervención por que le pareció necesaria, hay que volver a limpiar todo. Estas intervenciones son como las benzodiazepinas, enmascaran el procesamiento y son temporarias. Las sugerencias hipnóticas pasan, las afirmaciones pasan, salvo que se las refuerce constantemente, así como los recursos que no son reforzados, también pasan. Lo que estamos buscando es un procesamiento pleno y completo. Es reevaluado y almacenado en el momento. Al final de la sesión si fue manipulado, se presentará así. Por esa razón hay que volver a chequear la próxima vez, y la vez siguiente. Lo que quiero señalar aquí es que la preparación no es lo mismo que el procesamiento.

Todas estas cosas importantes que se sugieren, estas habilidades para que el tratamiento de EMDR sea más robusto y fuerte, como estrategias para tomar la historia clínica o estrategias más completas para la fase de preparación, son fabulosas. Todo esto lo veo muy bien. Más sabiduría podemos introducir desde las distintas orientaciones terapéuticas, mejor. Porque todos queremos lo mismo: pacientes felices que pueden relacionarse, conectarse y amar. Pero verlos sonrientes al final de la sesión no quiere decir que hemos logrado nuestro objetivo.

Hemos recibido muchos llamados en el Instituto en el correr de este año de gente que dice: “Realmente estoy confundida, hace meses que estoy haciendo EMDR y quiero mucho a mi terapeuta, tenemos muy buen rapport y me siento muy bien al finalizar cada sesión. Pero cuando llego a casa los problemas siguen estando. No estoy mejorando. Cuando leo este libro sobre EMDR no parece ser lo mismo que me están haciendo a mí”. Cuando le preguntamos si habló con su terapeuta, contestan que “... bueno, si...pero.” Por lo tanto es importante que nosotros sepamos que es EMDR, y que informemos a nuestros pacientes no solo cuando los vamos a tratar con EMDR, sino también cuando los vamos a tratar con algo que no es el Abordaje Estándar de EMDR. Es nuestra obligación ética y profesional informar a nuestros pacientes cuando los vamos a tratar con un abordaje que está respaldado por la investigación científica y cuando vamos a usar una variación experimental, que puede ser considerada EMDR o no.

## **DIPOSITIVA # 8**

### **E. Evaluar cada contribución experiencial**

- **Se debe evaluar, acceder y procesar cada contribución experiencial**
- **Las contribuciones experienciales pueden ser negativas o positivas**

- **Se deben evaluar las diferencias entre los síntomas**
- **Se debe evaluar en forma individual y sistémica**

Mientras que la fase de preparación es importante, no todo el mundo necesita mucha preparación, y recuerde: preparación no es procesamiento. Como parte de la evaluación clínica del paciente la tarea del terapeuta es identificar cuanta preparación es necesaria. Nuestro paciente debe tener cierta estabilidad para poder manejar el reprocesamiento de las contribuciones de las experiencias, es decir el contenido del recuerdo que se utiliza como target.

**E. Se debe evaluar cada contribución experiencial.** Tanto las que llevan a la salud como aquellas que son disfuncionales. Esta lo genético, sin duda. También está “que no dormí bien anoche y estoy cansado y eso me afecta”. Pero nosotros estamos buscando las contribuciones de las experiencias que están almacenadas en el cerebro a las cuales se deben acceder, que deben ser evaluadas y procesadas. ¿Debe ser procesada cada una de ellas? No, porque tenemos el efecto de la generalización. Pero necesitan ser evaluadas. Las contribuciones de las experiencias tanto positivas como negativas. ¿Que cosas buenas le han pasado al paciente, que personas han tenido un rol positivo en su vida que pueden “asistir en la preparación”.? ¿Qué puedo usar como entretejido cognitivo? ¿Qué tipo de relación tiene el paciente con sus hijos? ¿Voy a tener que usar “que pasa si su hijo....” en un entretejido cognitivo? Debemos ver que tienen y que van a necesitar. Hay que evaluar la diferencia entre la reducción del síntoma y un tratamiento abarcativo. Supongamos que alguien viene por una fobia a manejar. Si me concentro solo en la fobia y la mando de vuelta a una vida de desesperación, no considero que eso haya sido un buen trabajo, salvo que ella no quiera abarcar más que la fobia. Pero si como terapeuta y a través de una buena historia clínica estoy viendo un panorama clínico más amplio, debo mostrarle al paciente las posibilidades y el potencial de resolver algunos problemas y acceder a una mejor calidad de vida. En parte porque la fobia o el TEPT están enmascarando otro material disfuncional y una serie de síntomas. Es como sacar el cubrecamas del colchón, una vez al descubierto el colchón muestra bultos que hay que arreglar. Así que, si se toma una buena historia clínica se puede identificar que necesita ser procesado para ayudar al paciente a llegar a un estado actualizado. No solo para algunos problemas sino para todos los problemas. EMDR es un abordaje positivo que actualiza a la persona, no solo un modelo que desensibiliza el trauma, donde se resuelven los problemas obvios y luego se permite que el paciente continúe rengueando con otros problemas auestas. Queremos que los pacientes bailen con salud emocional.

El terapeuta debe evaluar al paciente individualmente en su relación con él y desde lo sistémico a partir de sus relaciones familiares, sociales y laborales. Para hacer esto necesitamos la retroalimentación paciente/terapeuta. Cuando decimos en una investigación “se debería poder procesar el trauma de un evento único en 3 sesiones” no quiere decir que es lo único que debe hacer la terapia. Eso es un indicador en términos de procesamiento pero lo que estamos buscando es como llevar a los pacientes a un nivel que ni siquiera ellos pensaban posible. Y está bien si van aún mas lejos de lo que el terapeuta imaginaba. En el armado de la terapia, estamos buscando las experiencias positivas y negativas y queremos usar cualquier herramienta clínica posible para llegar a este objetivo.

Si le estamos hablando a un paciente desde la perspectiva psicodinámica, vamos a estar mirando los problemas de la familia de origen, vamos a tomar en cuenta las defensas-¿Qué es una defensa? Es la forma habitual con la cual el paciente aprendió a responder para poder sobrevivir en su niñez y/o adolescencia. ¿De donde viene esto? De recuerdos

tempranos. ¿Cuáles son los recuerdos tempranos que deben ser procesados? Identificar estos recuerdos es saber donde buscar los recuerdos fundantes.

¿Cuáles son las situaciones del presente que deben ser trabajadas? La transferencia - ¿Qué quiere decir eso? – La transferencia es la forma habitual que tiene el paciente de responder a las personas y lo mas probable es que se repita con el terapeuta. De estas conductas se pueden identificar las características y creencias habituales que tiene el paciente sobre si mismo, unir esto con los recuerdos tempranos e identificar los targets que hay que procesar. Todo esto es retroalimentación para el paciente, se los resuelva con EMDR o no.

**Terapia Conductual** – Hacemos un análisis conductual funcional. ¿La ultima vez que se puso mal, que pasó? (Ese es el target presente) ¿Qué estaba viendo o visualizando? (Ahí está la imagen) ¿Qué estaba pensando acerca de sí mismo? (La cognición negativa) ¿Cómo se sentía? (La emoción) ¿Dónde lo sentía en su cuerpo? (La sensación) ¿Y que hizo después de eso? “Fui a emborracharme” (Esa es la estrategia habitual del paciente para enfrentar este tipo de situaciones). El terapeuta puede ver la conexión y eso permite ver que se va a procesar del pasado, del presente y como armar el modelo a futuro.

**Terapia Cognitiva** – Le da al terapeuta las creencias para usar en el tratamiento: “Soy vulnerable”, “No sirvo para nada”, “No soy querible”, “No puedo tener éxito” ¿De donde vienen estas creencias? ¿Son consecuencia de experiencias tempranas?

**Hipnosis** – Use una línea de tiempo. Comience con “0” ¿Qué estaba pasando en la familia en ese momento? ¿Como estaban físicamente? ¿Que recuerda el paciente de lo que le contaron sobre ese período? Esto no lleva a preguntarnos si hay que procesar el trauma pre-verbal. Conceptualmente todo está ligado. La experiencia puede ser a nivel somático pero una vez que se adquiere el lenguaje todo se conecta. Y estas experiencias se conectan con otros recuerdos. Así que tengo bastantes targets que puedo procesar que van a circular por canales somáticos. No los tengo que buscar porque van a estar conectados con el nodo del target y van a aparecer durante el procesamiento. Si no están conectados nos ocuparemos de ellos al final de la terapia. Si se ha procesado todo y todavía quedan cabos sueltos voy a saber que hay problemas neonatales. Estamos hablando de pocos pacientes, pero hay que estar atento. Si alguien empezó su vida en una incubadora no es necesario procesar “la incubadora”. Pero la percepción que desarrolla la persona a raíz de esta experiencia es quizás una sensación de pesadez, que no puede ser exitosa, que no sirve. Estas percepciones se van a desarrollar como resultado de las interacciones familiares, porque la familia tiene miedo y sobreprotege. Estas percepciones basadas en las interacciones familiares le da a la persona la sensación de que fue dañada. Es cierto. Fueron dañadas en su momento. Pero cuando recuerdan esta interacción familiar, ¿como la sienten AHORA? (La creencia irracional que desarrollaron por su situación y la respuesta de la familia). Este es el material disfuncional que debe ser procesado.

**Sistemas Familiares** – Se hace un genograma, es una buena forma de tomar la historia e identificar los targets. Esto ilustra como se puede aprovechar de varias orientaciones para el abordaje con EMDR. Transferencia, creencias cognitivas, línea de tiempo, genograma, etc. Son todos instrumentos valiosos para utilizar en la toma de la historia.

**Experiencias – Soma** - ¿Cómo se sintió la última vez que sucedió? Fíjese donde lo siente en su cuerpo. Piense en su infancia. ¿Cuando se sintió de esta manera? Esto le da targets tempranos (Técnica del Flotar hacia Atrás).



