

REVISTA DE

# PSICOTERAPIA

TERAPIAS PSICONEUROLÓGICAS DEL TRAUMA

Epoca II, Volumen XX - 4º. trimestre 2009



80



# REVISTA DE PSICOTERAPIA

**Director:** MANUEL VILLEGAS BESORA

**Consejo de Dirección:** LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYÓN COBOS, MAR GÓMEZ MASANA, URSULA OBERST, JOSÉ LUIS MARTORELL YPIENS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMÓN ROSAL CORTÉS.

**Comité Editorial:** ALEJANDRO ÁVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSÉ NAVARRO GÓNGORA, LUIGI ONNIS, IGNACIO PRECIADO, ÁLVARO QUIÑONES, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

**Coordinación Editorial:** LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

---

**EDITA:**

**REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.**

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

**Epoca II, Volumen XVIII - Nº 80 - 4º trimestre 2009**

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, venticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

---

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

---

**Portada:** Ana Gimeno-Bayón Cobos

**Autoedición:** Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

**Impresión:** OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

---

Precio de este ejemplar 20 euros (incluido I.V.A.)

# SUMARIO

<b>EDITORIAL .....</b>	<b>3</b>
<b>EL TRAUMA PSICOLÓGICO: UN PROCESO NEUROFISIOLÓGICO CON CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS .....</b>	<b>5</b>
Mario C Salvador	
<b>EMDR Y EL MODELO DE PROCESAMIENTO ADAPTATIVO DE LA INFORMACIÓN (PAI) MECANISMOS POTENCIALES DE CAMBIO .....</b>	<b>17</b>
Roger M. Solomon y Francine Shapiro	
<b>BRAINSPOTTING, UN NUEVO MODELO DE SINTONÍA DUAL PARA LA PSICOTERAPIA .....</b>	<b>39</b>
David Grand, Ph.D.	
<b>TRATAMIENTO DE UN CASO DE ORIGEN TRAUMÁTICO DE FOBIA A LA SANGRE CON EMDR EN UNA SOLA SESIÓN .....</b>	<b>51</b>
Jesus Sanfiz Mellado	
<b>TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL CON EMDR .....</b>	<b>61</b>
Anabel Gonzalez y Dolores Mosquera	
<b>EMDR EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: REVISIÓN .....</b>	<b>73</b>
Raquel Quílez Pardos	
<b>LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS Y DEL TRAUMA: PRESENTACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE TRAUMA ACUMULATIVO (CTS) .....</b>	<b>89</b>
Robles, M. E., Badosa, J. M., Roig, A. Pina, B., Feixas, G.	
* * *	
<b>ENTRE LA LIBERTAD Y LA CONSTRICCIÓN: EL DILEMA DE LA AGORAFOBIA .....</b>	<b>105</b>
Marco Castiglioni, Laura Contino y Manuel Villegas Besora	



## EDITORIAL

La presente monografía sobre intervenciones psicoterapéuticas de orientación neurofisiológica del trauma psicológico pretende dar respuesta al creciente auge que están teniendo abordajes como EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), Brainspotting (BSP) o las técnicas de Integración Cerebral para el tratamiento eficaz de las experiencias traumáticas que a lo largo de la vida de la persona han condicionado su sistema de funcionamiento en la vida. Hoy está bien documentado el impacto neurobiológico del trauma en el organismo humano y su huella determinante en el desarrollo posterior de la persona. Tales abordajes aportan una metodología de trabajo dirigida a las experiencias nucleares que sirvieron como experiencia raíz que marcó el modo posterior de percibir, sentir y reaccionar ante situaciones reminiscentes de manera persistente y resistente. Por otra parte, facilitan la integración de las experiencias fijadas en el sistema orgánico de manera que puedan ser incorporadas e integradas de manera adaptativa para formar parte de un sentido unitario del self. Estos abordajes son una aportación complementaria a las modalidades de psicoterapia verbales, promoviendo un procesamiento que abarca no sólo el ámbito de lo psicológico sino también la experiencia somática.

El artículo de Mario Salvador ofrece un marco para comprender la fenomenología fisiológica del fenómeno traumático; aporta una revisión y un desarrollo del impacto somatosensorial del trauma en el organismo y los sistemas neurobiológicos que ayuda a comprender el legado somático del trauma, sensibilizando al terapeuta hacia el trabajo centrado en el cuerpo y la narrativa somática y ayudando a comprender la frecuente sintomatología somatomorfa en los pacientes con estrés postraumático simple o crónico.

Roger M. Solomon y Francine Shapiro (descubridora del EMDR) plantean una revisión de los factores que promueven el cambio en el empleo de EMDR. Postulan que la base de la patología radica en los recuerdos almacenados disfuncionalmente, fundamento de los comportamientos desadaptativos. Desarrollan los distintos aspectos del modelo de procesamiento adaptativo de la información (PAI). Asimismo, defienden que el procesamiento con EMDR produce una transmutación de los recuerdos por contraposición a los abordajes que pretenden la extinción.

David Grand, como descubridor de Brainspotting (BSP), expone los fundamentos de este método neurofisiológico que complementa y apoya la función curativa de la relación terapéutica. Propone el BSP como un modelo de sintonía dual en el que se combina simultáneamente la sintonía de la relación terapéutica con la sintonía neurobiológica del proceso de mindfulness focalizado y al que propone como un modelo integrador a emplear sobre la base de otros abordajes terapéuticos.

Ya desde una perspectiva más aplicada aparecen los siguientes artículos. Jesús Sanfíz ilustra el abordaje de un caso clínico de fobia a la sangre desarrollada en un parto complicado y tratada exitosamente en una sola sesión con EMDR; realiza una revisión de la literatura relacionada con este tipo de fobia y presenta un seguimiento de los resultados de la terapia contrastados en una experiencia real de la paciente.

Por su parte Anabel Gonzalez y Dolores Mosquera presentan un artículo en el que proponen el EMDR como abordaje más efectivo para el tratamiento de personas que han sufrido abusos sexuales. Exponen el tratamiento de un caso de un paciente que presenta un episodio único de violación sexual tratado con lo que en EMDR se conoce como protocolo estándar y un caso de trauma complejo, aquel en el que la persona se ha visto sometida a múltiples experiencias traumáticas a lo largo de su ciclo vital.

Raquel Quilez desarrolla una elaborada revisión de la literatura y principios de tratamiento para los trastornos de conducta alimentaria (TCA). Expone en su artículo los distintos aspectos y elementos pluricausales y las manifestaciones clínicas a considerar en el tratamiento de estos pacientes, y como emplear EMDR de manera efectiva sobre cada uno de estos elementos.

Finaliza la monografía con la presentación de la versión española del *Cumulative Trauma Scale* de Kira et al (2008), un cuestionario dirigido a evaluarlo. Para obtener esta versión se ha seguido un proceso de traducción-retraducción y se ha aplicado a dos grupos reducidos de sujetos a modo de prueba piloto.

Fuera de monografía se publica un estudio de Castiglioni, Contino y Villegas, cuyo objetivo es someter a examen empírico la tesis clínica, común a diferentes enfoques psicoterapéuticos, sobre la conexión entre agorafobia y semántica de la libertad, planteando la hipótesis que los constructos personales relacionados con la esfera de la “libertad-constricción” son predominantes en los pacientes agorafóbicos.

Mario Salvador

#### **Nota editorial:**

Por un error tipográfico en la edición del número 77 dedicado a “Estudios de caso único”, el artículo titulado “*Diferencial semántico de Osgood como instrumento de planificación terapéutica y medida del cambio en psicoterapia cognitivo-analítica: estudio de un caso*” (páginas 5-29) de María Vicenta Gómez de Ramón Fuster y Carlos Martín Fernández-Mayoralas, apareció el primer apellido de este último como “Martínez” en lugar de Martín, tanto en el encabezado del artículo como en el Editorial y Sumario. Pedimos disculpas tanto al autor como a los lectores, esperando puedan tenerlo en cuenta para su corrección.

# EL TRAUMA PSICOLÓGICO: UN PROCESO NEUROFISIOLÓGICO CON CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

Mario C Salvador

Analista Transaccional Docente y Supervisor provisional por EATA-ITAA, Brainspotting Trainer Fase I, Supervisor y Clínico EMDR.

msalvador@cop.es

*In this article we discuss the about the impact and secuela of psychological trauma in the organism and its neurophysiological consequences. Psychological trauma, when also dissociation, is stored in the system as an implicit and procedural memory, manifesting significant alterations in different physiological systems, that lately act as sustenance mechanism and memory. We present a rational to psychotherapy work about physiological phenomenas as an introduction and as a base to use neurophysiological approaches as EMDR and Brainspotting.*

*Keywords: trauma, PTSD, freezing response, paralysis, dissociation, somatization.*

---

## EL TRAUMA PSICOLOGICO

El trauma psicológico es un acontecimiento presente en la vida de casi todo ser humano en la medida que todos hemos tenido algunas experiencias que han determinado patrones de comportamiento que en el momento presente resultan disfuncionales.

Pierre Janet aportó una definición de trauma psíquico ya en 1894, que luego matizó en 1919:

*“Es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reactuaciones conductuales.”*

En esta definición están contenidos los elementos esenciales del concepto de trauma psicológico. La persona se enfrenta a una situación de amenaza psicológica o vital de la que no puede escapar y para la que sus recursos normales no son eficaces; es decir, no puede enfrentarse a ella de manera que pueda hacerla desaparecer ni puede huir.

En otras ocasiones, lo traumático ocurre a través de un período de tiempo vital prolongado en el que el niño vive en una atmósfera emocional que carece de calidad afectiva o en la que abundan los malos tratos físicos y/o psicológicos, la negligencia o el abandono emocional. En estos casos, el niño no dispone de relaciones personales que le ayuden a consolidar un sentido del sí mismo como digno y valioso. En casos como este hablamos de “trauma acumulativo” (Lourie, 1996; Khan, 1963) o, como más recientemente acuñan otros autores del campo de investigación del estrés postraumático, “trastornos de estrés postraumático complejo” o DESNOS –Disorder of Extreme Stress not Otherwise Specified– (Bessel A. van der Kolk, Susan Roth, David Pelcovitz, & Susanne Sunday, and Joseph Spinazzola, 2005).

En situaciones de amenaza crónica o de amenaza extrema, los mecanismos de defensa activa (lucha-huida) no sólo pueden no ser eficaces, muchas veces pueden hacer que la situación amenazante se haga todavía más peligrosa. Pongamos el caso de un niño que vive con un padre alcohólico; cuando éste está bebido y violento, si el niño o alguien de la familia se enfrentan a él probablemente empeorarán las cosas y la situación se volverá todavía más peligrosa. Entonces, la manera más eficaz de defenderse es una defensa pasiva: el niño se somete y trata de no molestar ni hacer nada que pueda provocar la ira de la persona amenazante. Si ésta es una situación crónica y, además, no hay ningún otro cuidador que sirva de figura protectora y que ofrezca cuidados afectivos sólidos, este niño tratará de “hacerse invisible”, de retirarse y de refugiarse en sí mismo buscando sus propios recursos para protegerse y consolarse. Este niño conformará un guión<sup>1</sup> de vida solitario, retraído y aislado del mundo exterior; elaborando creencias disfuncionales y patógenas en su guión del tipo “*No valgo nada*”, “*soy culpable de lo que pasa*”, “*soy una carga*”, “*los demás no me quieren ni me comprenden*”, “*la vida no tiene sentido de ser vivida*”; y probablemente desarrollará un self social acomodaticio y sumiso (Ferenczi, 1931); tratará de que los demás le acepten; pero tendrá dificultades en sus relaciones para lograr el respeto y la consideración de los demás. Esta persona no habrá aprendido a discriminar las señales internas de malestar e incomodidad ante la falta de respeto y será propenso a involucrarse en relaciones dañinas en el futuro.

Erskine (1986) por su parte afirma que el guión de vida es un grupo complejo de patrones relacionales inconscientes basados en reacciones fisiológicas de supervivencia, conclusiones de la vida implícitas (aquellas compuestas de reacciones inconscientes para las que todavía no hay lenguaje, capacidad de secuenciación de eventos o pensamiento consciente) y decisiones explícitas formadas bajo estrés en cualquier momento del desarrollo, que inhiben la espontaneidad y limitan la

flexibilidad en la resolución de problemas, el mantenimiento de un estado saludable y las maneras de relacionarse con las personas.

El guión de vida se desarrolla por el niño como medio de afrontar los fallos relacionales con las personas significativas de las que depende y que fracasan repetidamente en dar satisfacción a las necesidades. Habitualmente, estos patrones inconscientes fueron formulados, reforzados y elaborados a lo largo de diferentes edades en el desarrollo de la persona como consecuencia de rupturas y faltas de sintonía en la relación con otros; es decir, se forman a raíz de fallos acumulativos a lo largo de la relación con el otro. Khan (1963) habla del trauma acumulativo como el resultado de las rupturas en el papel de la madre como un escudo protector a lo largo del curso del desarrollo del niño, desde la infancia a la adolescencia.

Así pues, antes de tener lenguaje, el ser humano tiene ya una vasta experiencia de “estar en relación” y de cómo manifestarse para ser respondido, o al no ser respondido. Los guiones de vida son sistemas inconscientes de organización psicológica y autorregulación construidos primordialmente como recuerdos o memorias implícitas y expresados a través del malestar fisiológico, escaladas o inhibiciones de las respuestas afectivas y a través de relaciones transferenciales repetitivas que tienen lugar en la vida cotidiana, aquellas que responden a expectativas acerca de la relación con otros (Salvador, 2008).

## NEUROBIOLOGÍA DEL TRAUMA PSICOLÓGICO

Desde el punto de vista neurobiológico, el niño del ejemplo anterior ha de poner en marcha mecanismos de defensa pasivos, que implican la parálisis (congelamiento) y la anestesia emocional. Este niño aprende a frenar las respuestas emocionales tensionando su cuerpo al experimentar una y otra vez que sentir necesidades que no van a ser satisfechas provoca la consciencia dolorosa de ser rechazado o minimizado una y otra vez (por ej., al niño que se dice “*lloras por tonterías*”, “*eres una persona triste y no tienes motivos*”, “*te voy a dar yo motivos para llorar*”). La respuesta de parálisis tiene una función biológica de supervivencia en todos los mamíferos: evita que el depredador o el más fuerte siga atacando, y con ello muchas veces se salva la vida. Asimismo, en la parálisis se segregan endorfinas que actúan como anestésicos naturales contra el dolor físico y emocional, con lo que el individuo puede seguir enfrentándose a los asuntos prácticos requeridos para su supervivencia. En el ejemplo que nos ocupa, el niño podrá seguir viviendo en el hogar de sus cuidadores, aun cuando los cuidados sean frustrantes hasta que pueda hacerse mayor y valerse por sí mismo. No obstante, esta respuesta de parálisis no es biológicamente homeostática. Mientras que en condiciones normales la rama simpática del SNA se activa para enfrentarse a la amenaza y una vez pasada se desactiva dando paso a la activación de la rama parasimpática que facilita los procesos de recuperación, en la situación traumática el individuo tiene que frenar de una manera “no homeostática” la activación del sistema simpático;

esto ocurre activando simultáneamente la rama parasimpática y simpática del SNA para frenar la hiperactivación organísmica.

