



UN NUEVO PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO: LA DESENSIBILIZACIÓN POR MOVIMIENTOS OCULARES Y REPROCESAMIENTO

Isabel Serrano Pintado y M^a Esperanza Gómez Gazol

Universidad de Salamanca

2000, 6(1), 105-116

Resumen: Desde su inclusión en 1980 en el DSM III, el desorden por estrés post-traumático (PTSD) ha ido cobrando un creciente interés, proliferando multitud de estudios sobre su etiología y tratamiento. Con las primeras técnicas surgieron los primeros problemas. Un nuevo procedimiento, la desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento (EMDR), empieza a perfilarse como la solución a tales dificultades. Sin embargo, al entusiasmo inicial suscitado por el mismo, le han seguido varios interrogantes que vuelven a oscurecer el panorama. En el trabajo que presentamos, en primer lugar describimos el procedimiento EMDR. En segundo lugar, presentamos algunas de las consideraciones que, hasta hoy, se han planteado sobre el mismo.

Palabras Clave: Desensibilización por movimientos oculares, Trastornos de ansiedad, Trastorno por estrés post-traumático, Fobias.

Abstract: Since 1980, when the posttraumatic stress disorder was first included in the DSM-III, it generated a growing interest and lots of studies proliferated about its etiology and treatment. With the first procedures arose the first problems. A new procedure, the eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) seemed to be the solution to such troubles. But the initial enthusiasm was followed by several new questions which darkened again the picture. In this study, the EMDR procedure is first described. Then some considerations proposed up to date, about EMDR are presented.

Key words: Eye-movement desensitization, Anxiety disorders, Post-traumatic stress disorder, phobia

Title: *A new therapeutic procedure, the eye movement desensitization and reprocessing*

Introducción

El PTSD es un desorden de ansiedad que se precipita por un “acontecimiento estresante y extremadamente traumático” que provoca un elevado nivel perturbador. Los síntomas que siguen al suceso son: (1) la re-experiencia del evento traumático a través de pesadillas, pensamientos intrusivos..... junto a un malestar psicológico intenso cuando el individuo se expone a estímulos que simbolizan o recuerdan al evento traumático; (2) evitación de los estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general de sujeto, mani-

festado en una reducción del interés por las actividades anteriormente significativas o una reducción de la vida afectiva; (3) síntomas de aumento en la activación, originando dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o dificultades para concentrarse. Estos síntomas duran más de un mes (y hasta varios años) y provocan un deterioro social, laboral y de otras áreas importantes de la vida del individuo (DSM IV).

Aunque la mayor parte de la literatura sobre PTSD tiene que ver con situaciones relacionadas con la guerra, se ha dado un incremento de informes de PTSD en víctimas de accidentes, desastres naturales y crímenes violentos (Foy, Donahoe y Carroll 1987). La investigación epidemiológica estima que la

* Dirigir la correspondencia a: Dra. Isabel Serrano Pintado, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, Avda. de la Merced, 109-131, 37005 Salamanca, E-mail: serrano@gugu.usal.es

prevalencia del PTSD está entre el uno y el dos por ciento.

Desde sus comienzos en el DSM III y su posterior revisión en el DSM III-R y DSM IV, el punto álgido de interés es mejorar el pronóstico de los sujetos que sufren desorden por estrés post-traumático, tendente a la cronicidad. Son diversas las orientaciones desde las que se ha intentado ayudar a los pacientes que presentan este trastorno. Una de ellas es la farmacoterapia (Friedmann, 1988; Richards y Rose, 1991). Sin embargo los resultados con dicho tratamiento son desalentadores (Solomon, Gerrity y Muff, 1992). Otras han sido las terapias cognitivas y conductuales, la psicoterapia dinámica y la terapia de apoyo (MacFarlane, 1989).

Independientemente de la orientación, todas las terapias psicológicas exponen al paciente a los recuerdos aversivos como elemento central (Fairbank y Nicholson, 1987; Richards y Rose, 1991), porque se piensa que es necesaria la exposición prolongada ya sea in vivo o en imaginación para solucionar el PTSD. Algunas intervenciones basadas en la exposición intentan provocar una "abreacción", mientras otras intentan una integración terapéutica reduciendo la ansiedad a través de una exposición graduada sistemática al trauma y sus indicios.

Una de las críticas que con mayor frecuencia se han realizado a las psicoterapias orientadas al insight es que necesitan mucho tiempo para reducir los síntomas del PTSD. Aún más, en revisiones realizadas por diversos autores, se concluye que, de todas esas aproximaciones, son tanto las terapias conductuales como las conductuales-cognitivas las que obtienen mejores resultados. Desde esta aproximación, las técnicas mayormente empleadas han sido la desensibilización sistemática (Brom, Kleber y Defaresk, 1989; Peniston, 1986), inundación y exposición en imaginación (Boude-

wyns y Hyer, 1990; Cooper y Clum, 1989; Keane, Fairbank, Caddel y Zimering, 1989), entrenamiento en inoculación de estrés (Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991), hipnoterapia (Brom, Kleber y Defaresk, 1989), entrenamiento en manejo de ansiedad, e implosión junto con control del estrés (Keane, Fairbank, Cadell, Zimering y Bender, 1985). El número de sesiones empleadas en todas ellas oscila en un rango de 9 a 48.