¿Se puede usar el estresor del presente como target? Si. Pero recuerde que la perturbación puede bajar pero también puede subir. Nos estamos apoyando en los canales asociativos para reprocesar nuestro nodo del target (Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información). Si los canales no procesan nos podemos quedar con la situación del presente que es difícil de cerrar. O si no se mueve podría ser porque hay experiencias tempranas que lo están alimentando. O si se vuelve mucho más intenso de lo que pensaba tanto el paciente como el terapeuta, basado en el target presente, podría ser que se abrieron recuerdos traumáticos que estaban por debajo de nuestro target actual. Algo que no pudimos ver cuando tomamos la historia del paciente. Por eso sugerimos casi siempre “vayan primero al pasado”. ¿Pero que pasa si alguien fue violado? ¿Siempre vamos al pasado primero? No! Si usted tiene un sobreviviente de una violación reciente, si bien esto es una situación de TEPT reciente, es importante identificar si hubo violaciones anteriores u otros traumas en la vida de ese paciente. Es importante identificar todo lo que pasó en su historia. Hay que evaluar si hay una razón para procesar un archivo anterior o si es apropiado procesar la violación reciente. Puede haber traumas anteriores que están alimentando la violación actual y por eso se considera mejor procesar eso primero. Al identificar estos problemas del pasado y consultar con el paciente sobre cual problema es mas conveniente procesar, se está proporcionando el consentimiento informado. Si emerge algún otro recuerdo traumático durante el procesamiento, al menos el terapeuta y el paciente están preparados.

**Flotar Hacia Atrás/Hacia Adelante** - (Muchas veces muy útil en la toma de la historia e identificación del target). Traiga la imagen, la cognición, fíjese en su cuerpo y deje que su mente flote hacia atrás/adelante a un momento donde ha experimentado (o anticipado) estas cogniciones y/o sensaciones corporales. Esta técnica de flotar hacia atrás/adelante le da mas información y le ayuda a conceptualizar el caso.

**Fotografías** - Pídale al paciente que traiga fotos de su familia de origen y conversen sobre ellas. Escuchen atentamente al paciente: ¿Qué relata? Videos de los años de la infancia son útiles para que aparezca un material muy rico. También es útil pedirle al paciente que escriba un diario y trabajar con dibujos. En otras palabras es importante que el terapeuta use toda su experiencia clínica, sus conocimientos y el entrenamiento que recibió en su orientación terapéutica para conceptualizar sus casos. Más herramientas tenemos para saber qué problemas deben ser trabajados, mejor. Cuanto más podemos aprender los unos de los otros, mejor. Pero recuerden que estas herramientas se utilizan para encontrar los targets que deben ser procesados. Los targets tanto negativos como positivos. Reprocesamos los targets negativos para transformarlos e incorporamos las experiencias positivas para mejorar el aprendizaje que acompaña el reprocesamiento.

Si una paciente fue traumatizada en su infancia, pasó por varios estadios del desarrollo sin incorporar lo que corresponde a esa fase, no adquirió la infraestructura psíquica para amar, relacionarse y gozar. Queremos introducir esos déficits del desarrollo en el sistema. Por lo tanto, el reprocesamiento de EMDR es procesar las experiencias negativas y también las contribuciones de las experiencias positivas. No solo aquellas que llevan a la disfunción sino también las que llevan a la salud. Así que cuando escucho que un terapeuta dice:” Yo no uso el protocolo de EMDR para trauma”, pienso que lo que dice está basado en un malentendido. Cuando recién empezamos, muchos terapeutas, con razón, buscaban los traumas con ”T”. Los terapeutas aprendieron a diagnosticar los targets del TEPT. Es fácil de ver que una violación, accidente de auto, secuestro es un trauma con “T” que crea efectos negativos. Sin embargo, es muy importante tener en cuenta esas otras experiencias, las que no cumplen con el criterio “A” del DSM-IV, que están en todas partes, los eventos “t” como las humillaciones en el colegio, ser rechazado por el papá, pérdidas que atraviesan la infancia, etc.. Estos también van a tener efectos negativos. Son traumas

con “t” que tuvieron efectos negativos sobre la psique o el self. Es importante entonces pensar que el protocolo de EMDR sirve para reprocesar los recuerdos que están almacenados en forma disfuncional en las redes de la memoria (eventos “T” y “t”), que no es solo un protocolo de trauma. El Abordaje Estándar de EMDR (pasado, presente, futuro, siguiendo las 8 fases) es el protocolo que permite procesar las contribuciones de las experiencias tanto disfuncionales como saludables. Un abordaje que lleva a la salud emocional y a la actualización de la persona.

## **DIAPOSITIVA # 9**

### **Sistemas Relevantes**

- **Consciente e Inconsciente**
- **Simpático y Parasimpático**
- **Perceptual y Motriz**
- **Dos Hemisferios Cerebrales**
- **Cerebro Triuno**
- **Partes Individuales del Cerebro**
- **Sistema Neuroeléctrico**
- **Sistema Endócrino**

LOS SISTEMAS RELEVANTES en el cerebro: era muy fácil pensar en la mente como compuesta por el CONSCIENTE Y EL INCONSCIENTE. Y eso era todo por lo que teníamos que preocuparnos. Pero ahora estamos tratando con los concomitantes neurobiológicos de comprender que el cerebro es mucho más complejo. Tenemos el SISTEMA SIMPATICO Y PARASIMPATICO – aquellos implicados en la respuesta de ataque-fuga, como se dispara la alerta y cómo logra calmarse. Los sistemas perceptuales y motrices. Necesito pasarlos rápidamente. Pueden ver el trabajo del Dr. Siegel con muchas de estas cosas.

Los DOS HEMISFERIOS CEREBRALES. Escuchan a las personas decir: “Hicimos la estimulación bilateral y eso es que hace que el EMDR sea efectivo porque esos son los dos hemisferios del cerebro”. Eso es teoría. Después otras personas dicen que es el CEREBRO TRIUNO porque es la corteza, el sistema límbico y el tronco cerebral. Bueno, sí. Porque tenemos eso y tenemos esto.

En otras palabras, hay tantos sistemas relevantes implícitos que hay teorías acerca del EMDR en términos de sus procedimientos y de la estimulación ligada a todos estos. Y a fin de cuentas, aún no sabemos cómo trabaja el EMDR. Estos sistemas arriba mencionados son los que han sido implicados en las PARTES INDIVIDUALES DEL CEREBRO. Cuando hacemos los movimientos oculares, tenemos las espículas PGO, las que también estimulan al hipocampo – un centro de la memoria del cerebro.

Y después, por supuesto, el cuerpo calloso también está implícito - El SISTEMA NEOELÉCTRICO – porque son las conexiones que están ocurriendo debido a la estimulación eléctrica.

Y también tenemos el SISTEMA ENDOCRINO que está actuando. Entonces si tomamos todos estos, estamos básicamente diciendo: “¿Qué es lo que está implícito en el procesamiento? – Yo diría son todos estos sistemas!”

**DIAPOSITIVA # 10****SISTEMAS DE MEMORIA**

- **IMPLICITA (NO DECLARATIVA O PROCEDURAL)**
  - SOMATICA**
  - PERCEPTUAL**
  - COMPORTAMENTAL**
  
- **EXPLICITA (DECLARATIVA O SEMANTICA/EPISODICA)**
  - FACTUAL**
  - AUTOBIOGRAFICA**
  
- **SENSORIAL Y DE TRABAJO Y A LARGO PLAZO**
  
- **CONSOLIDACION E INTEGRACION**

Y no es que diga que la neurobiología no sea importante. Por supuesto que lo es. Es la base de todo. Pero no sabemos o no necesitamos saber en este momento cuales son los argumentos biológicos.

Traducción:  
Lic. Carina Mitrani  
Lic. Catalina Knopfler

# El respeto del caso x caso en el marco de las neurociencias

Breve crónica referida a algunas presentaciones realizadas en el IV Congreso Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático (Buenos Aires, 24 al 26 de junio de 2004)

**Lic. Benjamín Uzorskis**

Los conceptos: de la teoría a la práctica clínica

## **Primeramente quiero destacar la presentación de Gerrit van Wyk (Sudáfrica), titulada “Debriefing Desacreditado: Una propuesta alternativa para asistir víctimas de trauma”.**

Esta ponencia es interesante pensarla en confrontación con la de Paula Schnurr (USA), titulada “Trauma, TEPT y Salud Física”, y con lo expuesto por esta misma psicóloga, junto a Bárbara Rothbaum (también de USA), en el Curso de Terapia Cognitivo - Conductual”.

El trabajo de van Wyk apuntó fundamentalmente al respeto necesario que merece cada paciente en cuanto a la manera en que se maneja con aquello que le afecta psíquicamente.

Desde el marco del psicoanálisis es un lugar común suponer que es patológico que el paciente reprima, que utilice la represión como mecanismo de defensa, y lo mismo se supone con relación a la negación como forma de procesamiento psíquico, ambos realizados en forma inconsciente.

Y dentro del marco de las terapias cognitivas es también muy frecuente suponer que es importante que el paciente realice un *debriefing* para liberarse de todo aquello que lo afecta emocionalmente.

Por lo que planteó van Wyk parece que se ha dado una estandarización del trabajo de los psicólogos, de tal modo que no se respeta lo que sucede con cada paciente en particular. En su exposición, se pudo advertir que pasó a ser un lugar común, entre los que intentan ocuparse de asistir a las víctimas de una situación traumática, el tratar de lograr respuestas supuestamente normales, donde no deberían existir ni la represión ni la negación como respuestas posibles. O sea que, en lugar de tranquilizar, ayudando a aceptar como normal o esperables determinadas respuestas espontáneas ante el dolor y el sufrimiento agudos, ayudando a normalizar lo que se padece, lo que él observó es lo contrario.

También destacó lo absurdo de pretender que las abreacciones sean rápidas y en el momento en que los profesionales pretendían que se realizaran.

Sin usar el término *timing*, aportado por la escuela inglesa de psicoanálisis, considero que van Wyk estuvo planteando enfáticamente, la misma idea, esto es, la necesidad de respetar el momento de cada paciente y sus características singulares como para no forzar reacciones supuestamente esperables y normales. Es más, defendió la posibilidad de cada sujeto de reprimir y de negar si es eso lo que solamente puede hacer, como una forma de respetar los recursos que inicialmente cada afectado utiliza para defenderse frente a lo traumático.