Estudios con animales ante un shock del que no pueden escapar ilustran este dilema. Los animales expuestos a estímulos amenazadores significativos se congelaban de manera predecible ante las subsecuentes exposiciones al shock. Cuando se introducían maneras de escapar posteriormente, no elicitan la respuesta de escape, los animales permanecían paralizados, y continuaban exhibiendo indefensión (Seligman, 1975). Parecían no aprender de las nuevas experiencias, incluso de aquellas que promovían el escape o la supervivencia. El factor crítico en el trauma parece ser la controlabilidad del resultado de la amenaza versus el estado de indefensión. Van der Kolk et al, han señalado remarcadas similitudes entre la respuesta humana al trauma y la de los animales ante la situación de shock inescapable, y han sugerido que el shock inescapable (SI) puede ser un modelo biológico para el TEPT (van der Kolk, et al, 1985). La disociación persistente y crónica hace al animal, o humano, propenso a paralizarse, o disociar, ante una amplia gama de estímulos que puedan estar asociados con la situación amenazante.

Levine (1997) lleva el modelo filogenético un paso más allá, igualando la falta de recuperación del congelamiento, o respuesta de inmovilidad, con la retención de una energía almacenada y no disipada de la respuesta de lucha-huida truncada. Este estado mantenido de arousal del sistema simpático sirve como impulso para la memoria y los síntomas de activación del trauma y el TEPT. Atribuye la tendencia a la traumatización en la especie humana a la influencia inhibitoria de los centros neo-corticales seleccionados que bloquean la capacidad instintiva que poseen los animales salvajes, de “descargar”, sacudiéndose, la energía retenida. Señala que los animales que salen de la inmovilidad manifiestan frecuentemente actividad motora repetitiva; postula que esta actividad estereotipada permite el completamiento de las secuencias motoras del escape exitoso o la defensa; y además efectúa una descarga de energía.

La disociación en el momento del trauma es el predictor principal para el desarrollo posterior de TEPT (van der Kolk & van der Hart, 1989). Los individuos que disocian activamente en el momento que ocurre el trauma son más propensos a desarrollar síntomas subsecuentes de TEPT que aquellos que no disociaron (Bremner, et al, 1992, Holen, 1993, Cardena & Spiegel, 1993). Los niños son particularmente propensos a disociar en las experiencias traumáticas, y consecuentemente las personas con una historia de traumas pasados, especialmente abuso sexual, son más susceptibles de estar en arousal elevado, paralizarse y retraumatizarse después de la exposición incluso a un estímulo no específicamente traumático (Kolb, 1987). Siguiendo con el ejemplo del niño con el padre alcohólico, tenderá a paralizarse cada vez que esté ante alguien que le grite o cuando anticipe un conflicto emocional, al actuar estas situaciones como estímulos disparadores del recuerdo.

La experiencia fenomenológica de la disociación es la vivencia de falta de tonicidad muscular, sensación de frío intenso que viene del interior al exterior, pérdida del sentido y conexión con la realidad, experimentarse fuera del cuerpo, negación u olvido de lo ocurrido. Podemos decir que cuando el cuerpo no puede escapar, la mente trata de no-estar en el cuerpo, en la realidad. El organismo se rinde y se abandona sumisamente; también se conoce esto como respuesta de “*inmovilidad tónica*”.

Debido a la falta de integración de la experiencia acerca de la experiencia traumática, el funcionamiento de la personalidad puede quedar organizado en torno a los diferentes esquemas de acción implicados en la defensa; esquemas no integrados que luego resultarán en un funcionamiento desadaptativo ante circunstancias que puedan recordar algo del evento original. Los sistemas de acción estructuran la personalidad a un nivel muy amplio; organizan y regulan las principales funciones vitales tales como la atención, emoción, neurofisiología y sobre todo la conducta (*Panksepp, 1998*). Algunos sistemas de acción actúan como mediadores de actividades mentales y conductuales relacionadas con la vida cotidiana, como son: el sistema de apego, la exploración, el juego, la regulación de la energía (comer, descansar, consumir, etc.), la sociabilidad, el cuidado de los demás, la reproducción-sexualidad; mientras que otros sistemas de acción están orientados hacia las acciones defensivas en respuesta a la amenaza de la integridad física, al rechazo social y a la pérdida de vínculos afectivos. Este *sistema de acción defensivo*, compartido por el hombre con muchas especies de animales, está compuesto por diversos subsistemas: llanto de apego, hipervigilancia, congelación, huida, lucha, colapso o sumisión total con anestesia, analgesia y estados de recuperación (cuidado de las heridas, descanso, aislamiento del grupo). Los sistemas de acción se van adquiriendo en el transcurso del desarrollo y precisan de la maduración y de experiencias suficientemente buenas que permitan alcanzar el máximo de su funcionamiento. Sabemos que en la traumatización en fases precoces, los sistemas de acción pueden evolucionar hacia una organización disfuncional que puede persistir, incluso, cuando mejora la calidad de vida. Ello implica que estos sistemas de acción pueden quedar organizados como partes de la personalidad no integradas, que comportan, cada una de ellas, un sistema de pensar, sentir y actuar; también llamados estados del yo (*Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K., 2008*). De este modo, ante una circunstancia que recuerde el evento traumático original, la persona puede actuar de manera simultánea o sucesiva respondiendo desde diferentes “partes” o “sistemas de acción”: con miedo, ira, parálisis, sumisión, etc.

## **TRAUMA Y SOMATIZACIÓN**

Por otra parte, debido a la desregulación emocional, los trastornos de estrés postraumático y trauma acumulativo crónico manifiestan un componente

somatoforme; las personas que han sufrido de traumas, simples o crónicos, no resueltos, presentan una plétora de quejas somáticas, bien sea relacionadas con el sistema digestivo, sexual, dolores de cabeza no tratables médicamente, fibromialgia y dolor crónico, etc. Desde un punto de vista somático, las memorias procedimentales o condicionadas de los inputs sensoriales y las respuestas motoras a los eventos físicos asociados al evento traumático serán también incorporadas a la reacción del trauma. En un acontecimiento de elevado arousal y amenaza, puede ser suficiente sólo un acontecimiento para que se establezca una respuesta condicionada. De esta forma, las experiencias sensomotoras, vestibulares y oculares del accidente serán registradas en la memoria procedimental a través del condicionamiento operante traumático. Estas percepciones serán elicitadas posteriormente en forma exacta por medio de memorias, flashbacks, pesadillas, así como por claves internas y externas reminiscentes del evento traumático (receptores sensoriales propioceptivos, visuales, auditivos y vestibulares). Todos los elementos del síndrome post-shock –vértigo, vista nublada, pitido de oídos, dolor de cabeza, dolor miofascial– constituyen ahora síntomas precipitados por un estímulo clave disparador del recuerdo, y eventualmente por un rango cada vez más amplio de eventos activadores no-específicos. (Scaer, 2001). El dolor miofascial representa probablemente una memoria procedimental del reflejo motor defensivo de estiramiento y sus patrones propioceptivos precipitados por el movimiento del cuerpo en el momento del acontecimiento traumático, elicitado posteriormente por estrés o cualquier patrón de movimiento que sea reminiscente del evento, en forma de espasmos musculares o agarrotamiento. Pueden aparecer déficits cognitivos y, de hecho empeoran, basados en los déficits de memoria y atención bien documentados cuando hay disociación y TEPT (Gill, et al, 1990; Grigsby, et al, 1995). Ninguno de estos diversos grupos de síntomas requiere que haya daño físico en los tejidos para producirlos. Esta hipótesis depende de la ocurrencia de disociación que contribuye a una respuesta de congelamiento no resuelta como resultado de una amenaza vital con indefensión. La activación que resulta incorporaría no sólo los centros de la memoria y arousal sino también los centros que proporcionan información sensorial del evento traumático (visual, auditiva, vestibular, receptores propioceptivos) y los centros motores que organizan la respuesta defensiva (cerebelo, tallo cerebral, ganglios basales, córtex motor). La activación y la disociación explicaría la tendencia perturbadora persistente de los síntomas del shock a diversas formas de terapia física, el persistir indefinidamente en muchos casos y empeorar dramáticamente en situaciones de estrés vital. Esto explica la naturaleza somática de la disociación.

La disociación puede acompañarse por fragmentación o percepciones alteradas ya no sólo del self y la realidad sino también de partes o regiones del cuerpo. La incapacitación clínica experimentada por la persona disociada se presentará casi siempre como déficits físicos que desafían las explicaciones fisiológicas de los

estudios clínicos, de laboratorio o de neuroimagen. Los diagnósticos manejados por los médicos acerca de estos estados incluyen la histeria, trastornos somáticos y de conversión. La causa de estos estados se atribuye de manera uniforme a motivos psicológicos, y el factor común al estrés. Casi todos los déficits tienen una naturaleza neurológica, y pueden afectar cualquier sistema, incluyendo el visual, auditivo, vestibular, el habla, el equilibrio, la sensación y la función motora. La pérdida de fuerza y las convulsiones son expresiones frecuentes de este estado.

## CEREBRO Y CUERPO

Asimismo, hoy sabemos que durante la experiencia traumática y postraumática hay una desregulación bioquímica debido a que la amígdala permanece hiperactivada ante una percepción de peligro, incluso cuando ya ha acontecido. Esta hiperactivación genera un exceso de cortisol que inhibe la actividad del hipocampo; núcleo del sistema límbico implicado en la simbolización de las experiencias y la codificación de las mismas en una perspectiva espacio-temporal. Es decir, sin la intervención del hipocampo las vivencias no podrán ser convertidas en experiencias narrativas con un final y una ubicación en nuestro pasado. En otras palabras, las memorias traumáticas permanecen registradas en un formato de memoria implícita, somato-sensorial, en las capas subcorticales de nuestro sistema neurológico como recuerdos vívidos, congelados en el tiempo y que se manifiestan en la misma forma que fueron vividos. Estas vivencias que no han sido “integradas” permanecen activas y siguen influenciando nuestra percepción consciente de la realidad más allá de lo que somos conscientes. Como ejemplo de esto, pensemos en una situación de la vida actual como asistir a un seminario profesional; si hemos tenido malas experiencias no resueltas en nuestro ámbito escolar con los profesores, puede que en la actualidad haya dos sistemas de percepción en la situación de asistir al seminario; mientras que con nuestro yo consciente sabemos que no hay peligro, puede que otra parte de nosotros permanezca alerta ante algo que puede ocurrir que implique riesgo psicológico (ej. “*¿y si me hacen una pregunta y no la sé?*”). Este procesamiento inconsciente de la realidad está siempre activo e influenciando nuestra experiencia de vida actual.

Consideramos el self primordialmente como una matriz de memorias conscientes e inconscientes organizadas en episodios, historias y narrativas. La toma de decisiones no consciente penetra y da forma a la construcción del self. Las capas ocultas de nuestro procesamiento neuronal pre-digieren y organizan nuestra experiencia antes de que emerja a nuestra consciencia. La mayor parte de la psicoterapia se ha de dedicar a detectar, comprender y corregir el contenido y la organización de estas capas ocultas. Las capas ocultas –como matriz de memorias implícitas, procedimentales, cognitivas y memorias senso-motoras– crean nuestra realidad milisegundos antes de llegar a nuestro self consciente. Lo que llamamos intuición es el resultado de decisiones rápidas e inconscientes que guían nuestros pensamien-

tos, sentimientos y acciones sin nuestro conocimiento consciente (Damasio, 1999).

Nuestro cuerpo y nuestra neurobiología son la “caja negra” que almacena nuestra historia vital; todo está codificado en ella. Podemos decir que nuestras redes neuronales son fruto de nuestras experiencias y que se han inter-conectado para tratar de anticipar situaciones y responder de manera adaptativa o para sobrevivir.

Antonio Damasio en su libro *En busca de Spinoza* (2005) afirma:

*“El cerebro obtiene el mapa del estado del cuerpo. Puesto que el cerebro supervisa todo el organismo, local y directamente (a través de las terminaciones nerviosas) y global y químicamente (mediante el torrente sanguíneo), el detalle de estos mapas y su diversificación son muy notables. Ejecutan muestreos del estado de la vida en todo el organismo vivo, y a partir de estas muestras asombrosamente extensas pueden destilar mapas de estado integrados... cuando decimos que nos sentimos bien o que nos sentimos fatal, la sensación que experimentamos se obtiene a partir de muestreos compuestos basados en la cartografía de la química del medio interno... a través del intercambio de señales que tiene lugar en el tallo cerebral y el hipotálamo” (p. 124)*

Más adelante sigue:

*“el procesamiento del estímulo, en el contexto específico en el que tiene lugar, conduce a la selección y ejecución de un programa pre-existente de la emoción. A su vez, la emoción conduce a la construcción de un conjunto concreto de mapas neurales del organismo, al que contribuyen de manera notable señales procedentes del cuerpo propiamente dicho (pág. 133)... Así pues, los sentimientos pueden ser sensores mentales del interior del organismo, testimonios de la vida en marcha. ... los sentimientos son las manifestaciones mentales de equilibrio y armonía, de disonancia y discordancia. No se refieren necesariamente a la armonía o discordancia de los objetos o acontecimientos del mundo externo, sino más bien a armonía y discordancia en lo profundo de la carne. Alegría y tristeza y otros sentimientos son en gran parte ideas del cuerpo en el proceso de maniobrar para situarse en estados de supervivencia óptima”. (p. 135-136)*

Nuestro cerebro es una máquina de anticipación tratando de dar estructura a un mundo de estímulos internos y externos que ocurren juntos. Estamos hablando de “estados de la mente” o “estados del yo”, y son patrones de conducta, emoción y percepción que se activan situacionalmente ante estímulos específicos, generalmente asociados a determinados patrones de la relación interpersonal o estímulos ambientales condicionados; clásicamente, situaciones transferenciales.

## **ABORDAJE TERAPEUTICO: LA PRESENCIA TERAPÉUTICA Y LOS ABORDAJES NEUROLÓGICOS**

El terapeuta entrenado ha de estar pues plenamente atento y consciente a los diversos modos de la narrativa del paciente; no sólo a lo que el paciente cuenta verbalmente, sino también a cómo lo cuenta, cómo se expresa y al impacto que tiene en otros, particularmente en la propia relación terapéutica. Todo es narración y todo implica la historia de relaciones y la historia de vida del paciente. Así, el terapeuta ha de entrenarse en la percepción sutil del modo de funcionamiento psicológico y del funcionamiento biológico del paciente: como respira, los cambios en la coloración de su piel, la activación emocional o el micro-movimiento y reacciones fisiológicas que acompañan a la narración verbal. Todo ello nos señala el impacto de la experiencia a nivel orgánico.

El papel del terapeuta es pues mantenerse en contacto pleno, en una relación de sintonía fina, con el paciente. Esta sintonía tiene diversos niveles de encuentro: el funcionamiento cognitivo, las manifestaciones emocionales que aparecen durante el encuentro, las interrupciones del contacto con el terapeuta, el nivel de desarrollo de las fijaciones traumáticas que manifiesta el paciente, las necesidades de relación que requiere del terapeuta o que fueron mal atendidas en el proceso de maduración, etc. Con todo ello, el terapeuta actúa como un córtex auxiliar externo (como hace la mamá con el niño pequeño) que ayuda, a través del proceso de indagación, a dirigir y traer a la consciencia del paciente los aspectos de la experiencia que tuvieron que ser negados, apartados o reprimidos para ser aceptado en las relaciones significativas con otros.