De todas las técnicas mencionadas, parece ser que la exposición es la más eficaz incluso en casos complicados por otros diagnósticos como, por ejemplo, el mutismo de conversión. Cuando se ha comparado la exposición con inoculación de estrés, si bien a corto plazo ha resultado ligeramente más eficaz ésta última, tras períodos de seguimiento de tres meses y medio se ha mostrado superior la exposición prolongada (Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991).

Algunos de los estudios representativos de la aplicación de procedimientos de exposición al PTSD son el de Keane, Fairbank, Caddel y Zimering (1989) quienes a través de una terapia implosiva consiguieron efectos positivos que se mantuvieron seis meses después del tratamiento; y el de Vaughan y Tarrier (1992) que ayudó mediante procedimientos de exposición a diversos pacientes que padecían PTSD. En España tenemos la magnífica labor realizada en el País Vasco por profesionales como Corral, Echeburúa, Sarasúa y Zubizarreta entre otros y que constituyen, en este momento, el grupo punta de la aplicación de la técnica de exposición al PTSD.

Aunque mejoran los síntomas, las terapias de exposición no carecen de críticas. Como señala Wolpe (1990) "las técnicas de exposición no siempre tienen éxito". Por ejemplo, Keane, Fairbank, Cadell, Zimering y Bender (1985) fueron incapaces de expli-

car la mínima mejoría que obtuvieron con cuatro de sus 17 pacientes. Igualmente de los casos tratados por Vaughan y Tarrier (1992) varios informaban que continuaban con pesadillas, aislamiento social y ansiedad generalizada. Por otro lado, como Pitman, Altman, Greenwald, Longpre, Macklin y Poiré (1991) indican, hay que tener ciertas precauciones en su uso, especialmente en ciertas poblaciones como, por ejemplo, víctimas de violación quienes presentan ciertos obstáculos para el tratamiento. Incluso en algunos casos, estos procedimientos pueden resultar problemáticos (Shapiro 1989a; Wolpe y Abrams, 1991). Así, la DS de una víctima de guerra o de violación es difícil de estructurar jerárquicamente y, puesto que esta aproximación requiere sólo de bajos niveles de perturbación que se van incrementando en cada sesión, puede que resulte difícil con el PTSD dados los altos niveles de perturbación asociados a él.

Ahora bien, la principal objeción a estos procedimientos es que requieren de altos niveles de ansiedad durante prolongados períodos de tiempo, como ocurre con la inundación y la implosión (Fairbank y Brown, 1987). Además, algunos se cuestionan el número de sesiones que hace falta para obtener un efecto terapéutico. Para eliminar la ansiedad se requieren de nueve a catorce sesiones. Esta lentitud combinada con los altos niveles de ansiedad que es necesario provocar durante períodos prolongados ha preocupado a la comunidad terapéutica, pues, como en la mayoría de los desórdenes, el tratamiento más deseable es el más rápido y el menos doloroso. Por último, ninguno de estos procedimientos de exposición considera las cogniciones irracionales del paciente. Y, a nuestro parecer, éste es un factor crucial en el proceso de recuperación de infinidad de trastornos.

En definitiva, parece ser que el PTSD continúa siendo uno de los problemas de an-

siedad más reacios a la hora de ser resuelto de modo satisfactorio, especialmente si tenemos en cuenta el bienestar del individuo a lo largo de la terapia.

Sin embargo, un nuevo procedimiento, La Desensibilización Sistemática por Movimientos Oculares y Reprocesamiento (EMDR), parece ser una intervención prometedora. Este procedimiento parece tener grandes efectos antiansiedad sobre el trauma y los desórdenes de ansiedad relacionados. Se trata de un procedimiento que intenta superar las críticas realizadas a los procedimientos conductuales tradicionales. Es un procedimiento rápido, que considera las cogniciones y al mismo tiempo produce mínimo dolor en el paciente (Shapiro, 1989a, 1989b).

Desensibilización Sistemática por Movimientos Oculares y Reprocesamiento (EMDR)

La EMDR fue desarrollada en 1987 como un tratamiento rápido para la ansiedad y recuerdos traumáticos. El procedimiento fue descubierto accidentalmente por Shapiro al notar que sus propios pensamientos recurrentes y negativos desaparecían cuando movía sus ojos de una manera multisacádica. Como consecuencia de ello, desarrolló un procedimiento que implica inducir en el paciente dichos movimientos.