En este sentido, considero que la presentación de Carina Mitrani, Sandra Baita y Rubén Lescano también planteó un criterio semejante, refiriéndose al respeto por la disociación como respuesta adaptativa del sujeto ante el trauma.

Así como Freud advertía acerca del *furor curandis*, me parece oportuno que aparezcan estas intervenciones que alertan sobre esta actitud: no es cuestión de apurar el trámite en el proceso terapéutico ni de tratar de borrar abruptamente lo que se considera supuestamente patológico.

Sí se trata de evaluar adecuadamente en cada caso cuánto de lo que hace el paciente le sirve o le perjudica. No es cuestión de atacarlo frontalmente ni de forzarlo a que funcione de acuerdo con criterios que suponemos sanos a priori.

*Psique y soma*

Me parece necesario destacar, en la primera ponencia de Paula Schnurr, el trabajo de investigación que correlaciona los traumas y los TEPTs con la aparición de trastornos en el organismo. Quizás para el medio [norte] americano puede ser una novedad y un aporte para pensar un orden de causalidad entre lo psíquico y lo físico, donde lo primero afectaría al segundo. Me parece que se trata de una cuestión generacional y cultural, dado que durante los comienzos de la segunda guerra mundial, los EEUU absorbieron una importante camada de psicoanalistas que tenían esta cuestión muy claramente planteada y se ocuparon de difundirla. Posiblemente la decadencia del psicoanálisis en ese medio hace que sea necesaria esta investigación y ahora pueda ser considerada una novedad. En ese sentido no está mal y viene bien un aporte estadístico que confirme algo que es muy obvio para nuestro medio donde tanta vigencia ha tenido, y aún tiene, el psicoanálisis, pero con las consecuencias lamentables de abundar en concepciones que caen, frecuentemente, en el psicologismo.

### **Las razones del mercado**

En cuanto al pretendido “Curso de Terapia Cognitivo-Conductual” presentado por Paula Schnurr y Bárbara Rothbaum, fue llamativa, en el comienzo del mismo, la pregunta realizada al numeroso auditorio presente referida a cuántos de los asistentes conocíamos y/o utilizábamos EMDR como herramienta terapéutica. En mi opinión el curso no fue tal sino el relato detallado de una modalidad de trabajo de investigación, en el cual quedaba subsumida la tarea clínica y, a la vez, anulada como tal. Según estas psicólogas los sujetos afectados por situaciones traumáticas debían relatar con puntilloso lujo de detalles lo que habían padecido, y volver a escuchar a solas lo que se había grabado de esos relatos. La consigna de trabajo presentada apuntaba a una sobre exposición a los sucesos vividos y la exigencia de la reiteración del relato. Cada vez con más detalles, suponiéndose que de este modo se producía la abreacción necesaria, liberadora. Los sujetos que integraban esta experiencia debían sumarse como parte de una muestra representativa de lo que se quería investigar, esto es, la supuesta eficacia de esta metodología de trabajo. Exactamente en las antípodas de lo que había planteado van Wyk, a quien pude observar escuchando esta presentación y que se retiró antes del final de la misma. Ignoro si fue una actitud diplomática o si huyó espantado por lo que escuchaba.

Bárbara Rothbaum, fue muy explícita al reconocer que ella no tiene tiempo para tomar pacientes, sólo lo tiene para aquellos que pueden integrar la muestra de la investigación. El caso por caso es erradicado de plano.

Las presentadoras exhibieron un gráfico que mostró además un estudio comparativo de la eficacia de esta metodología en comparación con el uso de EMDR. De paso, tuvieron la amabilidad (?) de explicar a los que no conocían EMDR, las características del método creado por Francine Shapiro. En esta tarea revelaron, o bien su ignorancia o su mala fe. Obviamente, los datos presentados mostraban la ventaja de esta técnica de sobre exposición con respecto a EMDR.

Es posible que estos gráficos apunten a contrarrestar la demanda de EMDR, ya que recientemente fue éste uno de los modelos psicoterapéuticos recomendados para asistir a las fuerzas militares afectadas que vuelven de Irak.

Sin duda quedó clara una cuestión: en el campo de lo cognitivo hay tanta pelea por el mercado como en el del psicoanálisis con relación a sus distintas asociaciones y escuelas.

*Actualización en neurociencias*

Me parece importante comentar brevemente la Mesa Redonda “Actualización en los Trastornos de Estrés Postraumáticos. Modelos Neurobiológicos. Nuevas moléculas”, presidida por Enrique Kuper. La presentación fue hecha en nombre del grupo GUNI (Grupo Universitario de Neurociencias Integrativo). Creo que es un equipo interdisciplinario que trata de integrar el uso de la palabra en psicoterapia con un adecuado conocimiento de lo que actualmente se está investigando en el campo de las neurociencias. Conocen EMDR y coinciden en las exigencias que plantea su aplicación práctica, en cuanto a conocimiento y solvencia profesional aquilatado con años de práctica clínica previa. Es un grupo con el que convendría estar en contacto y eventualmente invitarlo a presentar un Ateneo en EMDRIA Latinoamérica. Es una propuesta que dejo para considerar.

### **EMDR en Suecia**

La conferencia de Luis Ramos-Ruggiero (Suecia) “Recuperación y Elaboración de Experiencias Traumáticas Reprimidas” fue conmovedora y sin duda sorprendente, y quizás hasta increíble para quienes no conocen la experiencia psicoterapéutica con EMDR. Luis Ramos-Ruggiero es un psicoanalista uruguayo exiliado en Suecia hace bastante tiempo y que hace 10 años dirige un instituto dedicado a la Psicología del Trauma en Estocolmo. Es destacable de esta presentación el intento de articulación teórico-clínico, haciendo los correspondientes enlaces con lo que postularon los autores prepsicoanalíticos (Breuer, Janet y Charcot) y luego Freud, con relación al mecanismo de represión y a sus efectos posibles, de derivación por la vía somática. Todo esto con la puesta en práctica de EMDR en una paciente que ya había sido tratada por él, con un enfoque psicoanalítico, en una etapa anterior durante 6 años. Grace, una mujer chilena de 54 años, también exiliada en Suecia había perdido a su marido en el momento del trágico golpe militar de septiembre de 1973. Había mejorado con el tratamiento: logró rehacer su vida, nueva pareja, otro hijo. Pero mantenía cierta angustia difusa y padecía infecciones urinarias a repetición. Esta paciente viaja a Chile en 1985, se reencuentra con parte de la familia y una frase que escucha en esa estadía le genera curiosidad e inquietud respecto a algo no dicho y a que se le asegura que eso, será mantenido en secreto. Luego de este suceso la paciente decide volver a hacer una consulta y lo busca a Luis Ramos-Ruggiero, quien entonces le dice que puede retomar el tratamiento y probar con una técnica nueva que viene utilizando hace unos años, EMDR. La paciente acepta y lo que antes estuvo totalmente reprimido aparece: como quien ve un film, se reencuentra con situaciones vívidas en la que su padre había abusado sexualmente de sus tres hijos, de modo diferente, y de ella también.

El video presentado, para quien no conoce EMDR, puede parecer una *tramoya* cinematográfica. Es impresionante. Como lo es la desaparición cuasi milagrosa de las infecciones urinarias que padecía hasta ese momento.

Según Luis Ramos-Ruggiero, con EMDR, es como si se lograra poner sobre una bandeja y ante nosotros, lo que se mantenía como memoria neuronal en la amígdala intracerebral. Dicho esto como un intento de articular lo que sucede con la palabra, utilizada conjuntamente con los movimientos oculares, en el contexto “sinclético” –según el término acuñado por Francine Shapiro- de EMDR, dentro del marco de las neurociencias.

*EMDR: intervención humanitaria en Santa Fe*

Con relación a la presentación del panel presidido por María Elena Adúriz, “Cómo enfrentar la Catástrofe y el Trauma usando EMDR: La experiencia de la inundación en Santa Fe”, me parece destacable, primeramente, la presencia espontánea de uno de los médicos de la zona afectada, quien inicialmente había sido bastante reticente ante esta

propuesta de intervención. Sin duda esta presencia es una confirmación de los efectos de alivio y crecimiento personal que significó este aporte para los que padecieron la situación de desastre.

Dado que ya existe un relato de esta experiencia en el número anterior de esta publicación y que se hará una nueva presentación en el Ateneo programado para el mes de agosto, me limitaré a destacar algunas cuestiones que me parecen importantes.

Por un lado, el trabajo intragrupal de los que participaron en la aplicación de EMDR en Santa Fe, con los afectados por la inundación, apelando al *debriefing* como elaboración compartida de la experiencia y como cuerpo de protección emocional, no solamente para los niños sino para los mismos integrantes del equipo. Tarea que, según contaron, realizaron al final de cada jornada de trabajo.

En este sentido creo que el valor del *debriefing* depende del contexto en el cual se realiza, y en tanto llega a percibirse como necesario por quienes participan de la experiencia, no como una catarsis forzada y meramente evacuativa.

Me parece también importante no haber cedido al criterio puramente científico que imponía la necesidad de contar con un grupo control, para realizar lo que se denomina doble ciego, ya que esto hubiera significado desatender a la mitad de los afectados: 110 niños y lo que esos efectos traumáticos *post* catástrofe padecidos por ellos implicaban para la familia y para su escolaridad.

Finalmente quiero destacar el paciente trabajo de preparación del campo posible de trabajo, actuando con las autoridades del medio local de la zona afectada por la inundación, autoridades y personal escolar, y los familiares de los niños con los que directamente se trabajó. En este sentido, considero que este trabajo previo, tan arduo, es importante como metáfora de lo que hace falta realizar previamente, antes de cada trabajo psicoterapéutico para poder aplicar EMDR, con cada paciente. La experiencia de Santa Fe puede servir como herramienta explicativa de cuánto implica el antes de aplicar EMDR, caso contrario puede quedar como efecto de transmisión que sólo se trata de movimientos oculares o de *hand tapping*. Y cuando se banaliza un método se lo tergiversa o se lo termina denigrando. Creo que es lo que conviene evitar.