En sí misma, a través de este tipo de relación terapéutica, se facilita la integración de la experiencia que fue disociada de la consciencia y el establecimiento de nuevas conexiones neuronales más adaptativas.

### *Abordaje somato-sensorial del trauma*

El abordaje del trauma severo ha de enfocar pues el legado somato-sensorial de las experiencias traumáticas a través de una observación con consciencia plena (mindfulness) de la experiencia somática. Esto implica un tipo de procesamiento de los registros de las capas subcorticales elaborados por los sistemas cerebrales de orden superior, corticales; llamamos técnicamente a este tipo de procesamiento “bottom-up”.

Se requiere pues instruir y desarrollar en el paciente la capacidad de prestar una atención consciente y enfocada –mindfulness– sobre su experiencia sentida. Definimos mindfulness como: “*prestar atención de una manera particular; al servicio del momento presente y de forma no juzgadora*”. Linehan (1993) por su parte la describe como una combinación de habilidades de observación del “qué”, describir y participar, y habilidades del “cómo” de una actitud no juzgadora, centrándose en una cosa a la vez.

Este tipo de observación reta el aprendizaje procedimental automático, reactivo e impulsivo de las memorias implícitas, e implica el descubrir como está organizada la experiencia. De esta forma, vamos llevando al paciente del funcionamiento impulsivo al funcionamiento reflexivo.

### **Abordajes neurológicos para el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos**

Descondicionar e integrar los aspectos procedimentales e implícitos de nuestra historia traumática requiere un enfoque que facilite la integración de los diferentes elementos de la experiencia (aspectos sensoriales, cognitivos, emocionales y fisiológicos). Tanto EMDR como Brainspotting son enfoques neurológicos que abordan el impacto somático, cognitivo y afectivo de los eventos que determinaron nuestro malfuncionamiento. Ambos aportan una metodología de trabajo que promueve un procesamiento basado en las capacidades autocurativas del cerebro y el organismo humano; facilitando la observación sin preconcepciones de la experiencia subcortical aun fijada al pasado.

EMDR (Eye Movement Dessensitization and Reprocessing: Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares) es una técnica científicamente probada eficaz para la desensibilizar y reprocesar los recuerdos traumáticos. Los eventos fisiológicos son aparentemente contrarrestados por los movimientos oculares en sí mismos (u otras formas de estimulación rítmicas bilaterales), que podrían restablecer el equilibrio excitatorio/inhibitorio del SNA, permitiendo que la información “congelada” sea desensibilizada, procesada e integrada adaptativamente (Shapiro, 1989). La metodología EMDR funciona como una forma de Procesamiento Acelerado de Información que puede desbloquear el sistema de procesamiento de información del cerebro. En EMDR se rastrea la historia clínica del paciente al objeto de encontrar las experiencias originales que funcionan como nodos que alimentan la red neuronal en la que están registradas las experiencias no integradas (Procesamiento Adaptativo de la Información), de manera que el paciente las pueda integrar e incorporar de manera adaptativa a su sistema de funcionamiento.

**Brainspotting** (BSP) es una técnica de reprocesamiento neurológico descubierta y desarrollada por David Grand, Ph D.. BSP localiza en el área del campo visual, una vez activada la experiencia emocional y somática del asunto a tratar, en qué punto del área visual el paciente (Posición Ocular Relevante) se siente más conectado con su experiencia somática. Una vez localizado, simplemente se promueve la observación con consciencia plena –mindfulness– de los procesos internos que se despiertan. BSP implica una consciencia enfocada sobre el foco del problema que está registrado en la red neuronal a la que accedemos. El procesamiento generalmente ocurre de una manera fluida y espontánea por parte del paciente, siempre contenido por la presencia e implicación del terapeuta y la relación

terapéutica. El terapeuta mantiene así una actitud de profundo respeto hacia el proceso fenomenológico del paciente tal y como ocurre de manera espontánea.

BSP activa y acelera el reprocesamiento y promueve la integración y el cambio de la experiencia en el nivel fisiológico con su correspondiente transformación en el plano psicológico (cognición, emoción y conducta).

En los artículos que componen esta revista se profundizará más extensamente en ambos enfoques.

---

*En este artículo se argumenta el impacto y las secuelas del trauma psicológico en el organismo y sus repercusiones a nivel neurofisiológico. El trauma psicológico, cuando se experimenta disociación, se registra en el sistema de memoria implícita y procedimental de manera somato-sensorial, manifestando alteraciones significativas en multitud de sistemas de funcionamiento fisiológico que posteriormente actúan como mecanismos de mantenimiento y recuerdo. Se presenta una base para el enfoque del trabajo terapéutico sobre los fenómenos fisiológicos como introducción y base al abordaje con técnicas neurofisiológicas como el EMDR y Brainspotting.*

*Palabras clave: trauma, TEPT, trastorno de estrés post-traumático, respuesta de congelación o parálisis, disociación, somatización.*

## Nota

1 Eric Berne define el guión de la vida como “un plan de vida basado en una decisión tomada en la infancia, reforzado por los padres, justificado por acontecimientos subsiguientes, y que culmina en una alternativa elegida” (Berne, 1973: 488).

Schank y Abelson (1977) afirman que los guiones serían los esquemas con que representamos el conocimiento que poseemos sobre determinadas situaciones sociales convencionales y que nos permiten conducirnos adecuadamente en ellas. Estos guiones proporcionan expectativas sobre los sucesos que probablemente ocurrirán.

## Referencias bibliográficas

- Berne, E. *What do you say after you say Hello!*. Grove Press, Inc. New York, 1973. Berne, E. (1972, 1973). *¿Qué dice usted después de decir hola?* Barcelona: Grijalbo
- Janet, P. (1919/25). *Psychological healing*. New York: Macmillan
- Bremner, J., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosinheck, R., Charney, D.: (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans, *American Journal of Psychiatry*, 149:328-332.
- Cardena, E., Spiegel, D. (1993). Dissociative reactions to the Bay Area earthquake, *American Journal of Psychiatry*, 150:474-478.
- Gill, T., Calev, A., Greenberg, D., Kugelmas, S., & Lerer, B. (1990). Cognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 3:29-45.
- Grigsby, J., Rosenberg, N., Busenbark, D. (1995). Chronic pain associated with deficits in information processing. *Perceptual and Motor skills*, 81:4093-4100.

- Holen, A. (1993). The North Sea oil rig disaster, in Wilson, J., Raphael, B., eds., *International handbook of traumatic stress syndromes*, pp. 471-479, New York:Plenum Press.
- Janet P. *Histoire d'une idé fixe. Revue Philosophique. 1884;37:121-163. In: Janet P, Nervroses et ideas fixes. Paris: Felix Alcan. Vol. 1 (pp. 156-212). Reprint: Societe Pierre Janet. Paris; 1990.*
- Erskine, R. G.; Moursund J. P. & Trautmann R.L (1999). *Beyond Empathy. A Therapy of Contact-in-Relationship*. Nueva York, Brunner/Mazel.
- Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1997a). Methods of an integrative psychotherapy. En R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles* San Francisco: TA Press. (pp. 20-36). (Trabajo originalmente publicado en 1996)
- Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1997b). The process of integrative psychotherapy. En R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles* San Francisco: TA Press. (pp. 79-95). (Trabajo originalmente publicado en 1993)
- Grand, D. (2002). *Emotional Healing at Warp Speed: The Power of EMDR*.  
Publicación española. EMDR, curación a máxima velocidad. Ed.
- Herman, J.L. (1994). *Trauma and Recovery*. Nueva York: Harper & Collins Publishers.
- Levine, P. (1997). "Waking the tiger". Berkeley CA. North Atlantic.
- Kolb, L. (1987). Neurophysiological hypothesis explaining posttraumatic stress disorder, *American Journal of Psychiatry*, 144:474-478.
- Lourie, (1996). Cumulative trauma: the nonproblem solving. *Transactional Analysis Journal*, 26, 276-283
- Khan, M.N. (1963) The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286-306.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory*. W.W. Norton & Company, Inc. NY
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Parnell, L. (1999). *EMDR in the treatment of Adults Abused as Children*. Norton: Professional Book
- Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers. The psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. Norton: Professional Book
- Salvador, M. (2006). Implicaciones neurobiológicas del trauma e implicaciones para la psicoterapia. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 55, 44-57
- Salvador, M. (2008). El guiño de vida en el cuerpo. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 59, 238-247.
- Scaer, R.C. (2001). The Neurophysiology of Dissociation & Chronic Disease. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, (2001), 26(1), 73-91
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement, Desensitization and Reprocessing Basic Principle, Protocols and Procedures*, New York: Guilford Press.
- Schank, R.C. y Abelson, R (1977). Scripts, plans, goals and understanding. An inquiry into human knowledge structures. Hillsdale, N.J.: LEA
- Schore, A.N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W.W. Norton & Co.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2008). El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica. Desclée de Brouwer.
- Van der Hart, O. Ph.D., Kathy Steele, R.N., M.N., C.S. Suzette Boon, Ph.D. and Paul Brown, M.D. The Treatment of Traumatic Memories: Synthesis, Realization, and Integration. Originally published in *Dissociation*, 1993, 6(2/3), 162-180. Posted at [www.trauma-pages.com](http://www.trauma-pages.com) with permission of the first author (OvdH) and Editor (R. Kluff).
- Van der Kolk, B., Greenberg, M., Boyd, H. & Krystal, H. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters and addiction to trauma: Towards a psychobiology of post traumatic stress disorder, *Biological Psychiatry*, 20:314-325.
- Van der Kolk, B., van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma, *American Journal of Psychiatry*, 146:1530-1540.
- Van del Kolk, B.A. (1996). The body keeps the score. Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. En B. Van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Nueva York: Guilford. pp. 214-241
- Van der Kolk, B.A. Posttraumatic Stress Disorder and Memory. *Psychiatric Times*. March 1997 Vol. XIV Issue 3

# EMDR Y EL MODELO DE PROCESAMIENTO ADAPTATIVO DE LA INFORMACIÓN (PAI) MECANISMOS POTENCIALES DE CAMBIO

Roger M. Solomon

Critical Incident Recovery Resources, Williamsville, NY

Francine Shapiro

Mental Research Institute, Menlo Park, CA

*Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) is a therapeutic approach guided by the adaptive information processing (AIP) model. This article provides a brief overview of some of the major precepts of AIP. The basis of clinical pathology is hypothesized to be dysfunctionally stored memories, with therapeutic change resulting from the processing of these memories within larger adaptive networks.*

*Unlike extinction-based exposure therapies, memories targeted in EMDR are posited to transmute during processing and are then again stored by a process of reconsolidation. Therefore, a comparison and contrast to extinction-based information processing models and treatment is provided, including implications for clinical practice. Throughout the article a variety of mechanisms of action are discussed, including those inferred by tenets of the AIP model, and the EMDR procedures themselves, including the bilateral stimulation. Research suggestions are offered in order to investigate various hypotheses.*

*Keywords: EMDR; adaptive information processing model; mechanisms of change; information processing; psychotherapy*

---

El EMDR (*Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares*) constituye un enfoque terapéutico que pone de relieve el sistema intrínseco del cerebro de procesamiento de la información y que muestra cómo son almacenados los recuerdos. Los síntomas actuales son considerados como resultantes de experiencias perturbadoras que no han sido procesadas de manera adecuada y que han sido almacenadas de una forma disfuncional, estado-específica (Shapiro, 1995, 2001, 2007a). El EMDR, en su esencia, implica la transmutación de tales experiencias almacenadas disfuncionalmente en resoluciones adaptativas que fomentan la salud psicológica. Para que el EMDR pueda ser aplicado eficazmente, es necesario de que el terapeuta disponga de un marco adecuado que permita

identificar los recuerdos diana adecuados y de un orden de procesamiento para así poder obtener efectos óptimos de tratamiento. El modelo de *Procesamiento Adaptativo de la Información* (PAI), que sirve de información para el tratamiento con EMDR, contiene una diversidad de principios y de predicciones en los que están involucrados diversos agentes potenciales de cambio. Una valoración exhaustiva de todos los principios del PAI excede el ámbito de este artículo (véase Shapiro 2001, 2006). Sin embargo, al tratarse el EMDR de un enfoque complejo con muchos elementos, el propósito de este artículo será el de resaltar tanto una gama de posibles agentes de cambio como el movimiento ocular y otras formas de estimulación bilateral que han recogido la mayor atención.

El artículo comienza con una breve visión de conjunto del modelo PAI y la base propuesta de la patología clínica. Se comenta la transmutación observada de los recuerdos procesados como también se establecen conjeturas en relación con la reciente investigación relacionada con la reconsolidación de la memoria, proceso neurobiológico respecto del cual se plantea la hipótesis que subyacería a los efectos del EMDR. Teniendo en cuenta que, en términos del proceso neurobiológico involucrado, la reconsolidación es considerada como un fenómeno diferente de la extinción, se exploran las similitudes y las diferencias existentes entre el modelo PAI y las terapias de exposición basadas en la extinción, a la vez que se contemplan las repercusiones que puedan tener para la práctica clínica. Se proponen investigaciones documentadas para someter a prueba a los principios y a los potenciales mecanismos de acción. Luego se consideran los potenciales mecanismos de acción, incluida la estimulación bilateral, que acompañan al EMDR. Debe de recordarse que, si bien abundan las teorías al respecto, se desconoce para toda forma de terapia, cuales son los mecanismos precisos del cambio siendo, por tanto, necesario llevar a cabo estudios aleatorios para que la exploración y delimitación sea completa.

### **Modelo PAI**

El modelo PAI permite explicar la base de la patología, predecir resultados clínicos exitosos, y servir de guía para la conceptualización de los casos y para los procedimientos de tratamiento. El modelo PAI, congruente con otras teorías de aprendizaje, postula la existencia de un sistema de procesamiento de la información que asimila las nuevas experiencias en las redes de memoria ya existentes. Estas redes de memoria forman la base de la percepción, actitudes y comportamientos. Las percepciones de las situaciones actuales son vinculadas de manera automática a las redes de memoria asociadas (Buchanon, 2007). Así, por ejemplo, el lector de estas líneas puede entender el sentido de esta frase debido a las experiencias previas que ha tenido con otros textos escritos. De forma parecida, el hecho de quemarse las manos en un horno es recogido por las redes de la memoria relacionadas con los hornos y con el peligro potencial que tienen los objetos calientes. El conflicto que se pueda tener con una pareja (“yo primero”) y su resolución es alojado y asimilado

por las redes de memoria que están relacionadas con las relaciones interpersonales y es añadido al conocimiento del que ya se dispone respecto de las relaciones interpersonales. Trabajando adecuadamente, el sistema innato de procesamiento de la información “metaboliza” o “digiere” las nuevas experiencias. Las percepciones sensoriales entrantes son integradas y conectadas con la información correspondiente que ya se encuentra previamente almacenada en las redes de la memoria, permitiendo que nuestras experiencias adquieran sentido. Lo que es útil es aprendido, almacenado en las redes de la memoria acompañado de las emociones correspondientes y puesto a la disposición de la persona para que le sirva de guía en el futuro (Shapiro, 2001).