La premisa central de la EMDR es que la ansiedad se debe a que la información acerca del evento traumático permanece sin haber sido procesada, manteniendo las cogniciones, conductas y sentimientos acerca del evento, bloqueados. De ahí que, mientras que los métodos de desensibilización tradicionales están basados en la premisa de que el individuo se habitúe al recuerdo que causa la ansiedad, la premisa central de la EMDR requiera el reprocesamiento del recuerdo traumático. Esto se consigue mediante una reconstrucción cognitiva del evento, dando

como resultado un cambio de los pensamientos que provocan ansiedad por otros más adaptativos, de tal forma que se desbloquearía la información ligada al suceso, con la consiguiente desaparición de la ansiedad. El reprocesamiento se produce al inducir en el paciente movimientos oculares sacádicos mediante un sencillo método.

Brevemente, el procedimiento requiere que el individuo cree en su mente una imagen visual del evento traumático que se desea superar. Se le pide que busque una palabra o frase que represente lo que siente respecto de la imagen visual. Mientras repite la frase para sí mismo, se inducen movimientos sacádicos bilaterales al seguir el dedo del terapeuta. Una parte integral del procedimiento consiste en cambiar la frase negativa por una positiva. Mientras el paciente la repite, se inducen de nuevo los movimientos sacádicos. Este procedimiento de reprocesamiento se repite con todos los recuerdos que causan ansiedad hasta que dicha ansiedad desaparezca. La técnica no requiere de una aproximación jerárquica como en la DS ni de una elicitación de altos niveles de ansiedad durante largos períodos de tiempo como en la inundación. Es una forma de exposición terapéutica con un fuerte componente cognitivo.

La EMDR ha sido, desde el principio, una técnica caracterizada por su sencillez. Aquí vamos a mostrar el procedimiento básico. Sin embargo, hay numerosas modificaciones que han sido empleadas en distintos estudios según la preferencia de cada autor, y es que, si a la EMDR se le critica poco su eficacia, sí se le reprocha enormemente su falta de precisión en la explicación y delimitación de su parte técnica y teórica. La EMDR basa todo su proceso terapéutico en ocho fases: Historia clínica, Preparación, Evaluación y medición, Desensibilización, Instalación, Exploración corporal, Clausura y Re-evaluación.

Historia clínica y Preparación

En estos dos momentos se recogen los datos pertinentes del caso y se le explica al cliente las bases y funcionamiento de la técnica, aclarando las posibles dudas que pudieran surgir. El factor determinante es la adecuada selección de la/s escena/s objetivo con que vamos a trabajar. Normalmente tienen correspondencia con los flashbacks y pesadillas del cliente y deben contener cogniciones negativas sobre sí mismo para que resulten terapéuticamente útiles.

En cuanto a la fase de preparación, aparte de una breve descripción de los principios del tratamiento, se establecerán la forma de trabajar, la distancia adecuada de la mano del terapeuta con respecto al sujeto y las técnicas de afrontamiento en caso de elevada activación durante la sesión.

Evaluación y Medición

Una vez determinada la escena objetivo, se pide al cliente que nos indique qué sensación, sentimientos, vivacidad del recuerdo... son elicitados por ella, así como una descripción de la escena en todas sus modalidades perceptivas. A continuación, se determina la cognición negativa que está unida a la escena (por ejemplo, "Soy culpable de lo que pasó"). Dicha creencia debe mantenerse también en el presente, esto es, debe seguir siendo válida más allá del suceso traumático. Inmediatamente después se busca la cognición positiva que corresponde a lo que el cliente preferiría sentir con respecto a la escena (por ejemplo, "No soy en absoluto responsable de lo que pasó").

Es en este momento cuando se realizan las mediciones tanto para la cognición positiva como para la negativa unida al evento traumático. Para la cognición positiva se utilizaría la escala VoC (Validity of Cognition) (Shapiro, 1989) que consiste en adjudicar un

valor numérico a la cognición positiva en función del sentimiento de certeza que tenga el cliente en ella (de 1, completamente verdadera a 7, totalmente falsa).

Respecto del incidente traumático, se pide al paciente que traiga a la mente el incidente y la cognición negativa y le adjudique un valor numérico en la escala SUD (Subjective Units of Discomfort) (Wolpe, 1990) en función del grado de malestar que produce la escena (de 0 sentimiento neutral a 10 la máxima ansiedad posible).

Por último, se determinan las partes del cuerpo donde el cliente percibe ansiedad.

Desensibilización

Se insta al cliente a que mantenga la escena traumática en su totalidad en la mente y siga con los ojos los movimientos de la mano del terapeuta. Este está situado frente al paciente y mantiene su mano a unos 30 cms. de su cara, moviendo su dedo a una velocidad de un segundo aproximadamente para cada ida y vuelta durante 12 -14 viajes (un ciclo) que, según Shapiro, pueden llegar a 25. Tras cada ciclo, se le pide que deje su mente en blanco y que tome aire profundamente. A continuación se le insta a que traiga a su mente la escena traumática de nuevo y le asigne un nivel en la escala SUD.