## LOS LÍMITES DEL EMDR

### Dr. Pablo Solvey

Como en toda práctica médica, EMDR tiene sus indicaciones precisas y sus limitaciones, que es imprescindible conocer para poder aplicarlo exitosamente.

Hay dos ejes principales, sobre los cuales nos vamos a explicar acerca de los límites del EMDR.

Uno corresponde al **terapeuta**, y a todas las causas pertinentes a éste que puedan limitar la acción eficaz del método.

**El otro corresponde al paciente, y a todas las causas atribuibles a él, que limitan o impiden su uso.**

**El eje que corresponde al terapeuta:** Lo primero que surge es que la aplicación eficaz de este método requiere, por parte del terapeuta, de un entrenamiento y práctica supervisada adecuados, puesto que el EMDR es una técnica altamente estructurada.

Muchos terapeutas no comprenden esto, lo subestiman, y lo aplican con cierta displicencia, no teniendo la responsabilidad, ni tomándose el trabajo de estudiar a fondo y paso a paso las etapas del procedimiento.

Hago hincapié en el concepto de ESTUDIAR, que no es lo mismo que hojear, leer, o asistir a un entrenamiento y creer que eso es suficiente. Saber *acerca* de algo no es lo mismo que saber *aplicar* ese algo.

Mucha gente proviene del modelo psicoanalítico – de hecho tanto Raquel como yo provenimos de allí – donde con haber leído algunos escritos técnicos de Freud, más el haber pasado por unos años de análisis personal se considera suficiente formación para aplicar el psicoanálisis y que los habilita a aplicar el tratamiento psicoanalítico a otros. Sólo se hace hincapié en la atención flotante, la regla de abstinencia, y en la intuición, pero nadie explicita claramente qué es exactamente lo que hay que hacer. Es como tirar a alguien al agua para que aprenda a nadar, total el que se ahoga es el paciente.

Pero poder trabajar eficientemente con EMDR es totalmente diferente: antes de tirarse al agua se debe aprender las distintas técnicas de natación: estilo pecho, crawl, mariposa y espalda, saber cada movimiento, cuándo aplicarlo, etc. En efecto, para aplicar con éxito el método, necesitamos conocerlo paso a paso, preferentemente con las palabras exactas, sabiendo cómo reaccionar ante cada opción que se nos pueda presentar. Y permítaseme agregar algo más, que quizá suene descorazonador para muchos: EMDR es un método difícil. Es muy fácil decir piense en eso y mover los dedos, pero es difícil hacerlo de modo pautado y con un resultado eficaz. Sin embargo, quien lo aplica correctamente obtiene resultados espectaculares, que a mí no dejan de maravillarme aún ahora, que llevo más de 11 años usándolo.

Debemos recordar que el EMDR es una terapia que requiere una cuidadosa preparación, con una estrategia planeada cuidadosamente: saber en qué orden procesaremos determinados traumas o qué creencias disfuncionales abordar primero, por caso. Todo ello dentro de un plan o proyecto, que elige el terapeuta y se responsabiliza por él.

Ahora bien, para aplicarlo correctamente se requiere además de lo expuesto más arriba, referido al procedimiento y a seguirlo paso a paso con los términos exactos, tres cosas más:

7. Por un lado saber acerca de que estamos hablando cuando aplicamos el protocolo básico, su herramienta fundamental, y conocer claramente las diferencias entre ciertos conceptos, tales como emoción, sensación corporal, pensamiento o idea y cognición. Créanme que muchos no lo tienen claro.
8. Por otro lado se requiere un extenso conocimiento y capacidad de hacer diagnósticos y de todos los diagnósticos diferenciales, puesto que no aplicaremos la misma técnica, ni de la misma manera en los distintos cuadros clínicos.
9. Por último, se requiere una buena formación clínica. Francine Shapiro no se cansa de repetir que no se debe tratar con EMDR un paciente que no trataríamos (o no podríamos o sabríamos tratar) sin EMDR. Existen terapeutas acostumbrados – y habilitados – para tratar dificultades de relación, divorcios, problemas existenciales, pero no verdaderas patologías, y por algún motivo no suelen ser los primeros los que más habitualmente consultan a los clínicos de EMDR, sino que nos suele llegar verdaderos casos psiquiátricos, que requieren soluciones rápidas y concretas, tales como cuadros de pánico, agorafobias severas, etc. que en la mayoría de los casos



ya han pasado por múltiples terapeutas y tratamientos clásicos, sin haber obtenido muchos resultados y se acercan al EMDR, con la esperanza de hallar la solución.

### **El eje que corresponde al paciente:**

Hay causas limitantes de dos tipos:

- las **específicas** de un sujeto determinado, y
- las **generales** de un grupo de pacientes determinado.

**Causas específicas:** Lo atinente a la particularidad de cada paciente nos muestra que en algunas personas el sistema actúa poco a nada. No me estoy refiriendo a aquellos que se niegan a hacer EMDR, ni tampoco aquellos con quienes no se estableció un rapport adecuado, así como una correcta preparación previa. Me refiero a aquellos casos donde todo fue preparado en forma correcta, pero no funciona, en un cuadro clínico donde suponemos que debiera funcionar.. No es frecuente, pero periódicamente aparece alguna persona así. Lo que he podido observar es que algunos de esos casos son personas de muy pocas luces, de bajo nivel intelectual – no me estoy refiriendo a poca cultura por cierto, pues eso no es óbice – sino a poca inteligencia, sin importar el nivel socio económico.

Algunos otros también pueden ser víctimas de sistemas de creencias muy rígidos – a nivel casi religioso – que producen un fenómeno Apex masivo. Como el caso de algunos Testigos de Jehová, que tuve en tratamiento, y que consideraban el método contrario a sus creencias.

Otra situación que he encontrado alguna vez se refiere a personas con una reversión psicológica masiva, acompañada o no de desorganización neurológica. (explicar) En estos casos, si reconocemos la causa, tenemos recursos para intentar revertir este fenómeno. Pero en lo que se refiere al bajo cociente intelectual, eso no tiene solución.

La edad del paciente, así como sus condiciones físicas, también son temas que corresponden al eje del paciente. En cuanto a la edad, si bien yo no trato niños, tenemos numerosos ejemplos de pequeños tratados con éxito, hasta casos de menos de dos años, incluso un nieto mío..

Por lo que respecta a ancianos, he tratado sin problema a una señora de 80 que había comenzado con un cuadro de pánico, y a un señor de 83 que tenía el trauma del suicidio de un hijo hacía varios meses, ambos con resultados óptimos.

En cuanto a los factores físicos oculares, he tratado a un señor de 40 años con catarata congénita del ojo derecho con un cuadro de agorafobia y pánico severos, que respondió al EMDR con movimientos oculares a la perfección. Asimismo ocurrió con varios casos con glaucoma.

El caso de las embarazadas requiere un comentario aparte: no presentan dificultad alguna, pero se requiere prudencia por lo que pudiere ocurrir. El estado físico del paciente no suele ser un inconveniente, Raquel ha tratado a un pariente de 80 años atropellado por un colectivo, internado en terapia intensiva, con el trauma psíquico además del físico, con movimientos oculares, brindándole calma y tranquilidad.

**Causas generales:** Las atribuibles al paciente, son las causas más numerosas de fracaso, y que es nuestro deber conocer bien, para estar alertas y evitar fracasos terapéuticos, por la mala elección del método a aplicar, por desconocimiento de las naturales limitaciones del sistema a aplicar, de acuerdo al cuadro clínico con que nos encontramos.

El primer grupo que nos presenta obvias dificultades es el grupo de las psicosis, tanto las psicosis desorganizativas y delirantes, del grupo de las esquizofrenias, como el grupo de las psicosis bipolares, tanto en sus fases megalomaniacas como en sus etapas depresivas y suicidas. En ellas podemos actuar con EMDR en las fases compensadas, sobre las creencias y emociones acerca de su enfermedad, pero no tendremos acceso con

el EMDR a la psicosis propiamente dicha. Mi consejo es que ni lo intenten, y que esperen el resultado de las investigaciones que se están realizando en USA al respecto, hasta el momento no parece haber mucha esperanza para el EMDR y las psicosis, más allá de alguna anécdota aislada que pudiere existir.

El segundo grupo que nos da una señal de alarma es el grupo de las adicciones. Si descartamos las adicciones graves y con drogas pesadas, cuyo modelo es la cocaína, acerca de la cual ya nos previno Francine Shapiro que no intentemos hacer EMDR con un adicto severo a la cocaína. Ella dice que estos pacientes, al tener dañado el lóbulo prefrontal, son inaccesibles al EMDR. Esto obviamente se relativiza con adictos leves de tipo social, pero en los casos severos se nos debe prender la luz roja.

Lo mismo es válido para otras adicciones severas, de drogas pesadas, como heroína o anfetaminas, que dañan el lóbulo frontal. Sin embargo podemos acceder a través del EMDR a adicciones más livianas, como el cigarrillo o la marihuana. En cuanto al alcohol, no pierdan su tiempo y envíenlos a Alcohólicos Anónimos lo antes posible, y evítense un problema y una gran frustración.

Vamos a ver ahora los distintos tipos de trastornos con que solemos encontrarnos en el consultorio, a ver exactamente qué pasa. Quisiera dejar sentado que voy a hablar a título personal, de acuerdo a mis experiencias personales a lo largo de estos últimos 11 años desde que utilizo el EMDR, con los aportes y la experiencia confirmatorios de mi esposa Raquel. .

Veamos qué pasa en primer lugar con los **Trastornos de Ansiedad**. Tanto en el **Trastorno de Estrés Agudo** como en el **Trastorno de Estrés Pos Traumático** los resultados son espectaculares, siendo sin duda el método de elección. Podemos prescindir totalmente de la medicación, e incluso de cualquier otro método si queremos, si bien Un Ojo a la Vez, la Técnica de los Anteojos, y el EFT pueden colaborar eficazmente con el EMDR.