### **La patología de acuerdo con el modelo PAI**

Los problemas surgen cuando una experiencia es procesada de manera inadecuada. El modelo PAI de Shapiro (1995, 2001, 2006) postula que un incidente particularmente perturbador puede ser almacenado de una forma específica de estado, indicando que está congelado en el tiempo en su propia red neural, incapaz de conectarse con otras redes de la memoria que guardan una información adaptativa. Ella plantea la hipótesis de que, mientras la información sea codificada de forma excitatoria, perturbadora, estado-específica, existe la posibilidad de que las percepciones originales continúen siendo activadas por estímulos tanto internos como externos dando lugar a reacciones emocionales, cognitivas y conductuales inadecuadas así como también a síntomas manifiestos (por ej., ansiedad, pesadillas, pensamientos intrusivos). Se considera que los recuerdos almacenados disfuncionalmente establecen las bases para futuras respuestas maladaptativas por cuanto la percepción de las situaciones actuales se ven vinculadas de manera automática a las redes de memoria asociadas. Pueden existir sucesos que, ocurridos en la infancia, quedan codificados con mecanismos de supervivencia e incluir percepciones de peligro que en el adulto han dejado ya de ser apropiadas. Estos sucesos pasados conservan, sin embargo, su poder por cuanto, a lo largo del tiempo, no han sido integrados en las redes adaptativas.

El modelo PAI considera las características negativas de la conducta y de la personalidad como resultado de una información almacenada disfuncionalmente (Shapiro, 2001). Desde esta perspectiva no se considera que una creencia negativa como puede ser, por ejemplo, “no soy lo suficientemente bueno” sea la causa de la actual disfunción; se considera, más bien, que constituye un síntoma de una experiencia previa no procesada que contiene a tal afecto y perspectiva. No se considera que las actitudes, emociones y sensaciones constituyan simples reacciones a un suceso pasado; éstas son, antes bien, consideradas como manifestaciones de las percepciones almacenadas fisiológicamente y de las reacciones que éstas han suscitado. Esta visión en virtud de la cual los síntomas actuales son considerados como resultado de la activación de aquellos recuerdos que han sido procesados

inapropiadamente y almacenados forma parte integral del tratamiento con EMDR. En tal condición, dentro del modelo PAI no se piensa que la reestructuración dirigida de las creencias y la manipulación conductual sean consideradas como agentes de cambio ya que ellas son tenidas en cuenta en otros tratamientos. La investigación que evalúa los mecanismos por los cuales se producen los cambios progresivos en las creencias y en la propia eficacia relacionada con el procesamiento con EMDR con respecto de otros tratamientos puede arrojar luz al respecto.

### **Transmutación de la memoria**

Cuando consideramos la patología como el resultado de las experiencias no procesadas, en el modelo PAI (Shapiro, 1995, 2001, 2006) las experiencias procesadas son consideradas como la base de la salud mental. El protocolo de EMDR presupone el acceso a la información almacenada disfuncionalmente, estimular el sistema innato de procesamiento a través de los protocolos y procedimientos estandarizados (que incluye la estimulación bilateral) y facilitar la formación de vínculos dinámicos con las redes adaptativas de la memoria en la medida en que se va produciendo la transmutación a la resolución adaptativa. Las transcripciones de las sesiones (Shapiro, 2001, 2002; Shapiro & Forrest, 1997) indican que, en la medida en que las emociones, insight, sensaciones y emociones surgen y cambian con cada set de estimulación bilateral, el procesamiento se produce en la sesión generalmente a través de la progresión rápida de conexiones intrapsíquicas. Dentro de los mecanismos propuestos de acción está incluida la asimilación de la información adaptativa contenida en otras redes de memoria que se vincula a la red que almacenaba el suceso perturbador aislado previo. Se postula que, cuando se ha alcanzado el éxito en el tratamiento, el recuerdo dejará de existir de manera aislada ya que parecería ser que éste se integraría dentro de la red memorística más amplia. Se concibe, por tanto, que el procesamiento implica forjar nuevas asociaciones y conexiones que permitan que el aprendizaje tenga lugar una vez que el recuerdo haya sido almacenado en su nueva forma adaptativa.

Como ha observado Shapiro (2007a), la hipótesis del PAI es consecuente con las teorías neurobiológicas recientes referentes a la reconsolidación de la memoria (Cahill & McGaugh, 1998; Suzuki et al., 2004), que sostienen que el recuerdo al cual se ha tenido acceso se convierte en lábil, pudiendo ser restaurado en una forma alterada. Como ya han indicado Suzuki y colegas (2004), parece ser que los mecanismos neurobiológicos que explican la reconsolidación y la extinción son claramente diferentes. Si bien se cree que la reconsolidación altera el recuerdo original, parece ser que el proceso de extinción crearía un nuevo recuerdo, el cual competiría con el antiguo. Este hecho tiene repercusiones particulares para los modelos de exposición basados en la extinción y para la terapia (por ej., Brewin, 2006; cf. McCleery & Harvey, 2004). La base neurológica para la extinción ha sido relacionada con la actividad de un receptor concreto existente en la amígdala y, para

probar el mecanismo de extinción existente en las terapias basadas en la exposición empleadas en la acrofobia y en la ansiedad social, se han llevado a cabo investigaciones que empleaban un determinado compuesto que activaba tal receptor y reforzaba la extinción (Hofmann et al., 2006 ; Ressler et al., 2004). Desgraciadamente, parecería ser que el compuesto también reforzaría la consolidación (Lee, Milon, & Everitt, 2006). Sin embargo, la investigación indica también que “el antagonismo farmacológico, bien sea del receptor a cannabinoide 1 o de los canales de calcio voltaje-dependientes del tipo-L, bloquearían la extinción aunque no la reconsolidación” (Suzuki et al. p. 4787). Esta forma de investigación en la que se emplean determinados compuestos (por ej. Rimonabant) permitiría determinar de forma más definitiva si efectivamente la reconsolidación es el mecanismo primario que subyace a los efectos producidos por el EMDR.

Existen otras investigaciones sugerentes en las que están involucrados estudios controlados que comparan las terapias basadas en la extinción y el EMDR que investigan (1) el tipo de asociaciones que existen a la disposición del paciente antes y después del tratamiento; (2) las diferencias existentes en la capacidad para acceder a recuerdos visuales precisos del recuerdo original; y (3) las diferencias existentes en las tasas de recidiva, que podrían arrojar mayor luz sobre estas posibilidades. En concreto, no cabría esperar que los efectos de la extinción pudieran generalizarse a algún suceso nuevo que tuviera una gran similitud con el incidente crítico original que pudiera presentarse en la fase post-tratamiento. Existen, sin embargo, informes de caso recientes que indican que el tratamiento con EMDR sí se generaliza a sucesos futuros (Shapiro, Kaslow & Maxfield, 2007), lo que sugeriría que se trata más bien de un mecanismo de reconsolidación antes que de extinción. El EMDR podría contribuir a fomentar la resiliencia y la falta de aparición de recidivas cuando el cliente se viera expuesto a traumas similares (Rost, Hoffman & Wheeler, en imprenta; Zaghout-Hodali, Alissa & Dodgson, 2008). Para determinar si existen diferencias en las respuestas que los participantes tienen frente a traumas posteriores al tratamiento sería necesario realizar investigaciones en las que se hiciera un seguimiento a los individuos sometidos a tratamiento con EMDR y con exposición prolongada posterior al tratamiento. Ésta sería una forma sencilla de probar y de comparar las predicciones y resultados de los modelos basados en la extinción y en la reconsolidación.

### **Similitudes y diferencias con otros modelos de procesamiento de la información**

El modelo PAI es en algunos aspectos consecuente con el modelo de procesamiento emocional que subyace a los tratamientos basados en exposición más ampliamente empleados. En breve, Foa and Kozak (1986) sugieren que para que la reducción al temor tenga lugar es necesario que dos condiciones sean satisfechas. En primer lugar, debe existir una activación de la memoria del dolor. Segundo, es necesario suministrar información correctora que contenga elementos que sean

incompatibles con la estructura del temor de forma tal que un nuevo recuerdo pueda ser formado. La incorporación de nueva información da lugar a una reducción en las respuestas del miedo (a través de la habituación dentro como entre las sesiones), permitiendo de esta forma que se produzcan cambios en el sentido atribuido a la experiencia en cuestión. El modelo PAI es consecuente en la medida en que los procedimientos y protocolos faciliten tanto el acceso a las redes emocionales como la incorporación de una nueva información. (Rogers & Silver, 2002). En terapias basadas en la exposición como es la exposición prolongada (por ej., Foa; Rothbaum, Riggs & Murdoch, 1991; Rothbaum, Astin, & Marsteller, 2005) la información correctora es concebida como proveniente de la situación terapéutica y del efecto producido por la habituación (Foa & Kozak, 1986; Rothbaum et al. 2005). Sin embargo, los cambios que tienen lugar con el EMDR indicarían que el cliente incorpora información que procede no solamente del contexto terapéutico sino que también de los recuerdos de experiencias vitales previas (Shapiro, 1995, 2001, 2007b). El enlace de la información que se produce tanto dentro como entre los recuerdos, parece ser que se produce de forma espontánea, sin la participación del terapeuta, y no como resultado de la exposición repetida y mantenida del recuerdo. Rogers y Silver (2002) concluyen que el EMDR parece ser más consecuente con un proceso de asimilación, acomodación y procesamiento de la información que con una habituación. Estas observaciones, si bien son especulativas son coherentes con el hecho de que, debido a la reconsolidación, el recuerdo diana va siendo almacenado de forma adaptativa antes que por cambios que tienen lugar como consecuencia de la formación de un nuevo recuerdo. Consideramos, una vez más, que las investigaciones que comparen el recuerdo de las memorias originales y las tasas y tipos de recuperación pueden arrojar luz sobre el hecho de si los mecanismos primarios de acción del EMDR están basados en la extinción o residen principalmente en mecanismos en los que están implicados la asociación, la asimilación y la reconsolidación. A ello se añade que análisis de procesos tales como los realizados por Lee, Taylor, y Drummond (2006), Rogers et al. (1999), and McCullough (2002) pueden ayudar a arrojar sobre determinados mecanismos específicos.

### **Modelos y práctica clínica**

Si bien existen otros modelos de procesamiento de la información que también están basados en los conceptos de las redes de la memoria, cada uno de ellos resalta aspectos y consideraciones diferentes. Los diversos modelos existentes sirven de guía para la puesta en práctica de los tratamientos por ellos propuestos como consideran también diversos elementos como agentes de cambio. Como se ha observado anteriormente, el modelo PAI, por ejemplo, concuerda con la idea de que el procesamiento conlleva la incorporación de la existencia de una “información correctora” (Foa & Kozak, 1986). Sin embargo, no considera que el cambio en la evaluación cognitiva constituya un elemento determinante. El modelo PAI, en

cambio, considera al procesamiento como una integración de los recuerdos almacenados disfuncionalmente dentro de redes preexistentes que ya contienen información adaptativa. En consecuencia, para que tenga lugar el procesamiento, el PAI pone de relieve la necesidad de que existan redes de memoria positivas. La recogida de la historia implica valorar si existen por ella tales redes e incorporarlas de manera deliberada si éstas no existen. Este principio sirve también en la práctica clínica del EMDR cuando el procesamiento se estanca durante el transcurso de una sesión de tratamiento. En tal caso, el terapeuta simulará el procesamiento espontáneo mediante el acceso deliberado a la siguiente red positiva ya existente en el paciente o bien, infundiendo la información necesaria para que se cree la red positiva correspondiente a la cual pueda ser vinculada.

Los dos modelos difieren además en la forma en que consideran la sintomatología actual. El modelo PAI no considera que la fuente primordial de la disfunción del cliente sean las respuestas condicionadas, la reacción emocional actual a un suceso pasado, como tampoco la evaluación cognitiva de un suceso pasado. El modelo PAI considera más bien que el problema está causado por la percepción (imágenes, pensamientos, creencias, emociones, sensaciones, olores, etc.) almacenada fisiológicamente del suceso pasado. Por ello, a diferencia de otros modelos, una predicción de acuerdo con los principios del PAI consistiría en el hecho de que el procesamiento de los recuerdos principales eliminaría las percepciones disfuncionales almacenadas. El modelo PAI, por ejemplo, predice que muchas de las sensaciones que componen el dolor de miembro fantasma están realmente almacenadas en la memoria y que pueden ser eliminadas mediante el procesamiento de los recuerdos principales (por ej., Russell, 2007; Schneider, Hoffmann, Rost & Shapiro, 2007, 2008,; Shapiro, 2001; Wilensky, 2006). No se considera que el agente principal de cambio sea la exposición prolongada, la atención ampliada centrada en el suceso, ni tampoco los cambios en la evaluación cognitiva. En lugar de ello, se considera en cambio como un producto derivado del procesamiento, causado a su vez por el proceso de asociación interna.

Ello no implica necesariamente que no exista el condicionamiento ni que la evaluación cognitiva no sea significativa. Así, por ejemplo, en la terapia con EMDR el trastorno actual es abordado procesando primero el trauma previo. De hecho, los informes clínicos indican que una vez que se ha procesado el suceso pasado, el factor desencadenante identificado inicialmente deja a menudo de ser perturbador (Shapiro et al., 2007). Sin embargo, el segundo punto del tratamiento con EMDR implica procesar directamente el factor desencadenante ya que, a través de condicionamientos de segundo orden, es posible que estímulos nuevos se vuelvan perturbadores de manera autónoma. Sin embargo, se supone que tales sucesos condicionantes se encuentran igualmente almacenados en la memoria pudiendo, por tanto, ser tratados de manera adecuada mediante el procesamiento. No debe suponerse que cada uno de los abordajes terapéuticos tenga mecanismos de cambio

completamente diferentes como tampoco que éste sea único. Dependiendo de la complejidad que tenga el tratamiento en cuestión, irá aumentando el número potencial de mecanismos de cambio que interactúen para que se logren efectos positivos del tratamiento. Sin embargo, las investigaciones que exploren las predicciones de los diversos modelos pueden no sólo comprobar los principios, sino que también pueden proporcionar información referente a los posibles mecanismos de cambio.

### **Evaluaciones del tratamiento**

La determinación de cuál es el mecanismo de acción de cualquier terapia es un proceso complejo ya que en él están implicados una diversidad de niveles de observación y de análisis. Las hipótesis pueden oscilar desde constructos tales como el estado de la mente (véase sección referente a “mindfulness”), características específicas del procesamiento de la información en general (por ej., conjeturas relacionadas con la configuración de las redes de la memoria y con las interacciones existentes); los tipos específicos de procedimientos empleados para despertar el cambio (por ej., exposición prolongada, estimulación bilateral); los procesos subyacentes que han sido postulados (por ej., extinción, inhibición transmarginale, respuesta orientadora, trastorno de la memoria de trabajo); factores fisiológicos concomitantes específicos (reducción de neurotransmisores específicos); o la interacción de las diversas estructuras cerebrales. La evaluación de las investigaciones realizadas con una diversidad de los principios del PAI constituye una ayuda fructífera para estas investigaciones. Si bien la investigación preliminar ha servido de apoyo para las diversas hipótesis planteadas, resulta aún necesario realizar investigaciones controladas.