Cuando, tras tres ciclos consecutivos, el paciente no muestra un descenso en el nivel de ansiedad, es preciso preguntarle si ha cambiado algún factor de la escena perturbadora. Normalmente ocurre por la intrusión de alguna otra escena traumática. En este caso, se procede a desensibilizar dicha escena antes de volver a la original.

Una vez que se ha alcanzado 5 en la escala SUD, se insta al paciente a que compare la escena traumática con la creencia preferencial y le asigne un valor en la escala de veracidad (VOC).

Instalación

En esta fase, se une la creencia positiva a la escena traumática mediante la realización de varios ciclos de movimientos oculares. Tras cada ciclo se examina el nivel de VOC. Se considera que la cognición positiva está instalada cuando no se producen más cambios en su puntuación (que debe alcanzar un nivel de 1 ó 2 puntos) tras 2-3 ciclos consecutivos de movimientos oculares.

Exploración corporal

Manteniendo la cognición positiva instalada y la escena traumática en la mente, se examinan los posibles núcleos residuales de ansiedad a nivel corporal, desensibilizándolos con nuevos ciclos de movimiento oculares.

Clausura y re-evaluación

En la fase de clausura se suministra al paciente una breve descripción del transcurso de la sesión y se intenta que alcance un nivel de relajación profundo antes de abandonar la consulta. También se le advierte de la posibilidad de tener nuevos flashbacks, pesadillas o nuevos recuerdos con respecto al evento traumático tratado y otros acontecidos, proponiéndole que lleve un diario de registro de tales eventos para que sirvan para posteriores sesiones.

En la re-evaluación del caso se examinan los registros del paciente, el nuevo material que pudiera haber surgido y los efectos del tratamiento.

Shapiro presentó la técnica en 1989, ante la comunidad profesional, como un tratamiento para el PTSD (Shapiro, 1989a) mediante la publicación de un pequeño estudio controlado. En él indicaba la autora que, después de una sesión, los pacientes informaron de menos distrés y de un declive o eliminación de una sintomatología consistente en pesadillas, flashbacks y pensamientos intrusivos. Parecía ser que una única se-

sión era suficiente para desensibilizar completamente el recuerdo traumático del sujeto y alterar dramáticamente sus autoevaluaciones cognitivas, así como reducir la ansiedad a niveles inapreciables.

Tras posteriores aplicaciones, podría concluirse que el número de sesiones necesarias, oscilan de 1 a 6 sesiones de 45 minutos para la mayoría de los autores, aunque algunos, excepcionalmente, han necesitado quince sesiones (Wolpe y Abrams, 1991). En este último caso se trataba de una paciente resistente a un tratamiento previo. Desde aquella primera publicación, la técnica ha sido sometida a muchos refinamientos y aplicada a un amplio rango de problemas (Vaughan, Wiese, Gold y Tarrier, 1994; Lipke, 1992). Por sólo citar algunos, encontramos el trabajo de Spector y Huthwaite (1993) quienes informan del éxito obtenido con una mujer que sufría PTSD como consecuencia de un accidente de tráfico, el de Kleinknecht (1993) que trató a una mujer con fobia a la sangre y las inyecciones con EMDR, a lo largo de cuatro sesiones de menos de 1 hora; el de Puk (1991), que describe la aplicación exitosa de la EMDR en un chico víctima de violencia sexual durante su infancia y una mujer con imágenes recurrentes de su hermana en estadios finales de cáncer de pulmón (los dos fueron tratados en una única sesión), el de Page y Crino (1993) que trató a una paciente víctima de robo, el de Wolpe y Abrams (1991) con pacientes víctimas de asaltos sexuales, los de McCann (1992) y Solomon y Kaufman (1992) sobre víctimas de accidentes y el de Cocco y Sharpe (1993) con testigos de crímenes. Por último, otros desórdenes para los que, como apunta Marquis (1991), se está mostrando eficaz, son desórdenes de pánico (Goldstein y Feske, 1994), disfunción sexual (Levin, 1993; Wernik, 1993) y fobias (Kleinknecht, 1993), así como trastornos de alimentación y agorafobia.

La marcada eficacia que tiene la técnica, su gran sencillez y el creciente campo de aplicación de la misma, provocó un gran entusiasmo en la comunidad científica. Se crearon numerosos talleres de formación y se han empezado a diseñar aparatos automatizados para la reproducción de los movimientos sacádicos. Sin embargo, una serie de consideraciones vinieron a frenar la expansión de la EMDR.