En el caso de los **Trastornos de Pánico** lo mismo, si bien debe combinarse con terapia cognitiva y psico educación para obtener resultados óptimos. También es de alta eficacia el EMDR en la **Agorafobia** y, tanto en este caso como en el Pánico donde más eficaz es el EMDR es en el reprocesamiento de los traumas previos, que incluyen las sensaciones corporales, y las creencias catastróficas, y no solamente en los ataques de pánico anteriores.

**Podemos decir que es de escaso o nulo beneficio en el Trastorno Obsesivo Compulsivo, que requiere medicación, terapia cognitiva y psico-educación, Puede ser de utilidad para procesar traumas preexistentes, pero no modifica ni las obsesiones ni las compulsiones, como sí lo hace en cambio la Técnica de los Anteojos. Vuelvo a recordar que esta es nuestra experiencia personal.**

Es muy útil en **Fobias Simples**, y también en **Fobias Proceso**, sin duda es uno de los métodos más eficaces para estos cuadros, sobre todo si se combina con las otras

Técnicas de Avanzada. Aquellas fobias que se han originado en un trauma, que la persona recuerda claramente, son las que más se benefician del EMDR, y a gran velocidad.

Pasemos a las **Fobias Sociales**: las hay, como sabemos, de dos variedades, sin que coexistan las de los dos tipos: las fobias al desempeño social, generalmente con el sexo opuesto, en reuniones sociales con pares y sobre todo con superiores o desconocidos, citas, etc., con temor a hacer un papelón, a no saber de qué hablar, etc. El otro grupo se refiere a las fobias al desempeño académico, a hablar en público, a dar examen, etc. En este segundo grupo son de gran utilidad, sobre todo cuando hay traumas o escenas fundantes de la fobia, pero con poco o difícil resultado en el primer grupo, donde lo más eficaz en este cuadro tan rebelde sigue siendo la terapia cognitiva y la exposición con prevención de respuesta. En el grupo de fobia académica o de examen, es de gran utilidad usar el EMDR con escalas jerárquicas, al estilo Desensibilización Sistemática. Con frecuencia puede ser de utilidad, tanto para una forma de fobia social como para la otra, la instalación de recursos, por lo menos amerita intentarlo.

Queda un pequeño grupo de fobias de difícil taxonomía, hay quienes las incluyen en las fobias sociales, otros en el TOC. Me refiero a las fobias a orinarse, a orinar en público (vejiga púdica), a defecarse, etc. Estos cuadros también responden muy poco al EMDR, y probablemente requieran medicación. Se obtienen resultados más prometedores si hubo traumas fundantes y no pasaron demasiados años de evolución.

**Qué ocurre con el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el cuadro ligado a la Preocupación permanente? Pues es de poca utilidad, por cierto. Desde luego que será útil para reprocesar y desensibilizar traumas, así como las creencias negativas, pero el cuadro no cede con eso, y el EMDR no reemplaza la terapia cognitiva, que aún así es de relativa eficacia. Es un cuadro que toma toda la personalidad del sujeto, como también lo hace la fobia social, y son muy rebeldes. Más útil es enseñarles filosofía y una nueva lectura de la vida, recomendarles meditación y trabajo corporal, y si es factible, una apertura espiritual.**

Para cambiar el clima, después de tantas trabas, veamos un cuadro donde el EMDR es de un valor superlativo: me refiero a los **Duelos**, tanto **normales** como **patológicos**, tanto recientes como antiguos. Puesto que se toma una muerte de un ser querido como un trauma, salta a la vista cómo destraba lo congelado y alivia el sufrimiento en grado sumo. Nos ha ocurrido de recibir un paciente con un duelo patológico de un año de evolución o

más, con profunda depresión y anhedonia, y que el cuadro revierta totalmente, en tres o cuatro sesiones de EMDR, con curación completa, sin medicación ni ningún otro abordaje.

¿Qué ocurre con la **Depresión Mayor**? Debemos enfatizar que de ninguna manera puede el EMDR sustituir la medicación, donde puede sin embargo ser útil el EMDR es el rastreo de la causa o el desencadenante de la depresión, cuando esta no es una causa visible para el paciente. Tiene poca o ninguna acción en las creencias negativas de la depresión, aquellas que para algunos son un síntoma de la misma, mientras que para otros (Beck), *son* la depresión propiamente dicha.

Esto que es válido para la depresión mayor huelga decir que se sostiene para los **otros Trastornos de la Timia**: la distimia, el trastorno afectivo estacional, la disforia lútea o síndrome premenstrual, y como dijimos antes los cuadros bipolares.

Otro cuadro, para continuar siendo optimistas donde el EMDR es eficaz es en el **Dolor Crónico**, como pueden atestiguar los que trabajan con el mismo, (Lic. Alejandra Mazzola, Dr. Daniel Asís, etc.). Eso sí, con frecuencia se requiere repetir la terapia numerosas veces, pero aún así es útil

Suspendamos por un rato el optimismo y volvamos a las malas noticias. Me refiero a un grupo de patologías que se consideran ligadas al TOC, donde el EMDR es de escaso valor. Veamos:

En primer lugar **el Trastorno Somatoforme, o Dismorfofobia**. Si bien Francine Shapiro publicó siete casos de este trastorno tratados con éxito, en mi experiencia muy reducida de tres casos, claramente el EMDR no fue eficaz, si bien sí lo fue en dos de ellos la Técnica de los Anteojos (TIC) con resultados muy marcados.

Esto se ha repetido en varios casos que he tratado, el detalle de cuidado es que requiere muchas más cambios de los anteojos de lo que habitualmente uno está acostumbrado en otras patologías, que llevan 10 o 20 min. Con esta pueden llegar a estar hasta una hora trabajando para completar el reprocesamiento de la idea.

Sigamos con **Anorexia Nerviosa** y su prima **la Bulimia**. Lo mismo, es de escaso valor el EMDR, son cuadros muy rebeldes, se los debe tratar como una mezcla de TOC, de cuadro disociativo y de delirio.

Sigue la **Hipocondría**, en mi experiencia no funciona en absoluto, pero debe servirnos de consuelo que prácticamente nada funciona en absoluto, son cuadros poco menos que incurables, tan sólo podemos pretender mejorarlos un 20% y reducirles la depresión concomitante (con medicación). Atención, que me estoy refiriendo a la **Hipocondría Vera**, no un cuadro de ansiedad mixto que incluye preocupaciones hipocondríacas. En este caso funcionaría la instalación de recursos y la Técnica de los Anteojos.

**Tricotilomanía**: simplemente salteenla, hagan como que no la vieron.

**Síndrome de Tourette**: ídem, salvo en las consecuencias emocionales.

**Compulsiones sexuales, abusadores**: nadie consulta por eso, pero me imagino que no anda. Nunca tuve un paciente que me dijera “me gustan los niñitos”, uds sí?

**(John Hartung, en la Universidad de Colorado, inició con Michael Galvin y otros, un programa experimental en el Penal, con internos acusados de abuso sexual. Tuvieron que suspender el programa por dos motivos, uno los**

**terapeutas parece que no soportaron trabajar con ese tipo de material, y el otro por los nulos resultados que obtuvieron. Parece que el EFT si funcionó parcialmente.)**

**Juego patológico:** el caso que traté es como si no lo hubiera tratado, no tomaría otro caso, fue un desafío donde salí perdiendo. Pero aprendí mucho, les aseguro.

**Trastorno de la Impulsividad, o de Ira Intermitente:** Son sujetos descontrolados, que suelen tener riñas callejeras con automovilistas, en su casa con parientes y en el trabajo con compañeros Si son paranoicos no funciona, si no lo son tiene una eficacia muy moderada, de alrededor del 25%. Lo que es útil es estudiar cuidadosamente las situaciones que los disparan, para descubrir las creencias autoreferentes subyacentes, del tipo de “me hace xxx a mí” en lugar de “a él le pasa xxx”. Cuando él pueda reconocer el patrón de pensamientos, se puede hacer una instalación de recursos y cruzar los dedos. (Terapia Cognitiva)

Otra buena, para descansar: en **Trastornos Disociativos** y **víctimas de abuso sexual, emocional o físico** funciona bien siempre que hagamos una cuidadosa preparación previa.. Hay que tomarse su tiempo, ser muy pacientes y cuidadosos. Háganse una instalación de recursos ustedes. Puede ser de ayuda.

En **Trastornos de Sueño** tengo poca experiencia, diría que en insomnios secundarios se podría usar como parte de un paquete de consejos y maniobras, y tengo grandes dudas sobre su utilidad en insomnios primarios. Sería interesante probar el EMDR en **Disomnias y Parasomnias**, si alguien tiene experiencia en esos cuadros me gustaría escucharlo.

Por último, tenemos el **ADD**

**(Trastorno de Déficit de Atención)**, de acuerdo a la Lic. Gloria Marra quién está trabajando hace tiempo con eso, con niños y adolescentes, y de acuerdo a su experiencia, es útil para los fenómenos adicionales adyacentes, pero no para el cuadro en sí. He tratado algunos casos de adultos, con algún efecto positivo sobre el cuadro emocional, pero sin cambios en el nudo, que son los olvidos, la distracción, la postergación y a veces la inquietud.

## **LA IMPORTANCIA DEL CUERPO EN LA PSICOTERAPIA (Superando la dicotomía mente – cuerpo)**

**Lic. Carina Andrea Mitrani**

En mis comienzos como psicóloga recuerdo a un psicoanalista que aconsejaba no señalar los gestos del paciente, ya que no constituían un material interpretable. Muchos años después pude tener la oportunidad de rever ese consejo.

Cuando comencé a adentrarme en el conocimiento y la práctica del EMDR, me di cuenta del valor que este método le daba al cuerpo con su infinita variedad de sensaciones, y la insoslayable información que éste podía brindarnos acerca de los

traumas, la memoria del cuerpo y la resolución o no del target tratado. (Shapiro Ph.D, 1998)

Tanto en el trabajo de reprocesamiento mismo, como en la fase seis del procedimiento en el que se realiza una exploración corporal a fines de ver si el target está completado procesado o si quedan restos de material disfuncional que es necesario procesar, el terapeuta de EMDR está habituado a prestarle gran atención al cuerpo.