Como se ha observado previamente, una de las premisas fundamentales del modelo PAI es que la fuente de la patología como de la salud son las redes de memoria almacenadas fisiológicamente. Se considera patología cuando se trata de recuerdos no procesados y el modelo PAI predice que el procesamiento determinará que se produzca una reducción o una eliminación de la sintomatología. Si bien, al abordar el suceso crítico (Criterio A), esto ha sido ampliamente aceptado en el tratamiento del TEPT, el modelo PAI postula que la mayoría de los trastornos están basados en recuerdos no procesados, trastornos que pueden ser resueltos si se permite que los recuerdos causantes de él, puedan acceder a una resolución adaptativa. Esta predicción se ha visto apoyada por una amplia gama de estudios de casos que indicaban que trastornos tan diversos como pueden ser el trastorno de dismorfia corporal (Brown, McGoldrick, & Buchanan, 1997), el síndrome de dolor de miembro fantasma (Russell, 2007; Schneider et al., 2007, 2008; Wilensky, 2006), el síndrome de referencia olfatoria (McGoldrick, Begum, & Brown, 2008), y el arousal sexual desviado (Ricci & Clayton, 2008) todos ellos se han visto resueltos por el procesamiento de memorias nucleares. Sin embargo, para abordar tales temas

es necesario disponer de estudios controlados que permitan comparar el tratamiento de los cuadros presentados con el tratamiento de los recuerdos nucleares.

### **Mecanismos sugeridos por los elementos procedimentales durante la fase de evaluación**

Como ha observado Shapiro (2001), en todas las formas de psicoterapia existe una gama de procedimientos y las interacciones que se producen entre ellos son responsables del resultado global del tratamiento. En consecuencia, como ya se ha señalado previamente, resultaría demasiado simplista suponer que cualquiera de los mecanismos de acción sería responsable de los efectos producidos por el EMDR. Existen, por ejemplo, elementos procedimentales que, siendo consecuentes con el modelo PAI, aparecen en todas las fases del EMDR y a los cuales sería necesario prestarles una atención investigativa en los análisis de componentes de forma tal que se pudiera determinar cuál es su contribución relativa como también para medir el mecanismo de acción contribuyente potencial (véase Shapiro, 2001, para un comentario más exhaustivo).

### **Selección de dianas de tratamiento**

En la investigación realizada por Mol y colegas (2005) se comparó una gama de experiencias, informándose de que los sucesos que no satisfacían los criterios para la designación como criterio A para el TEPT eran, a su vez, causa de la existencia de síntomas de trauma similares a aquellos que aparecían en el TEPT. Este hallazgo proporciona una evidencia adicional a la predicción del PAI de que los sucesos perturbadores más ubicuos (“pequeños traumas t”) están almacenados disfuncionalmente y son la base de la patología. Luego, en un nivel de observación se postula que el procesamiento adaptativo de la información sería el mecanismo de acción nuclear inherente al EMDR. Desde el punto de vista funcional, este procesamiento se logra mediante el acceso al recuerdo almacenado, estimulando al sistema de procesamiento de la información de una forma tal que permita que las otras redes de la memoria se unan a la red disfuncional a la vez que se establece una secuencia tal de recuerdos diana que permitan maximizar el efecto terapéutico y la salud psicológica. En otras palabras: (1) acceso estructurado a los recuerdos con secuenciación de recuerdos diana, (b) estimulación del sistema de procesamiento de la información a través de elementos procedimentales y (c) fomento de la integración dinámica de otras informaciones relevantes.

Con el fin de maximizar el procesamiento adaptativo de la información, es necesario identificar los recuerdos almacenados disfuncionalmente que parecen subyacer a los actuales síntomas. Dentro de estos están incluidos pequeños y grandes t, los cuales presentan factores desencadenantes. El terapeuta se cerciora, además, de que existen redes de memoria relevantes relacionadas que contengan información positiva y/o adaptativa. Se postula que éstas son esenciales para que se

establezca el vínculo adecuado durante el procesamiento. Se emplea un protocolo estructurado que sirve para preparar al cliente, activar ampliamente el recuerdo perturbador y descubrir aspectos relevantes de la información almacenada disfuncionalmente.

### **Mindfulness**

La instrucción que se le da a los clientes de que “dejen que suceda lo que tenga que suceder” y “solo notar” lo que va a suceder (Shapiro, 1989, 1995, 2001) es consecuente con los principios de aquello que ha llegado a ser conocido como *mindfulness* (por ej., Siegel, 2007). Tales instrucciones reducen no solamente las características de la demanda, sino que ayudan también al cliente a que note que está sintiendo y pensando, sin juzgar la situación. La investigación ha mostrado la eficacia terapéutica que tiene el adaptarse a un conjunto cognitivo en el que los pensamientos y sentimientos negativos son percibidos como sucesos mentales que pasan antes bien que constituyendo aspectos del self (por ej., Teasdale, 1997; Teasdale et al., 2002). Teasdale (1997) advierte de la importancia que tiene el proceso de “descentración” o de “desidentificación”, proceso durante el cual el cliente puede pasar de estar identificándose con la emoción a percibir los pensamientos y sentimientos como algo que puede o no ser verdadero. Esta separación cognitiva que se realiza permite que los clientes se relacionen con las experiencias negativas con un mayor nivel de conciencia, lo cual permite incrementar su capacidad de afrontamiento (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) a la vez que le ayudan a reforzar su sentido de eficacia y dominio (Shapiro, 1995, 2001). Visto desde la perspectiva de la PAI, la capacidad de afrontamiento y de auto-eficacia aumentadas quedan codificadas en las redes de la memoria del cliente. Ello puede contribuir a incrementar la capacidad del cliente para estar presente cuando se aborde material conflictivo durante el procesamiento como también a proporcionar información positiva, adaptativa que pueda ser vinculada a aquellas redes de memoria que guardan información almacenada disfuncionalmente. Los procedimientos de EMDR, entre los que se incluyen los concomitantes neurobiológicos de los movimientos oculares que determinan el dearousal (desactivación) (Barrowcliff, Gray, Freeman, & MacCulloch, 2004; Barrowcliff, Gray, MacCulloch, Freeman & MacCulloch, 2003; Elofsson, von Scheele, Theorell, & Sondergaard, 2008) pueden, además, generar el estado de mente al que hacía referencia Teasdale. Será necesario llevar a cabo investigaciones controladas para evaluar tales cuestiones.

### **Alineamiento de los fragmentos de memoria**

Se ha postulado que la experiencia que no ha sido procesada de manera suficiente queda almacenada en forma de fragmentos de memoria (van der Kolk & Fisler, 1995). Por ello, parece ser que el alineamiento de los componentes de la memoria sería un elemento procedimental que facilitaría el procesamiento. El

protocolo de EMDR implica obtener la imagen, las creencias negativas actualmente mantenidas, las creencias positivas deseadas, la emoción actual y la sensación física. Este procedimiento, que potencialmente actúa en diferentes partes del cerebro, permite que se produzca la activación de los diferentes aspectos de la información almacenada disfuncionalmente, información que se ha postulado estar codificada en diferentes redes de memoria, cada una de las cuales presenta diferentes asociaciones y vínculos (Buckner & Wheeler, 2001; Gottfried, Smith, Rugg & Dolan, 2004; Shapiro, 1995, 2001). En la fase de evaluación se alinean estos aspectos principales de la emoción negativa, que es coherente con el modelo de disociación BASK (conducta, afectividad, sensación y conocimientos) (Braun, 1988). Esta reconexión procedimental del material perturbador ayudaría a que el cliente pudiera captar cuál es el sentido de la experiencia y facilitar de esta forma su almacenamiento mediante en recuerdo narrativo.

### **Conciencia somática**

Un elemento procedimental que también puede ser particularmente relevante para la obtención de resultados positivos consistiría en que el cliente, una vez identificados la imagen más representativa o, peor, la cognición y las emociones negativas, dirigiera su atención a las sensaciones físicas percibidas. Esto ayudaría a que los clientes pudieran identificar y diferenciar las sensaciones físicas de las interpretaciones negativas que de ellas hacen, lo que es un reflejo de la sobreidentificación que realizan con las propias emociones/sensaciones. El hecho de prestar atención a las sensaciones y a las emociones como algo separado de las interpretaciones negativas podría ayudar al cliente a reconocer la versatilidad que tienen las sensaciones. Así, por ejemplo, el cliente puede pasar de identificarse con una emoción determinada (v.b. “tengo miedo”) a reconocer que las sensaciones experimentadas en el estómago y pecho están asociadas con el miedo. Esto puede ayudar a incrementar la percepción que tiene el cliente de la propia eficacia y del sentido de dominio (Shapiro, 1995, 2001), hecho que, desde la perspectiva del PAI, incrementa la información positiva codificada en el cerebro, que, a su vez, está disponible para vincularse a redes de memoria que guarden información almacenada disfuncionalmente.

### **Reestructuración cognitiva**

La reestructuración cognitiva constituye un elemento procedimental evidente en la fase de evaluación que contribuye con otro posible mecanismo de acción en que el cliente identifica tanto las cogniciones positivas como las negativas. El proceso terapéutico puede verse facilitado con la identificación de las creencias negativas sobre sí mismo y con la reestructuración y reformulación de la creencia hacia una creencia adaptativa de sí mismo (Beck et al., 1979). Sin embargo, en la fase de evaluación del EMDR, no existen intentos específicos de cambiar o de

reestructurar las creencias actuales mantenidas por el cliente. Se parte del supuesto de que la creencia cambiará de manera espontánea al procederse en la fase siguiente al procesamiento. Sin embargo, desde la perspectiva del PAI, se cree que el hecho de forjar una asociación preliminar entre la cognición negativa y la información más adaptativa, la cual contradice la experiencia negativa, facilitaría, al activar redes adaptativas relevantes, el subsiguiente procesamiento. Los análisis de los procesos de cambios espontáneos que se producen en el contenido cognitivo durante el tratamiento con EMDR pueden ayudar a evaluar la contribución que el elemento cognitivo aporta al resultado del tratamiento.

### **Mecanismos sugeridos por los elementos procedimentales durante las fases de desensibilización y de instalación**

#### *Dominio percibido*

El dominio percibido puede ser otro de los elementos procedimentales importantes. Durante el EMDR, los clientes pueden incrementar la sensación de dominio gracias a la capacidad adquirida de limitar y de manipular el material perturbador a través de las secuencias de acceso, atención e interrupción de la imaginería en curso. Esto puede aumentar la eficacia del afrontamiento, lo cual mejorará la capacidad del cliente para controlar el estrés, la ansiedad y la depresión que pueden surgir ante situaciones de amenaza (Bandura, 2004). Desde la perspectiva del PAI, la percepción de dominio que experimenta el cliente queda codificada en el cerebro en forma de información adaptativa disponible para ser vinculada a redes de memoria que guardan información almacenada disfuncionalmente. Una investigación interesante de realizar sería la de comparar la efectividad y la eficacia y la eficiencia en los estados en que se emplea la estimulación bilateral cuando se la compara con la atención continua al material traumático con respecto de la atención interrumpida, como sucede en la práctica estándar de EMDR. Como resulta evidente a partir de lo expresado en esta sección, queda pendiente de resolver si el aumento producido en la percepción de dominio es debido a la secuenciación, o es simplemente la atención interrumpida que se produce a lo largo de la estimulación bilateral, o bien una mezcla de ambos los que serían los elementos contribuyentes principales y los elementos significativos del cambio.

#### *Efectos potenciales de los movimientos oculares*

Los procedimientos estructurados son empleados para estimular las redes de memoria importantes y para engranar el proceso asociativo del cerebro durante las fases de desensibilización y de instalación. De acuerdo con el modelo PAI, el acceso a la información disfuncional se produce de la misma forma de la que ésta está almacenada, empleándose la estimulación bilateral para ayudar al cerebro a estimular a su sistema intrínseco de procesamiento, permitiendo de esta forma que

la información procedente de otras redes neurales se vincule. Se ha planteado la hipótesis de que uno de los mecanismos que transmuta el recuerdo es la creación de asociaciones. Existe una diversidad de teorías relacionadas con el motivo por el cual los movimientos oculares contribuirían a este proceso.

El modelo PAI considera los movimientos oculares y otras formas de estimulación bilateral como uno de los elementos que sirven para facilitar el procesamiento de la información. Lamentablemente, los análisis de componentes controlados aleatoriamente existentes que empleaban poblaciones clínicas y mediciones de resultados del tratamiento eran defectuosos (véase Chemtob, Tolin, van der Kolk & Pitman, 2000; Shapiro, 2001), por lo que será necesario llevarlos a cabo bajo condiciones más rigurosas. Existe, sin embargo, un cuerpo investigativo en expansión que ha evaluado los movimientos oculares de manera aislada en poblaciones aún no diagnosticada (Gunter & Bodner, 2008). Varios de estos estudios indican que los movimientos oculares producen un efecto de desensibilización cuando se accede a los recuerdos perturbadores. Así, por ejemplo, en un estudio de laboratorio, Barrowcliff et al. (2004) informa que los movimientos oculares redujeron el arousal fisiológico observado en las mediciones electrodérmicas de la conductancia en piel.

Diversos estudios del tratamiento del TEPT (Elofsson et al., 2008; Sack, Hofmann, Wizelman, & Lempa, esta edición; Sack, Lempa, & Lemprecht, 2007; Sack, Lempa, Steinmetz, Lemprecht, & Hofmann, 2008; Wilson et al., 1996), examinaron los efectos fisiológicos específicos que los movimientos oculares producían durante las sesiones de tratamiento con EMDR. Los resultados obtenidos hacían pensar que los movimientos oculares daban lugar a un incremento en la actividad parasimpática y a una reducción del arousal psicofisiológico. Resultados fisiológicos parecidos se encontraron tras una sesión con EMDR, resultados que se evidenciaron en una menor frecuencia cardiaca y en una menor conductancia de piel (Aubert-Khalfa, Roques & Blin, 2008).

En otros estudios se ha encontrado que se reducía la viveza y la emotividad de las emociones tanto positivas como negativas (Barrowcliff et al., 2004; Gunter & Bodner, 2008; Kavanagh, Freese, Andrade, & May, 2001; Maxfield, this issue; Sharpley, Montgomery, & Scalzo, 1996; van den Hout, Muris, Salemink, & Kindt, 2001). En este momento se desconoce si la viveza es previa a o posterior a la reducción fisiológica del arousal como también si se trata de elementos conjuntos o separados. Sin embargo, en relación con el mecanismo de acción relacionado con la estimulación bilateral se han adelantado una diversidad de teorías. Dentro de estas están incluidas la respuesta de orientación (MacCulloch & Feldman, 1996), el sueño en fase de movimiento ocular rápido (Stickgold, 2002, esta edición), y la memoria de trabajo (Andrad, Kavanagh, & Baddeley, 1997). Los evidentes efectos de desensibilización que habían sido informados en los diversos estudios habían sido ya predichos por todas estas hipótesis. Es necesario llevar a cabo investigacio-

nes adicionales que permitan identificar los mecanismos reales de acción como establecer si se produce alguna interacción entre los diversos mecanismos. Además, es necesario llevar a cabo estudios que permitan evaluar la relación existente entre los cambios informados y los resultados producidos en el tratamiento. En otras palabras, aún no sabemos cuál es el orden secuencial de tales efectos y no podemos suponer la causalidad. ¿La frecuencia cardíaca disminuye porque el recuerdo se vuelve menos perturbador debido al procesamiento o es que el menor arousal facilita el procesamiento de la memoria de forma tal que ésta se vuelve menos perturbadora? Estas dudas solo pueden ser resueltas mediante investigación controlada aleatoriamente bajo las condiciones adecuadas (véase Shapiro, 2001)

Al reducirse el nivel de arousal y la viveza y emotividad de las memorias negativas, la información procedente de otras redes de memoria ya podrá establecer los enlaces con aquellas redes que guardaban la información almacenada disfuncionalmente (véase Shapiro, 1995, 2001). Stickgold (2002) ha propuesto que los movimientos oculares que se emplean en el EMDR producen un redireccionamiento repetido de la atención, que es capaz de inducir un estado neurobiológico similar a la fase REM del sueño, lo que permitiría un mayor acceso a las asociaciones menos dominantes y determinar una integración cortical de los recuerdos perturbadores en las redes semánticas, reduciendo de tal forma la fuerza de los recuerdos perturbadores. Parece ser que la transmutación de la memoria incluiría un desplazamiento de la información sensorial desde la memoria implícita hacia la episódica para pasar finalmente a la memoria semántica (Siegel, 2002; Stickgold, 2002).