Tiempo de recapacitar. Algunas consideraciones sobre la técnica

A la euforia inicial, le ha seguido una etapa de reflexión que se ha traducido en un descenso de nivel de estudios hechos sobre ésta técnica. La razón principal: las críticas que dicho procedimiento ha recibido por las grandes lagunas que se esconden tras su efectividad. Dichas lagunas se refieren a dos áreas: el rigor científico del procedimiento y de las investigaciones llevadas a cabo para evaluar su eficacia, y los procesos implicados en el cambio terapéutico. La base de su eficacia no está clara, puesto que no se deriva de una conceptualización teórica clara y no existe suficiente apoyo empírico que justifique cualquier tipo de conclusiones.

En cuanto a las cuestiones técnicas, se le ha criticado la falta de rigor que los estudios ilustrativos de la EMDR han mostrado. Page y Crino (1993) han puesto el dedo en la llaga señalando la falta de control sobre el efecto placebo de estos estudios y la poca precisión diagnóstica en cuanto al PTSD que sufren algunos de ellos (Herbert y Meuser, 1992; Lohr, Kleinknecht, Conley, Dal Cerro, Schmidt y Sonntang, 1992).

Para el correcto diagnóstico del PTSD, además de los criterios establecidos en el DSM IV, debe utilizarse una entrevista especialmente estructurada para la detección de dicho trastorno. Hasta ahora las escalas utilizadas no eran más que derivaciones de otras más generales, por ejemplo, la subes-

cala del MMPI (Keane, Fairbank, Cadell y Zimering, 1989) o medidas de síntomas asociados al trastorno, como la "Hamilton Rating Scale for Depression" (Vaughan, Wiese, Gold y Tarrier, 1994). Afortunadamente en la actualidad, en España, podemos contar con escalas diseñadas para la correcta diagnosis de este trastorno como la "Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático" de Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca (1997), que además tiene la gran ventaja de estar validada con muestras de población española y consta de 17 ítems divididos en tres categorías sintomáticas estructuradas a lo largo de una entrevista de muy fácil aplicación y que nos ofrece una útil información de cara al tratamiento posterior.

En cuanto a la cuestión del control, se hace necesario que en estos estudios controlemos los efectos inespecíficos del tratamiento. Dividir el estudio en distintos grupos experimentales es la medida más sencilla y eficaz. Tales grupos deberían contener al menos, un grupo de tratamiento con EMDR, otro grupo de tratamiento tradicional del PTSD (inundación, terapia de apoyo, farmacológica o de exposición) y un grupo de control que recibiera un tratamiento placebo. Tal tratamiento placebo debiera ser similar a la EMDR para controlar la sugestionabilidad que pudiera despertar el procedimiento. Shapiro en 1.989 señaló que la trayectoria vertical de movimientos sacádicos era ineficaz. De ser así, aplicar dicha modificación en el grupo placebo nos daría un control muy fuerte de dicho factor. La asignación aleatoria de los sujetos a estos distintos grupos sería la condición que finalmente elevaría la validez interna de cualquier estudio sobre el tema.

Resultaría muy fácil realizar este tipo de controles dado que la naturaleza estructurada y limitada en tiempo de la técnica facilitaría

la investigación ya sea en forma de estudio intensivo o en forma de diseños de grupo (Lohr, Kleinknecht, Conley, Dal Cerro, Schmitd y Sonntang, 1992).

Otros factores como la ausencia de medidas objetivas estandarizadas pre y post tratamiento, o la ausencia de control de la complejidad de la técnica, así como el tamaño de las muestras utilizadas que fueron criticados en un principio (Acierno, Hersen, Van Hasselt, Tremont y Meuser, 1994; Herbert y Meuser, 1992; Lohr, Kleinknecht, Conley, Dal Cerro, Schmitd y Sonntang, 1992), han sido superados actualmente en estudios controlados empleando medidas estandarizadas más apropiadas, períodos de seguimiento a largo plazo, y controles más rigurosos de la integridad del tratamiento (Boudewyns, Hyer, Peralme, Touze y Kiel, 1994; Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund y Muraoka, 1995; Wilson, Becker y Tinker, 1995).

Pero otro gran campo de críticas ha sido el de los procesos implicados en los cambios producidos por la EMDR. Los críticos más duros han sido entre otros: Jensen (1994); Acierno, Hersen, Van Hasselt, Tremont, y Meuser (1994); Wilson, Becker y Tinker (1995) y Lohr (1995). Especialmente llaman la atención sobre el hecho de que aún no estén claros los mecanismos responsables de los efectos de la terapia. Si bien éstas críticas han de tomarse en consideración para la definitiva exploración de la técnica, también es cierto que no anulan la validez de sus espectaculares efectos. Sin embargo, para la adecuada delimitación de los parámetros útiles en la aplicación de la técnica, deberíamos establecer cuál es su mecanismo. También es imprescindible aclarar ciertas cuestiones técnicas: ¿Cuál es la distancia óptima entre los dedos del terapeuta y el sujeto? ¿Cuál es la velocidad más adecuada para los movimientos sacádicos? ¿Es estrictamente necesario que el sujeto mantenga en todo mo-

mento su consciencia en la memoria traumática y en las sensaciones que ésta elicitaba? ¿Por qué se elicitaban los recuerdos de otros traumas pasados que el paciente no recordaba como ansiógenos? ¿Es imprescindible el procesamiento de la escena?