Según Francine Shapiro “cuando un recuerdo está siendo procesado, la mayoría de los pacientes experimenta alguna manifestación de la información en un nivel somático. Las sensaciones corporales pueden estar conectadas a emociones experimentadas durante el procesamiento (por ejemplo, una cantidad de pulsaciones y tirantez en el estómago asociadas con miedo). O las sensaciones corporales pueden ser aquellas experimentadas durante el evento original (como en el caso de un paciente que había sido atado a la cama cuando era niño y sintió la presión sobre sus muñecas mientras procesaba ese recuerdo). Finalmente, las sensaciones corporales pueden ser una resonancia no específica de la cognición disfuncional”.

También postula que la concentración en las sensaciones corporales durante el procesamiento libera al paciente de lo doloroso de focalizar en el contenido y las emociones del trauma.

Otro escalón más en mi interés por el trabajo con el cuerpo fue cuando Bessel van der Kolk vino a la Argentina en el año 2000 y mostró varios videos en los que el trabajo con el cuerpo ocupaba un rol protagónico, aún mayor que en el EMDR. El “model mugging” en el que mujeres víctimas de violaciones aprendían técnicas de defensa personal para lograr una mayor maestría y confianza en sus cuerpos, el trabajo de Peter Levine (Peter Levine, 1999) y su Somatic Experiencing , y el Sensorimotor Psychotherapy de Pat Ogden y Kekuni Minton (Pat Ogden, M.A. y Kekuni Minton, Ph.D, 2000) abrieron ante mis ojos un mundo totalmente desconocido que no dejaba de producir en mi mente escéptica, tras 19 años de ejercicio del psicoanálisis, un cierto rechazo o incredulidad. Al año siguiente la visita de David Grand (David Grand Ph.D) y su trabajo con los recursos corporales reafirmó en mí la noción de que era de suma importancia incorporar al cuerpo a la psicoterapia.

Diferentes experiencias clínicas y la necesidad de mitigar las abreacciones en una paciente con TEPT (Trastorno por Estrés Postraumático) me llevaron a estudiar estos abordajes terapéuticos y comprobar sus sorprendentes resultados.

Comencé entonces a preguntarme el por qué de estas grandes diferencias teórico-clínicas. ¿Cuáles eran las bases filosóficas en las que se sustentaban estas aproximaciones diferentes y que trabajaban el cuerpo en formas tan opuestas?

Tomando el caso de un paciente por ejemplo que padece de cáncer, será tratado de formas totalmente diferentes según la corriente del terapeuta con el que realice su tratamiento. Si, tomando la vertiente psicoanalítica, su terapeuta siguiera la corriente de la Escuela de París, (Dr. Pierre Marty, 1990) realizaría como metodología terapéutica una minuciosa investigación psicosomática **mental** de los síntomas, tratando de que el paciente estableciera cadenas causales en los acontecimientos que lo llevaron a su enfermedad. Trataría así de lograr que el paciente tuviera una mejor “mentalización” o sea un buen funcionamiento de su preconsciente para detener el avance de la enfermedad.

Si se atendiera con un terapeuta que utiliza EMDR éste lo ayudaría seguramente a desarrollar recursos para enfrentar la misma, a calmar el dolor, utilizando visualizaciones, relajación, EFT, TFT, etc. sin preocuparse demasiado por la causalidad de la enfermedad.

Así, me embarqué en una tarea de rastreo de la historia de la psicología. Sabía que el psicoanálisis estaba influido por Descartes, dado el predominio que le otorgaba al pensamiento, por lo que decidí comenzar por aquí. (Prof. Miguel Angel de Cruz Vives, 2000).

Descartes, rompe con una concepción teleológica del Cosmos y la sustituye por una concepción mecanicista regida por leyes puramente mecánicas. Elimina la noción del alma como principio de vida y movimiento y la diferencia radicalmente del cuerpo. Alma y cuerpo son dos sustancias de naturaleza totalmente distinta y se encuentran separados. El alma para Descartes es una mente pensante que se rige por leyes lógicas impresas en ella desde el nacimiento. Y de los pensamientos es de aquello de lo que no se puede dudar. La famosa expresión: "Pienso luego existo" (Cógito, ergo sum) nos está diciendo que la cualidad de la existencia está determinada por el pensamiento. El ser humano no existe como un ser corporal que percibe y siente a través de sus sentidos. Todo lo contrario: para pensar no necesito del cuerpo.

Este **dualismo sustancial** que proponía Descartes implicaba que la mente podía ser estudiada en forma autónoma por medio de la **introspección**. Cuerpo y alma quedaban totalmente separados. Entonces ¿cómo explicar que las afecciones del cuerpo podían producir las ideas de la mente y que las ideas de la mente producían acciones del cuerpo? A esta contradicción se la llama "punto muerto cartesiano". Para intentar resolver esto Descartes planteó que cuerpo y alma se conectaban por medio de la glándula pineal con lo cual planteó las relaciones

entre la mente, el cerebro y el sistema nervioso.

El problema del dualismo mente - cuerpo intentó ser resuelto por los filósofos racionalistas (Leibniz, Spinoza, Malebranche). Mantuvieron la noción de sustancia de Descartes: los fenómenos físicos y los fenómenos mentales son totalmente diferentes, pero ni los procesos psíquicos causan los físicos ni viceversa, aunque hay una correspondencia estricta entre unos y otros.

El dualismo sustancial de Descartes fue cuestionado por diversas corrientes filosóficas y científicas: **a) el empirismo y el positivismo** (S XVII y XVIII) que eliminaron la noción cartesiana de sustancia y abrieron así el camino al estudio de los fenómenos mentales usando los métodos aplicados a los fenómenos físicos. Esta corriente le da mucha importancia a los sentidos y las sensaciones. **b) el evolucionismo de Darwin** abrió la posibilidad de que los animales tuvieran mente con lo cual descartaba la radical separación entre el hombre y el animal. **c) el psicoanálisis de Freud** al descubrir la existencia del inconsciente cuestionó la identidad de la mente con la conciencia. Freud realizó un esfuerzo integracionista en su "Proyecto de una Psicología para Neurólogos".

En los últimos ciento cincuenta años, el avance científico y las técnicas de neuroimágenes permitieron el estudio del funcionamiento cerebral. La psiquiatría biológica, el descubrimiento de los neurotransmisores, la psiconeuroinmunoendocrinología han puesto de manifiesto el papel rector que el cerebro ejerce sobre el organismo, regulando todas sus funciones y en un permanente flujo de información con el mismo.

La estructura del problema, sin embargo, se ha desplazado ahora a la relación entre la mente y el cerebro. ¿Son los procesos mentales reducibles a

procesos cerebrales, o tienen una cualidad diferente?

Varias corrientes intentan dar salida a esta nueva dualidad. A) El **reduccionismo monista** predominante actualmente entre los científicos que estudian las funciones cerebrales, en el que figura 1) el **conductismo** de Watson y Skinner (para el que no existen estados mentales, y busca reducir los fenómenos psicológicos a términos de estímulo - respuesta), 2) la **teoría de la identidad mente – cerebro** de Armstrong, 3) el **materialismo eliminativo** de Churchland (elimina los estados mentales y reduce los procesos cognitivos a procesos cerebrales meramente).

B) El **dualismo neurofisiológico** que postula el neurólogo John Eccles. Para él existe una mente autoconsciente distinta del cerebro, que no es ni material ni orgánica y que ejerce una función superior de interpretación y control de los procesos neuronales. Eccles se basa en la teoría de los 3 mundos de Karl Popper.

C) El **funcionalismo** de Fodor y Putnam sostiene que los procesos mentales internos son estados funcionales del organismo cuyo órgano no es necesariamente el cerebro. El dolor no es un estado físico-químico del cerebro o del sistema nervioso solamente, sino un estado funcional del organismo tomado en su totalidad. Los fenómenos mentales son entendidos como estados funcionales del organismo y no podemos conocerlos reduciéndolos a procesos parciales cerebrales. Y a la vez cualquier sistema puede tener mente. En este sentido llama la atención la comprobación de la existencia de neuronas, por ejemplo en el estómago o de la existencia de memoria en las células.

D) El **emergentismo** intenta resolver las dificultades del monismo y del dualismo proponiendo una teoría emergentista que postula que los estados mentales no son idénticos a estados

físicos del cerebro y no pueden ser reducidos a ellos, pero tampoco son independientes de los mismos.

Entre estas teorías figura el **naturalismo biológico** de **John Searle**. Los procesos mentales, ya sean conscientes o inconscientes, están causados por procesos cerebrales neurofisiológicos, pero son fenómenos autónomos que no se reducen a estos sino que tienen propiedades autónomas.

Hay que distinguir entonces entre los procesos mentales, tal como los estudia la psicología, y los procesos cerebrales, tal como los estudia la neurociencia, sin necesidad de reducir los primeros a los segundos.

No siendo licenciada en filosofía, igualmente intento ver en cuáles de estas corrientes filosóficas ubicaría al EMDR, e intuitivamente lo haría dentro del funcionalismo y también el emergentismo. Sin embargo temo estar excediéndome en mis capacidades dado mi escaso conocimiento de este tema.

Falta mucho aún por conocer sobre el cerebro, pero lo que sabemos actualmente ha sido suficiente para replantear el antiguo problema de la relación mente – cuerpo. Hoy sabemos que el ser humano es una unidad entre la mente, el cuerpo y el espíritu, los que están en una interacción constante influyendo en la vida de cada persona. No se puede negar la existencia de las emociones y su sede en el cerebro, ni el impacto que los pensamientos y las ideas ejercen sobre el cuerpo.

Tras este breve recorrido por la filosofía quisiera ahora referirme a la psicoterapia actual y el tema del cuerpo. Muchos investigadores han contribuido enormemente para acortar la brecha existente entre las psicoterapias verbales tradicionales y las psicoterapias orientadas al cuerpo. Bessel van der Kolk (1994), Antonio Damasio (1994), Schore (1994, 1996) y Siegel (1996, 1999) figuran entre los más destacados. Esto implica



intentar integrar ambas teniendo en cuenta que el lenguaje es necesario para dar sentido a las expresiones somáticas y que para curar totalmente a alguien, por ejemplo, de un trauma, es fundamental prestar tanta atención al cuerpo como a la mente. No existe uno sin el otro (Babette Rothschild, 2000).