Uno de los primeros apoyos recibidos para los cambios en la recuperación de la memoria proceden de Christman, Garvey, Propper, y Phaneuf (2003) y de Propper y Christman (2008) quienes en estudios de laboratorio realizados con participantes diestros no clínicos mostraron que los movimientos oculares refuerzan la recuperación de los recuerdos episódicos. Propper, Pierce, Geisler, Christman, y Bellorado (2007) han postulado que los movimientos oculares podrían producir cambios en la coherencia interhemisférica existente en las áreas frontales del cerebro. Un estudio realizado por Kuiken, Bears, Miall y Smith (2001-2002) permitió encontrar que los movimientos oculares estaban relacionados con una mayor flexibilidad de la atención. Es necesario realizar investigaciones que permitan replicar estos estudios en centros clínicos que incluyan a pacientes diestros y zurdos con diagnóstico clínico. Será necesario realizar investigaciones adicionales que permitan evaluar la premisa según la cual la calidad del recuerdo diana estaría correlacionado con un número incrementado de recuerdos no traumáticos asociativos. Ello proporcionaría la oportunidad para probar la hipótesis que se ha planteado a partir de investigación realizada por Suzuki et al (2004) con animales. Ellos sugerían que, cuando un recuerdo es activado, parecería ser que éste se volvería más lábil de forma tal que el recuerdo podría reconsolidarse en una forma alterada.

Luego, como señalan Przybyslawski, Roulet, y Sara (1999) sería posible que la reconsolidación proporcionara la capacidad de permitir que, en el ambiente de recuperación, se produjera la reorganización del recuerdo existente como una función de la nueva información.”

### **Resumen y conclusión**

El modelo PAI (Shapiro, 1995, 2001) especificaba que la memoria almacenada disfuncionalmente era cambiada a través del establecimiento de vínculos con redes que contenían una información adaptativa. Se postuló luego que dicha memoria resultaba restaurada en una memoria adaptativa.

La consecuencia que se derivaría desde la perspectiva de la PAI sería que las nuevas asociaciones se vincularían con la red previamente aislada, produciendo la transmutación del propio recuerdo. Este hecho, a su vez, iría en apoyo del empleo de procedimientos que fomentarían el proceso de asociación interno. Si bien la neurobiología no ha sido capaz de explicar hasta la fecha cuál es el mecanismo por el cual se ha logrado esto, tanto la teoría de la reconsolidación como la investigación reciente que la apoya, sugerirían que este es el mecanismo.

En el estudio de los efectos que produce el EMDR desde la perspectiva de los otros modelos de procesamiento de la información dominantes (por ej., Foa & McNally, 1996), cuando se consideran los efectos positivos del tratamiento, la obtención de asociaciones, según se lleva a cabo en el EMDR, resultaría antitética ya que fomentaría la evitación y simplemente, reforzaría los resultados conductuales y cognitivos negativos. Aunque el modelo de procesamiento de la información de Foa afirma de manera específica que existe una necesidad de acceder a la red de memoria disfuncional y de incorporar una información correctora, el énfasis está puesto en la alteración que existe en la valoración cognitiva que se realiza de la experiencia a través de la exposición a la perturbación realizada en un entorno terapéutico seguro. Como se ha comentado previamente, el PAI considera el cambio de las creencias maladaptativas como un producto derivado del procesamiento. Se considera como mecanismo del cambio a la incorporación de la información adaptativa a través de las asociaciones internas que se producen con la información previamente almacenada en el cerebro. Sin embargo, como se ha notado previamente, muchos de los teóricos (por ej., Foa & Kozak, 1986; Foa & McNally, 1996; Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou, & Thrasher, 1998; Rothbaum & Foa, 1996) suponen que la extinción constituye el mecanismo subyacente de la terapia de exposición prolongada. Y, como lo indican Suzuki et al. (2004), se cree que el proceso de extinción produciría otro recuerdo competidor, y no que altere al original. Los estudios que comparen EMDR con las terapias de exposición basadas en la extinción podrán, en consecuencia, arrojar luz sobre el proceso subyacente y poder así determinar si efectivamente EMDR está basado en los efectos producidos por la reconsolidación de la memoria. Además de los estudios que evalúan los

efectos aparecidos en trastornos en los cuales se podría plantear la hipótesis de que pudieran determinar la aparición de recidivas en los casos de los tratamientos basados en la extinción (véase Suzuki et al., 2004), resultaría útil poder determinar si existen efectos diferenciales en los estudios realizados con la desviación del arousal y con el dolor del miembro fantasma, alteraciones que habían sido previamente consideradas como intratables pero que, sin embargo, se han visto impactadas de forma positiva por el EMDR (por ej., Schneider et al. 2007, 2008).

El modelo PAI postula que el acceso simultáneo a la red de recuerdos traumáticos acompañado de una reducción de la angustia mediante los movimientos oculares producen, junto con los procedimientos destinados a dirigir la atención del cliente, un amplio desplazamiento de los recuerdos, generándose nuevas asociaciones capaces de unirse al recuerdo perturbador.

En relación a los elementos procedimentales estructurados y la estimulación bilateral, se considera que en el procesamiento adaptativo, se produce un efecto aditivo entre ambas. Como observan Smyth, Rogers y Maxfield (2004), existen resultados de estudios no publicados que sugieren que los movimientos oculares se añadirían a los efectos que, por sí solos, habrían producido los otros procedimientos. Por ello, para poder valorar la contribución relativa que cada uno de los diversos elementos ha aportado, sería necesario disponer de grandes muestras de poblaciones con el diagnóstico pertinente (véase Shapiro, 2001, para un comentario al respecto más amplio). Existen análisis de componentes previos que emplean resultados de tratamientos que, debido a la selección de la población, las dosis de tratamiento y las mediciones de los resultados empleados, han sido defectuosos (Chemtob et al., 2000). Si bien los estudios de los movimientos oculares realizados aisladamente han demostrado tener efectos marcados y significativos, sería necesario replicar dichos estudios con participantes clínicos. El paso siguiente necesario consistiría en determinar el valor y los concomitantes neurobiológicos que la estimulación bilateral tiene en relación con los resultados del tratamiento. Además, como ya se ha mencionado previamente, actualmente está aún pendiente que la investigación determine si la reducción en la viveza de la imagen del recuerdo estaría relacionada con los cambios directos que los efectos producidos por los movimientos oculares ejercen sobre la memoria de trabajo (Andrade et al., 1997), o bien, si los cambios producidos en la imagen son atribuibles al efecto directo que los movimientos oculares producen sobre el arousal fisiológico (Elofsson et al., 2008; Sack et al., 2007; Wilson et al., 1996).

En el transcurso de los últimos 20 años, EMDR ha ido evolucionando para pasar de ser una técnica de desensibilización a ser un abordaje psicoterapéutico integrador. El modelo PAI representa el fundamento teórico que integra los diferentes elementos procedimentales que contribuyen a que se produzcan los efectos de EMDR. Los problemas que existen actualmente, salvo que se trate de problemas de orden físico o químico, han sido debidos a experiencias previas que

no han sido procesadas debidamente y que, como tal, han sido almacenadas disfuncionalmente. Si bien el modelo PAI no está ligado a ningún mecanismo neurobiológico, sí proporciona la comprensión del cambio terapéutico que se ha producido a través del procesamiento de las memorias disfuncionales y de su integración dentro de las redes adaptativas mayores. Desde el punto de vista funcional, ello se logra accediendo a las memorias que están almacenadas disfuncionalmente, estimulando a la vez el sistema de procesamiento de la información de forma tal que otras redes de memoria puedan vincularse con la red disfuncional, transformándose de esta manera el recuerdo diana. Si bien se desconocen cuáles son los mecanismos exactos por el cual se produce el cambio, existen estudios que muestran que los movimientos oculares empleados en EMDR se correlacionan con un efecto desensibilizador, con un incremento en la actividad parasimpática y con una reducción del arousal psicofisiológico. La disminución del arousal, consecuente con la investigación que indica que existe una flexibilidad de la atención y una capacidad de recuperación de la memoria incrementadas, permitiría que las otras redes de memoria se vincularan con la red que mantiene guardada información disfuncionalmente almacenada. Sin embargo, será necesario llevar a cabo ulteriores investigaciones que permitan determinar cuál es la causalidad de tales efectos como también determinar cuáles son los concomitantes biológicos de los movimientos oculares y de otros tipos de estimulación empleados en EMDR.

Por último, se considera que los mecanismos de acción facilitarían la reorganización de las redes de memoria y que el modelo PAI sirve de guía para aquellos procedimientos de EMDR que son necesarios para que exista un concierto entre las actitudes clínicas, la conciencia del cliente y las conexiones neurobiológicas de las memorias codificadas, necesarias a su vez para alcanzar tales fines. Por este motivo se propone que los análisis de componentes sean realizados con poblaciones diagnosticadas, condiciones de tratamiento y dosis administradas que sean consecuentes con el trastorno clínico (véase Shapiro, 2001, para un comentario exhaustivo de los parámetros de investigación). El someter a pruebas a las predicciones que el PAI ha hecho constituye un paso útil para determinar cuáles son las clínicas adecuadas cuando se trata de comparar los mecanismos de cambio que se producen en los diferentes abordajes psicoterapéuticos.

*La desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR) es un abordaje terapéutico que está guiado por el modelo de procesamiento adaptativo de la información (PAI). Este artículo proporciona una breve visión de conjunto de algunos de los principales preceptos del PAI. Se plantea la hipótesis de que la base de la patología clínica radicaría en los recuerdos almacenados disfuncionalmente, derivándose los resultados terapéuticos obtenidos del procesamiento de tales recuerdos dentro de redes adaptativas mayores. A diferencia de las terapias de exposición basadas en la extinción, se postula que los recuerdos considerados como diana en el EMDR pueden sufrir la transmutación durante el procesamiento para ser luego almacenados nuevamente durante el proceso de reconsolidación. Por ello, se proporciona una comparación y un contraste con los modelos de procesamiento de la información basados en la extinción como así también el tratamiento, que incluye las repercusiones que puede tener para la práctica clínica. A lo largo del artículo se comenta una diversidad de mecanismos de acción, incluidos aquellos que se deducen de los principios del modelo PAI como de los propios procedimientos del EMDR, entre los que figura la estimulación bilateral. A fin de investigar las diversas hipótesis, se ofrecen sugerencias de investigación.*

Palabras clave: modelo de procesamiento adaptativo de la información; mecanismos de cambio; procesamiento de la información, psicoterapia.

Traducción y adaptación al castellano de  
Luis González Pérez y Olaf Holm Cx

### **Nota de la redacción**

Este artículo apareció originalmente en Solomon, R.W. & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive Information Processing Model: Potential mechanisms of Change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315-325. Copyright © 2008 EMDRIA International Association. Agradecemos el permiso para su publicación.

Correspondence regarding this article should be directed to Dr. Roger M. Solomon, 1813 Northwood Drive, Williamsville, NY 14221.

E-mail: Rogersolomon@aol.com

### **Referencias bibliográficas**

- Andrade, J., Kavanagh, D., & Baddeley, A. (1997). Eye- movement and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 209–223.
- Aubert-Khalfa, S., Roques, J., & Blin, O. (2008). Evidence of a decrease in heart rate and skin conductance response in PTSD patients after a single EMDR session. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 51–56.
- Bandura, A. (2004). Swimming against the mainstream: The early years from chilly tributary to transformative main- stream. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 613–630.

- Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., Freeman, T. C. A., & MacCulloch, M. J. (2004). Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 15*, 323–345.
- Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., MacCulloch, S., Freeman, T.C.A., & MacCulloch, M. J. (2003). Horizontal rhythmical eye movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli. *British Journal of Clinical Psychology, 42*, 289–302.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Braun, B. G. (1988). The BASK model of dissociation. *Dissociation, 1*, 4–23.
- Brown, K. W., McGoldrick, T., & Buchanan, R. (1997). Body dysmorphic disorder: Seven cases treated with eye movement desensitization and reprocessing. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 25*, 203–207.
- Buchanan, T. W. (2007). Retrieval of emotional memories. *Psychological Bulletin, 5*, 761–779.
- Buckner, R. L., & Wheeler, M. E. (2001). The cognitive neuroscience of remembering. *Nature Reviews Neuroscience, 2*, 624–634.
- Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive-behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 765–784.
- Cahill, L. & McGaugh, J. L. (1998). Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory. *Trends in Neuroscience, 21*, 294–299.
- Chemtob, C. M., Tolin, D. F., van der Kolk, B. A., & Pitman, R. K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing. In E. A. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 139–155, 333–335). New York: Guilford Press.
- Christman, S. D., Garvey, K. J., Propper, R. E., & Phaneuf, K. A. (2003). Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology, 17*, 221–229.
- Elofsson, U.O.E., von Scheele, B., Theorell, T., & Sondergaard, H. P. (2008). Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders, 622–624*.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99* (1), 20–35.
- Foa, E. B., & McNally, R. J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 329–343). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & 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.
- Gottfried, J. A., Smith, A. P., Rugg, M. D., & Dolan, R. J. (2004). Remembrance of odors past: Human olfactory cortex in cross-modal recognition memory. *Neuron, 42*, 687–695.
- Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 913–931.
- Hofmann, S. G., Meuret, A. E., Smits, J. A., Simon, N. M., Pollack, M. H., et al. (2006). Augmentation of exposure therapy with D-cycloserine for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 63*, 298–304.
- Kavanagh, D. J., Freese, S., Andrade, J., & May, J. (2001). Effects of visuospatial tasks on desensitization to emotive memories. *British Journal of Clinical Psychology, 40*, 267–280.
- Kuiken, D., Bears, M., Miall, D., & Smith, L. (2001–2002). Eye movement desensitization reprocessing facilitates attentional orienting. *Imagination, Cognition and Personality, 21*, 3–20.
- Lee, C., Taylor, G., & Drummond, P. D. (2006). The active ingredient in EMDR: Is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 97–107.
- Lee, J. L., Milton, A. L., & Everitt, B. J. (2006). Reconsolidation and extinction of conditioned fear: Inhibition and potentiation. *Journal of Neuroscience, 26*(39), 10051–10056.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry, 55*, 317–325.
- MacCulloch, M. J., & Feldman, P. (1996). Eye movement desensitization treatment utilizes the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder: A theoretical analysis. *British Journal of Psychiatry, 169*, 571–579.
- McCleery, J. M., & Harvey, A. G. (2004). Integration of psychological and biological approaches to trauma memory: Implications for pharmacological prevention of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 485–496.
- McCullough, L. (2002). Exploring change mechanisms in EMDR applied to “small t trauma” in short term dynamic psychotherapy: Research questions and speculations. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1465–1487.