Si bien es cierto que todos estos aspectos han sido delimitados ya por Shapiro, todavía no se ha llevado a cabo un estudio riguroso sobre los efectos específicos de las variaciones en estos parámetros, así como el de otras modalidades sensoriales, aparte de la estimulación ocular, que se están utilizando actualmente.

Todos estos interrogantes podrían ser aclarados, al menos en parte, a través del esclarecimiento de los mecanismos de la EMDR. En pocas palabras ¿por qué la EMDR es efectiva?

Se han propuesto varias explicaciones. Veamos las que más han llamado la atención. La primera de ellas tiene como representante a Hedstrom (1991) quien sugiere que los movimientos oculares producirían en el sujeto un estado de relajación incompatible con la ansiedad, haciendo así posible la desensibilización de la memoria traumática. Sin embargo, para muchos pacientes el procedimiento de la EMDR resulta más cansado que relajante. Por otra parte, si el factor principal fuese la relajación ¿por qué ésta no produce los mismos efectos terapéuticos que la EMDR?

Otro posible proceso se apoya en dos supuestos que aún no han podido ser demostrados; por una parte la teoría del balance neuronal de Paulov, y por otra la eliminación del material inconsciente mediante la fase del sueño denominada REM. Según Paulov, el evento traumático causa un desequilibrio en el balance neuronal entre excitación e inhibición cerebral, de tal forma que se produciría un bloqueo. Utilizando el símil de un tocadiscos, la aguja se quedaría constantemente en un surco. La EMDR produciría un

desbloqueo del balance neuronal, como si de un golpe sobre el tocadiscos se tratara, haciendo a la aguja saltar de ese surco y seguir su curso.

Por otra parte, se ha aludido a varios mecanismos fisiológicos susceptibles de ser comparados con la EMDR. Por una parte, se propone que existe una similitud entre la fase REM del sueño y los movimientos sacádicos elicitados en la EMDR. Respecto a la fase REM del sueño, se ha especulado que sería el momento en el cual el material inconsciente emerge a la consciencia para ser desensibilizado y que la EMDR imitaría este proceso natural. Sin embargo, nos volvemos a encontrar ante una mera especulación sin ninguna validación empírica.

En la misma línea, Marquis en 1991 trató de identificar un posible sustrato neuronal de la técnica de la EMDR: "La cual interferiría en las conexiones del lóbulo frontal con el hipotálamo y el hipocampo debilitando la conexión entre los estímulos y la respuesta emocional" (p.192). Sin embargo sigue siendo una hipótesis difícil de probar.

Una tercera especulación se basa simplemente en la similitud aparente entre el procedimiento de la EMDR y el de la hipnosis (Evans, 1991). Sin embargo, no hay pruebas de que la EMDR provoque un alto nivel de sugestionabilidad, y por otra parte la efectividad de la exposición en imaginación al trauma durante la hipnosis es poco más eficiente que la exposición en imaginación fuera del estado hipnótico (Brom, Kleber y Defaresk, 1989) no siendo así en la EMDR cuya efectividad se destaca en ambos procedimientos.

Shapiro ha incluido una cuarta explicación, al parecer definitiva según la autora, basándose en el modelo de procesamiento acelerado de la información. Este fue inicialmente formulado para explicar los rápidos efectos del tratamiento en 1991. La terminología del procesamiento de la informa-

ción y de las redes de trabajo fue inicialmente creada por Lang (1977) y Bower (1981) y el modelo de procesamiento acelerado de la información (AIP, Accelerated Information Processing) la utiliza como una guía heurística para la práctica clínica.

A grosso modo, el modelo afirma que existe un sistema fisiológico que “metaboliza” la información asociada a las pequeñas molestias cotidianas. Sin embargo, cuando ocurre un trauma sustancial, el sistema puede funcionar mal, dejando a la información sin procesar, causando así varios trastornos en el resto del sistema. La naturaleza disfuncional de este recuerdo, incluida la forma en la que fue almacenado, significa que el sujeto puede continuar experimentando los sentimientos y creencias relacionados con el evento durante un largo período después de éste, dado que está sin procesar. La EMDR organizaría el material activando el sistema de procesamiento de la información, manteniéndola en un estado dinámico y asociándola con las redes de trabajo neuropsicológicas que contengan una información más adaptativa.