Asimismo la influencia de la medicina oriental y de las prácticas meditativas orientales ha dejado su huella en los abordajes psicoterapéuticos occidentales. La idea de utilizar la conciencia corporal como herramienta de la psicoterapia fue primero introducida por el terapeuta gestáltico Fritz Perls. Perls, un fuerte crítico del psicoanálisis, apuntaba a la síntesis y no al frío análisis freudiano. Su abordaje holístico integraba el cuerpo y la mente, y proponía un encuentro cara a cara entre paciente y terapeuta. Él utilizaba ejercicios de 'body awareness' o conciencia corporal ya que buscaba más el logro de un "darse cuenta" del aquí y ahora (mindfulness) que una exploración de las causas en el pasado.

Así, la conciencia de nuestros estímulos sensoriales presentes constituye el vínculo principal con el aquí y ahora, a la vez que establece un ligamen directo con nuestras emociones. Como instrumento terapéutico la simple toma de conciencia corporal permite calibrar, aminorar y detener un estado de hiperalerta derivado de un flashback o una abreacción, y permite separar el pasado del presente. (Babette Rothschild, 2000). Diversas técnicas también corporales permiten hacer lo mismo: tensión de diferentes grupos musculares, relajación, respiración profunda abdominal, EFT, etc.

En esta misma línea el abordaje de Peter Levine y su Somatic Experiencing (Experiencia Somática) (1999) establece que los síntomas traumáticos son consecuencia de un residuo de energía congelado que no ha podido ser descargado y que permanece atrapado

en el sistema nervioso. Considera a los síntomas como válvulas de seguridad de la energía estancada. Peter Levine realizaba observaciones con animales salvajes y notaba que aquellos, pese a estar expuestos a múltiples situaciones traumáticas a manos de sus depredadores, son capaces de reasumir su tranquilidad habitual una vez pasado el peligro. El animal realiza una serie de sacudidas por las que libera el exceso de tensión y recupera el pleno control de su cuerpo. En casos de peligro extremo puede entregarse a experiencias de paralización o inmovilización, una respuesta fisiológica sumamente instintiva por la que el animal amenazado entra en un estado alterado de conciencia en el que no experimenta dolor. Según Peter Levine "para completar el significativo curso de acción biológico, el organismo precisa el temblor y la agitación espontánea que observamos en todo el mundo animal".

La forma de vencer el trauma, no es enfrentándolo de un modo directo relatando detalladamente todo lo sucedido, ya que esto podría producir más retraumatizaciones. Utilizando el sentido de la percepción y las sensaciones corporales, más que los pensamientos y las emociones, podemos acceder a los síntomas traumáticos de un modo más seguro, desatando y liberando las energías que estaban retenidas. Para ello contamos también con los micromovimientos y las respuestas instintivas del cuerpo.

Pat Ogden, M.A. y Kekuni Minton, PhD. Desarrollaron el "Sensorimotor Psychotherapy" ("Psicoterapia Sensoriomotora") que tiene muchos puntos de contacto con el Somatic Experiencing de Peter Levine y algunas diferencias. Sus puntos principales son: 1) la regulación afectiva y de los estados sensoriomotores a través de la relación terapéutica y 2) enseñarle al paciente a autorregularse independientemente tomando conciencia, conectando, rastreando y articulando los procesos sensoriomotores.

La diferencia con el abordaje de Levine reside en que para éste el rastreo de las sensaciones corporales es un fin en sí mismo, en cambio el Sensorimotor Psychotherapy alienta el procesamiento sensoriomotor cuando es necesario regular las reacciones sensoriomotoras, pero también se incluyen los niveles emocional y cognitivo para lograr un abordaje holístico.

Babette Rothschild también utiliza la conciencia corporal en conjunción con el EMDR para el procesamiento del trauma. Utiliza una serie de técnicas corporales para modular las respuestas de arousal durante el trabajo terapéutico.

Para finalizar ilustraré este artículo con una breve viñeta clínica. Una mujer de 65 años, con rasgos muy marcados de autoexigencia trabaja este tema y la imposibilidad que tiene para tomarse las cosas más livianamente, poder disfrutar más y dejar de correr para cumplir todas sus obligaciones. Durante el procesamiento observo que ella realiza una serie de movimientos intensos con los pies, como si estuviera frenando con toda su fuerza. Se lo marco y le propongo caminar y parar tranquilamente, sin

- Damasio, A. *El Error de Descartes*, Editorial Andrés Bello, Chile, 1997.
- Litt, Sh. "Fritz Perls and Gestalt Therapy" <http://www.positivehealth.com/permit/Articles/Regular/litt34.htm>
- Ogden, P, Minton, K, [Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory](#). Article published in the electronic journal [Traumatology](#), 6(3), article 3 (October 2000).

## TRATAMIENTO DEL DOLOR Y EMDR (Partiendo desde el síntoma)

necesidad de frenar, *sintiendo* esta sensación con todo su cuerpo. Experimenta sensaciones de tranquilidad y naturalidad. Repetimos este movimiento varias veces lo que lleva a un sensible aumento del VoC y a una mayor incorporación de la creencia positiva a su vida diaria.

En síntesis y para concluir, el campo del trabajo con el cuerpo se presenta como un fructífero terreno en el cual seguir investigando y aprendiendo nuevos abordajes integradores que sirvan para el mejor tratamiento de nuestros pacientes, dejando atrás la antigua dicotomía mente - cuerpo.

### Bibliografía

De la Cruz Vives, M.A. René Descartes y el Legado del Dualismo Mente – Cuerpo. <http://platea.cnice.mecd.es/~macruz/mente/cmindex.html>

De la Cruz Vives, M.A., El Problema Mente – Cuerpo: Distintos Planteamientos. <http://platea.pntic.mec.es/~macruz/mente/descartes/descartes.html>

- Grand, D., "Emotional Healing at Warp Speed: The Power of EMDR", Harmony Books, N.Y.
- Levine, P. & Frederick, A., "Curar el trauma", Ed. Urano, Barcelona, 1999
- Marty, P. "La Psychosomatique de l'Adulte", Presses Universitaires de France, Paris, 1990.
- Rothschild, B. *The Body Remembers*, Norton, N.Y. 2000
- Shapiro, F, "Eye Movement, Desensitization and Reprocessing", The Guilford Press, N.Y. 1998 (Traducción de EMDRIA Latinoamérica).
- Siegel, D.J. *The Developing Mind*, Guilford, 1999
- Van der Kolk, B. McFarlane, A., Weisaeth, L. *Traumatic Stress*, N.Y. Guilford, 1996

### Dr. Daniel Asis

La utilización de EMDR como herramienta para aliviar el dolor es un recurso con un gran espacio para explorar. Como especialista en Anestesiología y dedicado

al Tratamiento del Dolor, tanto con técnicas convencionales como no ortodoxas, entre ellas, EMDR, se puede afirmar, que estamos ante una herramienta que deberían utilizar todos aquellos que desde distintas especialidades tienen contacto con pacientes que sufren de Dolor Crónico, tanto de origen benigno o por cáncer.

El protocolo diseñado por el Dr. Mark Grant en 1995 (1), es una gran guía en el manejo del aspecto emocional del dolor: Su hipótesis de la existencia de una gran similitud entre aquellos que sufren de dolor crónico y quienes padecen TEPT encuentra un alto grado de comprobación entre quienes vemos este tipo de enfermos frecuentemente.

Los estudios de Neurobiología han demostrado que ciertos núcleos centrales del cerebro como la amígdala, el tálamo y el hipocampo intervienen y están involucrados en el componente afectivo del dolor.(Le Doux,1997).

Se ha descrito que en pacientes con TEPT y con dolor crónico se encuentran fenómenos de similares características tales como un aumento de la actividad talámica y en corteza cingulada anterior.(Derbyshire,1997).

Según Van der Kolk (1996) y Lenz (1997), la amígdala está implicada tanto en el dolor como en el trauma psíquico y en ambos existe una alteración en el periodo REM del sueño.(Henry,1994).

Se ha demostrado también una mayor actividad del hemisferio derecho en ambos casos (Hari, Van der Kolk, 1997).

Podemos concordar entonces en definir al dolor crónico como un "Trauma recurrente a partir de episodios repetidos de dolor con un constante sufrimiento físico y emocional" (M.Grant)

Si aceptamos la hipótesis descrita tanto el trauma como el dolor crónico pueden ser vistos como un reprocesamiento incompleto o un equivocado de la información que reviene tanto en su manifestación física como emocional luego de estar expuesto a disparadores externos o internos.

Los pacientes con dolor al cabo de 4 a 6 meses agregan síntomas como ansiedad,

miedo, depresión; sumado a esto existe una memoria antigua del dolor y una memoria "a futuro" ("mañana me va a doler").

Podemos concluir en esta breve introducción que el dolor tiene un componente físico y uno emocional y será tarea del terapeuta evaluar qué porcentaje de cada uno se reparte en cada paciente.

Practicar EMDR partiendo desde cualquier síntoma físico, en este caso el dolor no difiere demasiado del protocolo habitual. Voy a describir dos casos que sirven como ejemplo, uno que he vivido como paciente y el otro como terapeuta.

Mi experiencia personal fue gracias a un seminario que asistí con David Grand en marzo del 2002. En ese momento arrastraba una tendinitis del tendón de Aquiles izquierdo diagnosticada por ecografía que comenzó en diciembre del 2001 (con la gran crisis económica). Había realizado todos los tratamientos convencionales e incluso suspendí mi actividad deportiva, fútbol y tenis (Subcampeón nacional veteranos médicos 1991).