- McGoldrick, T., Begum, M., & Brown, K. W. (2008). EMDR and olfactory reference syndrome: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*, 63–68.
- Mol, S.S.L., Arntz, A., Metsemakers, J. F. M., Dinant, G., Vilters-Van Montfort, P. A. P. & Knottnerus, A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry, 186*, 494–499.
- Propper, R., Pierce, J. P., Geisler, M. W., Christman, S. D., & Bellorado, N. (2007). Effect of bilateral eye movements on frontal interhemispheric gamma EEG coherence: Implications for EMDR therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 785–788.
- Przybyslawski, J., Rouillet, P., & Sara, S. J. (1999). Attenuation of emotional and nonemotional memories after their reactivation: Role of  $\alpha$  adrenergic receptors. *Journal of Neuroscience, 19*, 6623–6628.
- Ressler, K. J., Rothbaum, B. O., Tannenbaum, L., Anderson, P., Graap, K., et al. (2004). Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: Use of D-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. *Archives of General Psychiatry, 61*, 1136–1144.
- Ricci, R. J., & Clayton, C. A. (2008). Trauma resolution treatment as an adjunct to standard treatment for child molesters: A qualitative study. *Journal of EMDR Practice and Research, 1*, 41–50.
- Rogers, S., & Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 43–59.
- Rogers, S., Silver, S., Goss, J., Obenchain, J., Willis, A., & Whitney, R. (1999). A single session, controlled group study of flooding and eye movement desensitization and reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam war veterans: Preliminary data. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 119–130.
- Rost, C., Hofmann, A., & Wheeler, K. (in press). EMDR treatment of workplace trauma: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research*.
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 607–616.
- Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (1996). Cognitivebehavioral therapy for posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth, (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 491–509). New York: Guilford Press.
- Russell, M. (2008). Treating traumatic amputation-related phantom limb pain: A case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) within the armed services. *CLINICAL CASE STUDIES, 7*, 136–153.
- Russell, M. C., Silver, S. M., Rogers, S., & Darnell, J. N. (2007). Responding to an identified need: A joint Department of Defense/Department of Veterans Affairs training program in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for clinicians providing trauma services. *International Journal of Stress Management, 14*(1), 61.
- Sack, M., Lempa, W., & Lamprecht, W. (2007). Assessment of psychophysiological stress reactions during a traumatic reminder in patients treated with EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research, 1*, 15–23.
- Sack, M., Lempa, W., Steinmetz, A., Lamprecht, F., & Hofmann, A. (2008). Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): *Results of a preliminary investigation, 7*, 1264–1271.
- Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2007). EMDR and phantom limb pain: Case study, theoretical implications, and treatment guidelines. *Journal of EMDR Practice and Research, 1*, 31–45.
- Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2008). EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine, 9*, 76–82.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies, 2*, 199–223.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2002). Paradigms, processing, and personality development. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 3–26). *American Psychological Association Press*. Washington, DC.
- Shapiro, F. (2006). *New notes on adaptive information processing*. Hamden, CT: EMDR Humanitarian Assistance Programs.

- Shapiro, F. (2007a). EMDR and case conceptualization from an adaptive information processing perspective. In F. Shapiro, F. Kaslow & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. 3–36). New York: Wiley.
- Shapiro, F. (2007b, September). *EMDR update: Theory, research, and practice*. Keynote presentation at the EMDR International Association annual conference, Dallas, TX. Shapiro, F., & Forrest, M. S. (1997). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. New York: Basic Books.
- Shapiro, F., Kaslow, F., & Maxfield, L. (Eds.). (2007). *Handbook of EMDR and family therapy processes*. New York: Wiley.
- Sharpley, C. F., Montgomery, I. M., & Scalzo, L. A. (1996). Comparative efficacy of EMDR and alternative procedures in reducing the vividness of mental images. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 25, 37–42.
- Siegel, D. J. (2002). *The developing mind and the resolution of trauma: Some ideas about information processing and an interpersonal neurobiology of psychotherapy*. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 85–122). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain*. New York: Norton.
- Smyth, N. J., Rogers, S., & Maxfield, L. (2004, September). *What about eye movements?* Plenary at the annual conference of the EMDR International Association, Montreal, Canada.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61–75.
- Suzuki, A., Josselyn, S. A., Frankland, P. W., Masushige, S., Silva, A. J., & Kida, S. (2004). Memory reconsolidation and extinction have distinct temporal and biochemical signatures. *Journal of Neuroscience*, 24, 4787–4795.
- Teasdale, J. D. (1997). The relationship between cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 67–93). Oxford: Oxford University Press.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275–287.
- van den Hout, M., Muris, P., Salemink, E., & Kindt, M. (2001). Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 121–130.
- van der Kolk, B. A., and Fislser, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505–525.
- Wilensky, M. (2006). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for phantom limb pain. *Journal of Brief Therapy*, 5, 31–44.
- Wilson, D., Silver, S. M., Covi, W., & Foster, S. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 219–229.
- Zaghout-Hodali, M., Alissa, F., & Dodgson, P. (2008). EMDR and resilience in children in ongoing trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 106–113.



## **CENTRO DE PSICOTERAPIA**

### **Asesoramiento personal y de pareja**

#### **Problemas personales**

- asertividad
- autoestima
- dependencia emocional
- Crisis existenciales
- Pérdida y duelo
- Trastornos de la personalidad

#### **Crisis de ansiedad**

- Obsesiones
- Fobias específicas
- Agorafobia
- Claustrofobia
- Fobia social
- Anorexia, bulimia
- Hipocondría
- Estados depresivos

#### **Problemas de pareja**

- Comunicación
- Intimidad
- Compromiso
- Problemas sexuales
- Separación y divorcio

#### **Supervisión clínica**

- Individual y en grupo

Numancia 52, 2º 2ª  
08029 – Barcelona

Tel.: 933217532  
626695512

[centroitaca@gmail.com](mailto:centroitaca@gmail.com)

# BRAINSPOTTING, UN NUEVO MODELO DE SINTONÍA DUAL PARA LA PSICOTERAPIA

David Grand, Ph.D.

*Brainspotting (BSP) is a new treatment approach that posits that the field of vision can be used to locate eye positions that correlate with relevance to inner neural and emotional experience. Once located, these eye positions, or Brainspots, can through maintaining eye fixation, lead to a resolution of issues held deeply in the non-verbal, non-cognitive areas of the brain. BSP utilizes both focused activation and focused mindfulness as its mechanisms of operation. It aims at a full, comprehensive discharge of activation held in the brain and body. BSP is a model that incorporates systemic activation and resources applied based on diagnostic and developmental considerations. The BSP model is developed as both relational as well as technical with philosophical and physiological underpinnings. It is an open, inclusive model that invites therapists to make use of their prior trainings and practice wisdom.*

*Keywords: relevant eye position; dual attunement model, bilateral stimulation, somatic experiencing, neurological reprocessing.*

---

Brainspotting (BSP) fue descubierto por David Grand Ph.D., autor de este artículo, en 2003. Este trabajo describe el descubrimiento en detalle a la vez que elabora el desarrollo actual de BSP desde un punto de vista técnico, clínico, neurobiológico y filosófico (Grand, 2009). BSP es una propuesta psicoterapéutica que utiliza el campo visual para localizar “posiciones oculares relevantes” (o Brainspots, puntos cerebrales) que se postula correlacionan con la estimulación neuronal y con la experiencia interna. Con el fin de determinar estas posiciones oculares, el cliente es guiado a estar en un estado de “activación focalizada” que, por lo general, se presenta como respuesta al trauma psicológico o síntomas emocionales o somáticos. Esta se evalúa en un nivel de activación de 0 a 10 (de menor a mayor) a través de la escala SUD (Subjective Units of Disturbance Scale, Unidad Subjetiva de Perturbación) y seguidamente se determina la ubicación de mayor activación en el cuerpo –excepto cuando se utiliza el modelo de recursos–, (Wolpe, 1969). Actualmente hay seis métodos distintos (que se tratarán en la parte principal del presente documento) para localizar las posiciones oculares. Una vez determinadas, el cliente es conducido a observar sin críticas su proceso interno tal como ocurre secuencialmente, que incluye el afecto, la memoria, la cognición y,

especialmente, las sensaciones corporales. Esta auto-observación se llama “mindfulness enfocado” (consciencia plena) en tanto que es paralela a la meditación, pero se realiza en un estado de activación focalizada. En varios momentos, determinados por el cliente o el terapeuta, se producen pequeñas discusiones que van revisando la naturaleza del procesamiento. Esto va seguido de la reorientación que el terapeuta hace al cliente hacia la experiencia de su propio cuerpo de forma que es como un resumen de la auto-observación no guiada. El proceso continúa hasta que el cliente llega a un estado de resolución que queda determinado por la vuelta al asunto original de la activación ahora sin activación en la escala SUD. Esto se refuerza solicitando al cliente que “exprima el limón” intentando reactivar internamente el nivel de activación de la escala SUD para nuevamente iniciar el procesamiento hasta que ya no pueda ser reactivado. A partir del diagnóstico, la complejidad de la condición y la capacidad del cliente para procesar, la resolución puede darse en cualquier momento entre la primera sesión y varios meses o incluso años de tratamiento (Grand, 2009).

BSP fue descubierto por el autor en 2003 mientras trabajaba con una patinadora sobre hielo de 16 años. Ella llevaba un año siendo atendida en sesiones semanales de 90 minutos para tratar cuestiones importantes de rendimiento que tenían una cualidad disociativa. Por ejemplo, en los calentamientos antes de una competición, o bien se sentía como si hubiera olvidado el programa o decía que no sentía la piernas. Esto dio lugar a desempeños muy por debajo de su nivel y a una incapacidad de competir a nivel nacional a la altura de su talento. Durante el año de tratamiento el autor utilizó un enfoque llamado “El sistema de Grand” (Grand, 2001), que incluía aspectos de EMDR –Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 2001), SE –Somatic Experiencing (Levine, 1997), micro movimientos y terapia relacional orientada a la introspección. Los factores causantes de los problemas de rendimiento de la patinadora fueron una serie de traumas, que incluían el rechazo materno, discordia paterna que acabó en divorcio cuando la cliente tenía seis años, así como una larga historia de lesiones deportivas, fracasos y humillaciones. El tratamiento tuvo éxito en su mayor parte con algunas excepciones, incluyendo la incapacidad para realizar el triple loop (triple vuelta).

Este salto no el más difícil para los patinadores de alto calibre, como mi cliente, y su incapacidad para llevarlo a cabo le hizo imposible participar con éxito tanto en programas cortos como largos. La cliente fue conducida a imaginar que realizaba el salto a cámara lenta y luego congelarlo en el momento preciso que sentía y veía que “se iba”. A continuación, fue guiada a seguir los dedos del autor que se movían de un lado a otro cruzando su campo visual. Después de pocos pases, ligeramente fuera del centro del campo visual, sus ojos temblaron en una micro-sacudida sostenida, seguida de bloqueo hacia una posición congelada (Martinez-Conde & Macknik, 2007). Sorprendido por esta respuesta, el autor en respuesta refleja dejó de mover los dedos y los mantuvo directamente frente a los ojos inmovilizados de

la cliente, a unos noventa centímetros de distancia. Durante los diez minutos posteriores se produjo un notable torrente de procesamiento. Pero aun más sorprendente fue que un número significativo de traumas “resueltos” fueron reabiertos y reprocesados hacia un nivel más profundo. Al final de los diez minutos, el procesamiento se ralentizó y completó, y el bloqueo ocular cesó.

En efecto, este fue un hecho inusual, pero se vio reforzado a la mañana siguiente cuando la joven patinadora llamó después del entrenamiento. Entusiasmada informó haber realizado repetidas veces el triple *loop* sin ningún problema. Nunca volvió a tener problemas con el salto. Esto llamó la atención del autor que comenzó a buscar manifestaciones oculares similares en otros pacientes mientras rastreaba lentamente a través de su campo visual. Mientras los observaba repitió el procedimiento de mantener sus dedos inmóviles centrados en frente de donde se había producido la anomalía. No solo advirtió una aceleración y profundización de los procesos, sino que nuevamente fue sorprendido por los informes de los clientes. Comentarios como, “esto es realmente diferente”, “esto se siente mucho más profundo”, “lo puedo sentir en la parte posterior de mi cabeza”, surgieron de un amplio abanico de clientes. Entre ellos cabe destacar las declaraciones de clientes que a su vez eran terapeutas y que indicaron haber observado una experiencia y unos resultados muy distintos a partir de este nuevo abordaje. Además, con instrucciones del autor en cuanto a cómo realizar esta técnica, muchos de estos terapeutas la aplicaron con sus propios clientes e informaron de experiencias similares con resoluciones más rápidas y profundas. Así en el transcurso de un mes el autor, a partir de sus propias observaciones y del feedback de los clientes terapeutas, determinó que había dado con un nuevo método y quizás un nuevo paradigma.

Tras aplicar este nuevo procedimiento repetidamente durante los meses siguientes, se dio cuenta que al detener el seguimiento ocular horizontal a nivel de los ojos ante cualquier respuesta refleja obtenía un procesamiento profundo y acelerado similares. Estos reflejos incluyen parpadeo, aceleración de la respiración, tos, dificultad para tragar, movimientos de la boca, apertura o estrechamiento de los ojos, inclinación de la cabeza y cambios en la expresión facial, entre otros. El autor encontró estas nuevas manifestaciones tan curiosas como atractivas, puesto que convertían su ya exitosa habilidad de ayudar a los clientes a procesar asuntos hacia una resolución aun más potente y completa. Buscó un nombre para este proceso y llegó a Brainspotting, reconociendo que estos “puntos” en el campo visual resultan ser el acceso a las localizaciones y funciones en el cerebro. Durante el transcurso de los siguientes seis meses, el autor aplicó cada vez más su nueva técnica acumulando evidencia de su efectividad con una amplia variedad de clientes que presentaban diferentes diagnósticos, historiales y síntomas. Al parecer, la contención proporcionada por la mirada fija y la posible activación neurológica focalizada concomitante lograban un abordaje único para la recuperación emocional.

El autor reconoce la necesidad de disponer de una forma organizada, a la vez

que sencilla, de conseguir la activación focalizada en el cliente a fin de iniciar una actividad cerebral óptima, necesaria para localizar con precisión las posiciones oculares relevantes. Así, desarrolló un proceso simple de “set up” (“puesta a punto”) para lograrlo. Empezó preguntando al cliente si estaba “activado” en torno al tema que querían trabajar. Esto se evaluaba a través de la escala SUD (Subjective Units of Disturbance) comentada anteriormente en este documento (Wolpe, 1969). Si la activación resultaba ser insuficiente, el cliente era guiado a “entrar y hacer lo que fuera necesario para impulsar la activación a un nivel más alto”. Si era suficientemente alta se procedía a evaluarla con la escala SUD desde cero (más bajo) a diez (más alto). El siguiente paso consistía en localizar el área de activación en el cuerpo observando “dónde lo sientes más”. Después de alcanzar la activación focalizada, la puesta a punto se completaba con la localización del Brainspot en el campo visual del cliente. Siguiendo con la puesta a punto, el cliente era guiado hacia el proceso de mindfulness enfocado que finalmente lleva al punto de resolución del asunto que activaba la perturbación.