Desde nuestro punto de vista, posiblemente la explicación más parsimoniosa (y en este sentido estaríamos de acuerdo con Steketee y Goldstein, 1994) fuese la de una posible facilitación, en el sentido de que se llega antes a un estado de habituación ante los estímulos ansiógenos.

Estado actual

Shapiro no sólo ha considerado las críticas realizadas a sus primitivas especulaciones teóricas, sino que también ha tomado buena nota de las críticas sobre la vaguedad con que en un principio fue descrita la técnica. Es por ello que ha editado un libro: “Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols and procedures” en el que se recoge el protocolo básico del tratamiento, así como los protocolos adapta-

dos a distintas patologías y una amplia y detallada explicación del modelo teórico junto a una exhaustiva bibliografía. Así mismo, se han creado múltiples talleres formativos bajo la directa supervisión de la autora. Ello ha elevado considerablemente el status científico de la técnica y ha acallado los rumores de oscurantismo y acientificidad que pesaban sobre ella.

También, como dijimos anteriormente, se debe destacar el aumento del control en los estudios empíricos sobre la EMDR, como es el caso de los de Marcus y col. (1996) con pacientes diagnosticados de PTSD, Vaughan, Armstrong y col. (1994), y el de Carlson y col. (1997) con veteranos de guerra, sin olvidar los numerosos estudios realizados por la propia Shapiro. Si bien estos estudios siguen teniendo algunos fallos se acercan al nivel de control común en los estudios acerca de otras técnicas aplicadas al PTSD.

Conclusión

Resumiendo, la efectividad de la EMDR, pese a los fallos que pudieran tener los estudios empíricos que la ilustran, parece estar probada. Si bien, la explicación para tal efecto se limita todavía a simples hipótesis más bien vagas. Tal situación parece injustificada dado el contraste entre la efectividad de la técnica y el conocimiento y control sobre los factores implicados en ella. Por lo que urge un estudio profundo de sus mecanismos, aunque sólo sea, como señalan sus detractores, para verificar concisamente su utilidad terapéutica. Quizás en este caso resulte interesante fijarse también en aquellas aplicaciones de la técnica en las que se obtienen resultados negativos. Por ejemplo, se ha observado que existe un tipo de pacientes para los que no resulta eficaz la EMDR. Se trata de los adictos a la cocaína (Rothbaum, 1992). Son incapaces de seguir los movimientos rápidos del dedo, lo que podría deberse al incremento en el metabolismo de

glucosa cerebral a nivel de córtex orbito-frontal que se observa en esta población. Ello podría tener implicaciones en la habilidad para rastrear el movimiento rápido de un objeto. Además, los adictos a la cocaína presentan un scanner similar a los pacientes obsesivo-compulsivos, que tampoco responden al EMDR. Estas observaciones pueden ayu-

darnos a comprender los mecanismos y procesos implicados en el EMDR y debieran explorarse.

En definitiva, un nuevo campo de estudios está abierto..... ¡Quién sabe que nos deparará cuando sea convenientemente explorado!.

Referencias bibliográficas

- Acierno, R., Hersen, M., Van Has-selt, V. B., Tremont, G. y Meuser, K. T. (1994). Review of validation and dissemination of eye-movement desensitization and reprocessing: A scientific and ethical dilemma. *Clinical Psychology Review*, 14, 287-299.
- Boudewyns, P. A. y Hyer, L. (1990). Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. *Behavior Therapy*, 21, 63-87.
- Boudewyns, P. A., Hyer, L. A., Per-alme, L., Touze, J. y Kiel, A. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related PTSD: An early look. *Presentado en la Convención de la APA. Los Angeles. CA.*
- Bower, G. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Brom, D., Kleber, R. J. y Defaresk, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L. y Muraoka, M. Y. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related post traumatic stress disorder: A controlled study. *Cuarta Conferencia Europea sobre estrés posttraumático*. Paris.
- Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing as an exposure intervention in combat-related PTSD: four case studies. *Journal of the Vietnam Veterans Institute*.
- Cocco, N. y Sharp, L. (1993). An auditory variant of eye movement desensitization in a case of childhood post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 373-377.
- Cooper, N. A. y Clum, G. A. (1989). Imaginal flooding as supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 381-391.
- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasúa, B. y Zubizarreta, I. (1992). Estrés post-traumático en excombatientes y víctimas de agresiones sexuales: Nuevas perspectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología*, 30, 7-24.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Sauca, E. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno por estrés post-traumático. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 503-526
- Evans, B. J. (1991). Hipnotisability in post-traumatic stress disorders: implications for hypnotic interventions in treatment. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 49-58.
- Fairbank, J. A. y Brown, T. A. (1987). Current behavioral approaches to the treatment of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 31, 57-64.
- Fairbank, J. A. y Nicholson, R. A. (1987). Theoretical and empirical issues in the treatment of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 44-45.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., y Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Foa, E. B., y Meadows, E. A. (1997). Psychological treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Abnormal Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Foy, D. W., Donahoe, C. P., Carroll, E. M. (1987). Post-traumatic stress disorder. En L. Michelson y L. M. Ascher (Eds.) *Anxiety and Stress Disorder: Cognitive Behavioral Assessment and Treatment*. New York: Guilford.
- Friedmann, M. J. (1988). Toward rational pharmacotherapy for post-