El terapeuta, D.Grand, me pidió que me concentrara en mi sensación dolorosa que venía acompañada de una imagen de mi tendón color rojo. Luego de colocarme los auriculares con el sonido bilateral alternado me vinieron imágenes de mi lesión y luego otros recuerdos de lesiones viejas como fracturas, torceduras y el más fuerte recuerdo de cuando pisé mal en una escalera, saltando, donde me rompí los ligamentos de ese tobillo izquierdo cuando tenía 15 años; luego me apareció la cognición negativa "he castigado y castigo a mi cuerpo".

Paralelamente aparecieron mis problemas económicos, por un lado por la crisis de diciembre de 2001 pero también la autocrítica de haber tomado la decisión de abandonar la anestesiología que me era muy redituable en el '98, para dedicarme a lo que me gusta, aunque sea menos rentable. Luego vinieron otros recuerdos sobre mi relación con el dinero y mis dificultades para ahorrar, aún en las épocas más prósperas.

Luego del reprocesamiento paralelo de estos dos problemas tanto los recuerdos de lesiones y el problema económico, arribé a un estado de tranquilidad con la certeza de poder revertir la situación y al mismo tiempo, desapareció la imagen de mi tobillo lesionado, tornándose más normal, y me visualizaba jugando al tenis. El resultado fue que ese mismo lunes pude volver a jugar sin ningún dolor hasta hoy y recompuse mi situación financiera aún en condiciones generales adversas. Como terapeuta voy a describir el caso muy reciente de una paciente, asistida por mí, con diagnóstico de Neuralgia del Trigémico. Se trata de una mujer de 52 años que llega a mi consultorio el 13 de agosto con dolor terrible, 10 en la escala de evaluación visual del dolor (VAS), de las ramas II y III del trigémico, lado derecho de la cara, medicada con 600 mg de carbamazepina (Tegretol), sin ningún alivio.

Esta paciente había sido tratada por mí en el año 2000, por la misma dolencia, le había practicado en ese momento acupuntura y EMDR por un episodio de infidelidad que sufrió por parte de su marido anterior. A la aparición de su Neuralgia, al cabo de 5 sesiones el dolor cedió y continuó aliviada y sin medicación hasta el día 8 de mayo de 2003, fecha en que la Neuralgia reaparece. Ella trabajaba en ese momento, como voluntaria en la iglesia, donde se alojaron los evacuados de la gran inundación del día 29 de abril, en Santa Fe.

Medicada por el neurólogo con Tegretol 600 mg, no tiene alivio y continúa trabajando.

Al llegar a mi consultorio el 13 de agosto ya no puede abrir la boca, se alimenta con líquidos, tiene una gran depresión, hasta con ideas suicidas.

Le realizo el tratamiento con acupuntura para el componente físico del dolor y le coloco los auriculares con la música con sonidos alternados, partiendo con la

imagen del lado derecho de su cara, con la imagen referida por ella de "venitas rojas que le queman con chispas" (textual). A partir de esta imagen y esta sensación de dolor-quemazón, le pido que deje fluir lo que venga apareciendo entonces recuerdos de los dramas vividos en la iglesia, con los inundados. También episodios aislados de abuso de su servicialidad por parte de los afectados, que le recuerdan que en su familia tiene la misma conducta de "vivir para los otros, pidiendo permiso para hacer sus cosas" (textual).

Al volver a la imagen inicial al cabo de algunos minutos, ve su cara más clara y no están las chispas.

Al cabo de la primer sesión, pasadas 72 horas, el dolor ha descendido a 4 puntos con la misma medicación.

Le facilité un cassette con los sonidos para que lo haga en su casa.

Luego, en la 2da sesión me cuenta que el fin de semana hizo un programa con amigos, "sin pedirle permiso a nadie".

Se repitió el tratamiento, partiendo de la imagen de su cara, sin dolor, clara, limpia, "sin venitas ni chispas".

Luego de 3 sesiones y hasta el día 15 de septiembre está sin dolor y toma 200 mg de Tegretol.

Como resumen de los casos descriptos, mi conclusión personal me hace inclinarse a realizar EMDR partiendo del síntoma, pidiendo al paciente que describa una imagen que acompaña a éste y dejando fluir lo que le viene al paciente, redireccionando a veces lo que se desarrolla con entretendido cognitivo sin esforzarse tanto por medir la evolución tanto del SUDS como del VOC.

### **Bibliografía**

Pain Control with EMDR , Mark Grant  
 Defining and Redefining EMDR, David Grand  
 Pain Managements Secrets, Collins y otros

# El Manejo de la Ira y el Procesamiento Parasimpático

Comunicación a la Lista de Discusión

**David Grand Ph. D.**

Esto un abordaje que incorporé con mucho éxito, usando EMDR con personas que tienen un desorden de ira/rabia. Es un método orientado hacia el cuerpo, de “procesamiento parasimpático” que también es efectivo para controlar los deseos compulsivos en las adicciones.

Las personas con desórdenes de ira y otras conductas y reacciones que se agrupan alrededor de la rabia, tienen una alta prevalencia de historias de abuso, disparadores de miedo, flashbacks, disociación e identificación con el agresor.

Suponiendo que el paciente no tiene un trastorno sociopático y está preocupado por las consecuencias de sus actos, se debe primero lograr una alianza terapéutica que le dé seguridad, contención y confianza.

Los ataques de ira están asociados en forma entrelazada con flashbacks y disociación y resultan en una espiral causa / efecto que activa el Sistema Nervioso Simpático y la respuesta visceral de pelea/huida/congelamiento. La ira también se siente en ciertas partes del cuerpo: los puños, los brazos, la cabeza, el pecho, los hombros, las piernas, etc. Trabajar con estas áreas activadas como target de EMDR es arriesgarse a que se estimule aún más el Sistema Nervioso Simpático que ya está activado.

Mi abordaje, que incorpora parte de la filosofía del “calmarse” de la Experiencia Somática (Somatic Experience de Peter Levin), es pedirle al paciente que traslade su atención a la parte de su cuerpo que está más calma, que está menos activado y donde se siente más seguro. Esto se procesa con movimientos oculares lentos, que fluyen y calman, no demasiado cerca de la cara del paciente. Es más, a veces alejo el plano de los MO progresivamente hacia atrás en cada set.

Pido el nivel de SUDs de la ira que siente el paciente en el momento. Salvo que este altísimo, prosigo. Pregunto luego donde siente la ira en el cuerpo y que color asocia con esa sensación. Luego guío al paciente a encontrar el lugar en el cuerpo donde se siente más calma, más seguro y más en el aquí y ahora y qué color asocia con esto. Muy a menudo los pacientes responden que no encuentran ningún lugar calma, y entonces yo les respondo: “no tiene que ser más grande que una moneda, quizás detrás de la rodilla o en la planta de los pies”. Esto generalmente es efectivo. Si siguen sin encontrar un lugar calma, les pido que apoyen los pies en el piso y les pregunto: “Que siente al tener los pies apoyados en el piso y el cuerpo sostenido por la silla?” Esto generalmente activa un recurso.

Se habrán dado cuenta que utilizo el cuerpo como primer recurso y sólo uso visualizaciones de recursos cuando todos los intentos de activar los recursos del cuerpo han sido agotados. A veces un recurso de sensación corporal para un paciente que sufre de ira/rabia, es abrazarse a sí mismo o poner la mano no dominante sobre la mano dominante.

Así que, una vez que el recurso corporal ha sido identificado o activado, con la inclusión opcional de un color asociado, se utilizan sets cortos de Movimientos Oculares que fluyen, muy suaves. Esto generalmente calma. A veces el paciente se conecta enseguida con los

“puntos calientes” de la ira en el cuerpo y necesita ser guiado de vuelta a los lugares del cuerpo que funcionan como recursos.

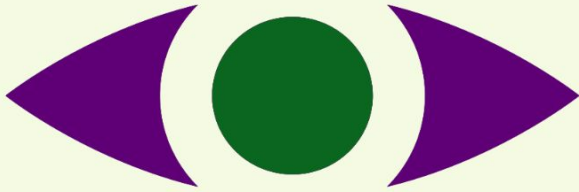
Algunos pacientes se activan tan fácilmente que yo uso el Protocolo Esencial (o Existencial). Esto implica todo lo ya mencionado pero el procesamiento se hace sin Estimulación Bilateral. Si ustedes creen que no puede haber procesamiento activo sin Estimulación Bilateral no lo han probado con estos pacientes hiperactivados que yo a veces llamo “corredores de alta velocidad”.

Generalmente esto funciona bien. En los casos excepcionales que la ira no disminuye, haga lo que haga, es probable que estemos frente a un paciente con personalidad múltiple, no diagnosticada, que esta funcionando con un alter agresivo. Aquí se debe evaluar el diagnóstico y proveer un tratamiento adecuado para un Desorden de Identidad.

Gradualmente la relajación y sensación de seguridad en el cuerpo debería aumentar y la ira/angustia disminuir. A medida que la ira en el cuerpo es contenida y se desvanece se puede usar como target directamente. Si se reactiva se vuelve al recurso del cuerpo.

Una vez que en el cuerpo no hay perturbación y el nivel de SUDs de la ira baja a cero, guíe al paciente a pensar en algo que lo enoja. Si no puede activar el enojo, instale esa sensación. Si monta en cólera, vuelva al comienzo y repita todos los pasos. El uso exhaustivo de este abordaje de “procesamiento parasimpático” es permitir que el paciente busque en todos los rincones de su ser, hasta que no pueda generar mas enojo o ira. Una vez logrado esto, se puede retornar de este abordaje modificado al protocolo standard de EMDR, con la opción de volver al procesamiento parasimpático si se desatan nuevos focos de ira.

Resulta muy útil enseñarle a los pacientes a usar esta técnica de recursos corporales cuando perciben los primeros signos de ira o enojo con el Abrazo de la Mariposa o presión alternada en los dedos o manos.



# EMDR Lat

Ex EMDRia Latinoamérica

Buenos Aires  Argentina

EMDR Lat es una organización cuya finalidad es la capacitación y difusión del método EMDR® a terapeutas e investigadores de Argentina y el Mundo.



EMDR Lat (Ex-EMDRia Latinoamérica)

<http://www.emdrialatinoamerica.com/>

+54 11 4804 3786

Noticias de

# EMDR Lat