- traumatic stress disorder: an interim report. *British Journal of Psychiatry*, 124. 392-401.
- Goldstein, A. J., Feske, R. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing for panic disorder: a case series. *Journal of Anxiety Disorders*, 4. 351-362.
- Hedstrom, J. (1991). A note on eye movements and relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22. 37-38.
- Herbert, J. D. y Meuser, K. T. (1992). Eye movement desensitization: a critique of the evidence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 23. 169-174.
- Jensen, J. A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 25. 311-326.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T. y Bender, M. A. (1985). A Behavioral approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. En Ch. R. Figley (Ed.). *Trauma and its wake*. New York: Bruner/Mazel.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M. y Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20. 245-260.
- Kleinknecht, R. A. (1993). Rapid treatment of blood and injection phobias with eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24. 211-217.
- Kihlstrom, J. F. (1985). Hypnosis. *Annual Review of Psychiatry*, 36. 385-418.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8. 862-886.
- Levin, C. (1993). The enigma of EMDR. *Family Therapy Networker*, 17. 75-83.
- Lipke, H. J. (1992). Stance for Shapiro. *The Behavior Therapist*, 15. 215-216.
- Lohr, J. M., Kleinknecht, R. A., Tolin, D. F. y Barret, R. H. (1995). The empirical status of the clinical application of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26. 285-302.
- Lohr, J. M., Kleinknecht, R. A., Conley, A. T., Dal Cerro, S. D., Schmidt, J. y Sontang, M. E. (1992). A methodological critique of the current status of eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23. 159-167.
- Lohr, J. M., Tolin D. T., Lilienfeld, S.O. (1998). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing: Implications of Behavior Therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 96.123-156.
- MacFarlane, A. C. (1989). The treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 62. 81-90.
- Marcus, S., Marquis, P. y Sakay, C. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: a clinical outcome study for post-traumatic stress disorder. *Paper presented at the American Psychological Association annual convention*. Toronto, Canadá.
- Marquis, J. N. (1991). A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22. 187-192.
- McCann, D. L. (1992). Post-traumatic stress disorder due to devastating burns overcome by a single session of eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23. 319-323.
- Page, A. C. y Crino, R. D. (1993). Eye movement desensitization: a simple treatment for post-traumatic stress disorder? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27. 288-293.
- Peniston, E. G. (1986). EMG biofeedback-assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans post-traumatic stress disorder. *Clinical Biofeedback Health*, 9. 35-41.
- Pitman, R. K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R. E., Macklin, M. L., Poiré, R. E. (1991). Psychiatric complications during flooding for post-traumatic stress disorder. *Journal Clinical Psychiatry*, 52. 17-20.
- Puk, G. (1991). Treating traumatic memories: a case report on the eye movement desensitization procedure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22. 149-151.
- Richards, D. A. y Rose, J. S. (1991). Exposure therapy for post-traumatic stress disorder. Four case studies. *British Journal of Psychiatry*, 158. 836-840.
- Rothbaum, B. O. (1992). How does EMDR work?. *Behavior Therapy*, 15. 34.
- Shapiro, F. (1989a). Efficacy of eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2. 199-223.
- Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20. 211-217.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.

- Shapiro, F. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-10.
- Solomon, S. D., Gerrity, E. T. y Muff, A. M. (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *JAMA*, 268, 633-638.
- Spanos, N. P. (1986). Hypnotic behavior: a social-psychology interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavioral and Brain Science*, 9, 449-552.
- Spector, J. y Huthwaite, M. (1993). Eye-movement desensitization to overcome post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163, 106-108.
- Steketee, G. y Goldstein, A. J. (1994). Reflections on Shapiro's reflections: Testing EMDR within a theoretical context. *The Behavior Therapy*, 17, 156-157.
- Vaughan, K. y Tarrier, N. (1992). The use of image habituation training with post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 161, 658-664.
- Vaughan, K., Armstrong, M. F., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W. y Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 283-291.
- Vaughan, K., Wiese, M., Gold, R. y Tarrier, N. (1994). Eye movement desensitization: symptom change in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 533-541.
- Wernik, U. (1993). The role of the traumatic component in the etiology of sexual dysfunctions and its treatment with eye movement desensitization procedure. *Journal of Sex Education and Therapy*, 19, 212-222.
- Wilson, S. A., Becker, L. A. y Tinker, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.
- Wolpe, J. y Abrams, J. (1991). Post-traumatic stress disorder overcome by eye-movement desensitization: a case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 39-43.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press.