Mientras el proceso de BSP seguía, el autor observaba de cerca y escuchaba atentamente las reacciones y el feedback de los clientes. Es importante mencionar que un número de clientes que estaban siendo observados en relación a sus respuestas reflejas, informó sobre posiciones oculares que resonaban con su sensación sentida internamente. Ellos guiaron al autor a los puntos específicos en los que sintieron la máxima activación mediante comentarios como: “justo acaba de pasar”, o “mueva el puntero por encima de allí”. Esto le sorprendió, ya que no había considerado que los Brainspots podían ser localizados por los clientes a partir de su experiencia interna. En consecuencia esto aportó dos opciones para ubicar las posiciones oculares relevantes en el eje horizontal a nivel de los ojos. Llamó “Brainspots de Ventana Exterior” a las localizaciones iniciales determinadas a través de la observación de respuestas reflejas y “Brainspots de Ventana Interior” a las localizaciones determinadas a través la intensificación auto-observada del cliente. Con el fin de localizar estas posiciones oculares de Ventana Interior, les preguntaba a los clientes si sentían la máxima activación siguiendo con la mirada a su izquierda, centro o derecha el puntero que él desplazaba a través de su campo visual. Una vez que la ubicación general estaba determinada, iba afinando para dar con la localización de activación más precisa. Pero los clientes continuaban dirigiéndole no sólo a izquierda y derecha, sino también por encima y por debajo del nivel del ojo. Este desarrollo le llevó a buscar los Brainspots primero a lo largo del eje horizontal X, seguida de la exploración de arriba y abajo del eje Y en busca de la máxima activación percibida. Esto permitió a BSP pasar de un proceso unidimensional a las dos dimensiones.

El autor, antes de su descubrimiento de BSP, había desarrollado una versión modificada del método EMDR que había designado como “Natural Flow EMDR” (Grand, 2001). Incorporó la mayor parte de este enfoque en el desarrollo de BSP.

Los principios básicos del enfoque Natural Flow incluían el “modelo de no-suposición” o fenomenología (“observar todo, no asumir nada”), recurso corporal (tomado de Somatic Experiencing; Levine, 1997) y movimientos oculares más lentos y estimulación bilateral auditiva suave (Grand, 2002). Todos estos métodos eran adecuados para el BSP y fueron incorporados como tales.

La fenomenología vino de sus décadas de experiencia clínica observando cómo lo inesperado siempre surge en la sesión, junto con la información cada vez mayor sobre el cerebro ilimitado y, en consecuencia, lo incognoscible que es a través de la observación externa. Este enfoque clínico / filosófico implicaba rastrear o seguir al cliente donde quiera que iba en su proceso, sin crítica y sin esperar nada. Este fue el reconocimiento de la necesidad de no guiar al cliente, con el reconocimiento de que seguir el proceso no sólo implica atender los procesos asociativos, sino también seguir la actividad neuronal. El autor observó que cuantos supuestos sutiles estaban incluidos en la mayoría de modelos clínicos y se habían convertido en parte de la formación y los sistemas de creencias desarrollados por muchos terapeutas. En sus entrenamientos a menudo desafiaba a los terapeutas que presentaban escenarios de clientes preguntando “¿cómo puedes saber esto?”.

BSP es visto como un “Modelo de Sintonía Dual” similar al “Modelo de neurobiología interpersonal” (Siegel, 2010). Esto implica la sintonía simultánea del modelo relacional, junto con la sintonía neurobiológica de los aspectos técnicos de localizar y enganchar los Brainspots. Cabe señalar que el autor llevaba 27 años como psicoterapeuta de fundamento relacional antes de llegar al descubrimiento del BSP. Su formación original fue en psicoanálisis y psicoterapia psicodinámica, lo que desarrolló sus habilidades de escuchar en sintonía con los múltiples niveles de comunicación de los clientes. Sin embargo, el modelo analítico le resultaba demasiado estructurado y comenzó a interactuar de manera más abierta, flexible y accesible con los clientes. Esto amplió el alcance de su sintonía de la observación hacia la interacción. Las habilidades de sintonía de un psicoterapeuta se van profundizando y ampliando a lo largo de los años y décadas de práctica clínica y son consideradas por muchos tanto un arte como una ciencia. Es consecuentemente de interés saber que el BSP fue descubierto y desarrollado por un psicoterapeuta con más de tres décadas de experiencia. La determinación de un Brainspot, descrito anteriormente como una posición ocular relevante, es muy técnica desde el punto de vista neurobiológico. En esencia, no parece haber nada psicológico al respecto. Es más bien un proceso en el que la máxima activación o bien es observada por el terapeuta o experimentada por el cliente. Esto puede ser visto como algo similar a un examen médico. Desde este punto de vista privilegiado, el aspecto técnico del BSP es una sintonía drásticamente diferente de la sintonía relacional. El BSP, en contraste con muchos otros modelos neuro-técnicos, se conceptualiza y enseña desde un punto de vista clínico. La relación terapéutica no está orientada al servicio del BSP, sino que es el BSP que tiene el propósito de servir y apoyar a la relación

curativa. Sin embargo, no existe sesgo alguno hacia el poder de la sintonía, ya sea esta técnica o relacional. La atención a la síntesis de estas dos, el modelo de sintonía dual, es la condición sine que non del BSP y, por lo tanto, la fuente de su poder único.

BSP es también único, en opinión del autor, ya que está diseñado como un modelo integrador. A menudo los abordajes clínicos/técnicos se enseñan desalentando todo lo que no sea una fidelidad al abordaje. En otros enfoques la integración es tolerada con una actitud de “está bien si lo haces”. Con BSP la integración no sólo es algo “permitido”, sino que alentado. Esto encaja con la forma en que la fenomenología se aplica al BSP con el conocimiento de que el sistema humano es demasiado vasto como para ser entendido desde el exterior. Consecuentemente no puede haber un único modelo que abarque este sistema. De hecho, esto explica por qué han surgido tantos modelos de la mente humana y que tengan eficacia. Cualquier enfoque clínico puede ser utilizado con BSP o en un Brainspot. De hecho, la complejidad de respuesta al BSP hace necesario que el terapeuta sea muy versado en una gran variedad de modalidades para comprender y responder a lo indefinido o imprevisto. El autor ha encontrado que alumnos de muy diverso origen clínico encuentran en el BSP un denominador común que refleja su carácter sintético.

Los mecanismos que rigen el enfoque BSP aun están por ser comprendidos o conocidos en ámbitos fuera de la base de conocimientos del autor. Se sabe que el ojo es una extensión del cerebro. Contiene alrededor de 125 millones de células nerviosas sensibles a la luz (foto-receptores) que generan señales eléctricas que permiten que el cerebro vea. Hay tanto un sistema visual consciente como uno inconsciente y cada proceso transcurre a lo largo de vías separadas en el cerebro. El sistema inconsciente guía la acción y el sistema consciente reconoce los objetos (Carter, 2009). Se postula que con el BSP “donde miras afecta a cómo te sientes” y que las diferentes posiciones oculares de alguna manera correlacionan con actividad neuronal específica y con la experiencia interna. También parece que, por al mantener la mirada durante el estado de activación focalizada entorno a un asunto, la actividad neuronal está más focalizada y conduce a un procesamiento más económico y una resolución de la experiencia interna tanto neuronal como de las sensaciones sentidas. El autor, como mucho otros, cree que las conexiones neuronales están orientadas a la curación (Badenoch, 2008). También cree que esto está impulsado por el instinto de supervivencia que está en la base toda la experiencia animal y humana. Asimismo, el autor cree que nada se lleva a cabo en el sistema humano que no afecte a todas las otras partes y a la totalidad del sistema. Esto explica por qué el BSP ha sido diseñado como un enfoque cerebro/cuerpo. BSP es también relacional, entendiendo que el apego original hacía la madre / cuidador(a) es el fundamento de la relación terapéutica y subyace a todo el desarrollo y la curación psico-fisiológicos.

El “Modelo de recursos” (“Resource Model”) es un aspecto esencial del BSP. Amplía la aplicación del BSP a los clientes más traumatizados, disociativos, que

tienden a sentirse demasiados abrumados para utilizar las llamadas “terapias potentes”. El uso de los recursos del cuerpo en el BSP se deriva de las discusiones del autor con Peter Levine, creador del modelo de Experiencia Somática –Somatic Experiencing, SE (Levine, 1997). Levine cuestiono el EMDR en cuanto a activar, sobre todo en su énfasis en la activación del cuerpo. Levine le enseñó al autor, como se hace en los entrenamientos de SE, a guiar a los clientes hacia donde se sintieran más tranquilos y más arraigados en sus cuerpos. El modelo de “pendulación” de Levine implica dedicar más tiempo y atención a los recursos del cuerpo (“vórtice de curación”) y mucho menos tiempo a los márgenes externos de la activación corporal (“vórtice de trauma”). En el enfoque de Flujo Natural (Natural Flow), el autor, en la conclusión del protocolo de EMDR, guía al terapeuta a pasar de la activación corporal a los recursos del cuerpo y a comenzar el procesamiento a partir de allí. Esto resultó en un procesamiento menos abreactivo y más tolerable para pacientes frágiles, altamente traumatizados y disociativos. En el BSP el autor observó que la contención de la mirada fija en el Brainspot no siempre proporcionaba la contención suficiente para estos clientes que resultaban fácilmente abrumados. Al incorporar los recursos del cuerpo mientras se estaba en un Brainspot observó que muchos clientes podían tolerar mejor la agitación emocional y la activación corporal y procesar mejor de manera más eficaz. También se dio cuenta que los Brainspots no sólo podían ser determinados emparejándolos con la activación, sino también localizados en concierto con la calma del cuerpo o la sensación de enraizamiento, lo que llamó “Puntos de Recurso”. Este fue el principio del “Modelo de Recursos de Brainspotting que ha sido amplia y estrechamente desarrollado por Lisa Schwarz (Schwarz, 2010).

Otro aspecto que el autor incorporó del Natural Flow en el BSP fue la utilización del sonido bilateral, proporcionado por sus CDs de Sonido BioLateral. Estos CDs fueron diseñados para trasladar sonidos naturales curativos y música lenta suavemente de un oído al otro. Estos CDs, aplicados continuamente, habían sido el modo primario de estimulación bilateral utilizado por el autor en su versión de EMDR. Había interrumpido su uso con la llegada del BSP, al sentir que era innecesario debido a la fuerza de su nuevo paradigma. Sin embargo, un número de clientes solicitaron escuchar adicionalmente el sonido durante el BSP. Para su sorpresa, el autor descubrió que a la mayoría de clientes los CDs les proporcionaban un “recurso auditivo” que profundizaba y apoyaba el proceso. En respuesta, aconsejó al resto de sus clientes a escuchar el sonido durante el tratamiento de BSP. Las únicas excepciones fueron los clientes hiper-estimulados que encontraban que incluso el modelo de recursos (2010) suponía un reto para su capacidad de permanecer enraizados. Cabe señalar que hacer BSP con CDs implica al mismo tiempo el acceso y la estimulación de los sistemas neuro-visual y neuro-auditivo. La potencia de la doble activación sensorial y sus efectos merecen más investigación y estudio.

Bajo la dirección y desarrollado por el autor, el BSP fue y sigue siendo un modelo abierto, integrador y en constante evolución. Una estas primeras integraciones fue el uso de Brainspotting “con un ojo”. Esta tomada del trabajo de Fredric Schiffer quien determinó que cada hemisferio del cerebro era como una personalidad separada (Schiffer, 1999). El acceso a ambos lados del cerebro a través del sistema visual se produce de manera cruzada respecto a los hemisferios. En consecuencia, desarrolló gafas de protección que limitaban la visión en ambos ojos de modo que, en cada caso, la luz entrante venía sólo del extremo izquierdo o del extremo derecho del ojo, activando el hemisferio opuesto en el cerebro. Al cambiar periódicamente entre las dos gafas, Schiffer observó una respuesta integradora que conducía la resolución de la cuestión. Antes del BSP el autor había utilizado el modelo de Schiffer con resultados interesantes junto con los movimientos oculares y el sonido bilateral. Estableció la hipótesis de que aplicando BSP en el ojo más activo focalizaría más el poder de su método cuando fuera necesario. Pero tuvo que desarrollar unas gafas modificadas puesto que la versión de Schiffer cubría la mayor parte del campo visual haciendo imposible el Brainspotting. En contraposición, las gafas del BSP fueron diseñadas para ocultar el 50% del campo visual, ya sea uno u otro ojo. Para determinar cuál de los ojos tenía mayor nivel de activación pidió a sus clientes que de modo alternativo cubrieran cada ojo para evaluar con la escala SUD el nivel del ojo abierto. El ojo con el nivel más alto en la escala SUD fue llamado “ojo de activación” y el ojo con el nivel más bajo “ojo de recurso”. Una vez que estaba determinado el ojo de activación, se podían poner las gafas adecuadas que dejaban expuesto el ojo de activación. El BSP de Ventana Interior se utilizó para encontrar el punto de máxima activación en el ojo de activación. El abordaje con un ojo se utilizaba cuando el cliente manifestaba un procesamiento lento, o en casos de condiciones emocionales vagas como puede ser el trastorno de ansiedad generalizada o la depresión crónica o la fibromialgia. En un principio, el autor supuso que cuando se procesaba el nivel SUD hasta cero el proceso ya estaba completo. Pero se dio cuenta que podía ser que faltara algo y comenzó a revisar el ojo de recurso después de haber alcanzado el nivel SUD cero en el ojo de activación. Observó que en la mayoría de casos había presente una activación adicional y que era necesario determinar un nuevo Brainspot en este ojo secundario. En ocasiones el nivel SUD en el “ojo de recurso” se disparó a 7, 8 ó 9 y requirió un tiempo considerable de procesamiento hasta llegar a cero.

Otra observación hecha por el autor fue que un nivel cero de SUD no era un cero verdadero. Desarrolló un procedimiento que llamó “exprimir el limón” donde guiaba al cliente, una vez había alcanzado el cero, a “entrar y hacer lo que sea necesario” a fin de reactivar el nivel de la escala SUD. Seguidamente se continuaba el procesamiento hasta el cero en el Brainspot original. Esto se repetía hasta que no se podía volver a generar la activación. La comprensión de este proceso de “exprimir el limón” reveló que existía material pendiente de procesamiento a pesar

de haber alcanzado el nivel cero original. Esta profundización a través de la técnica de “exprimir el limón” también resultó reducir el número de ocasiones en que el efecto del procesamiento desaparecía en los días posteriores a la sesión del cliente y que le conducían al regreso de la activación.

Hasta ahora el autor ha articulado tres formas de localizar los Brainspots que son Ventana Exterior, Ventana Interior y a través del BSP de un ojo. Las tres restantes que se discutirán son BSP de Barrido (Rolling BSP), BSP del eje Z y el BSP de Mirada (Gazespotting). Se hablará de ellos en el orden en que fueron descubiertos y desarrollados.

El BSP de Barrido (Rolling BSP) es una forma versátil de utilizar los Brainspots de Ventana Exterior. Se realiza de una manera similar a como se localizan y asignan los Brainspot de Ventana Exterior inicialmente. Esto implica un acompañamiento ocular lento siguiendo el eje horizontal a través del campo visual del cliente, parando en cada ubicación donde se expresa un reflejo. En la Ventana Exterior este procedimiento se utiliza para determinar un punto donde los ojos se mantienen fijados durante todo el procesamiento hasta que toda la activación ha sido liberada. En el BSP de Barrido el movimiento de Brainspot a Brainspot continúa durante todo el procesamiento hasta que se ha logrado la descarga. La cantidad de tiempo que se detiene en cada punto reflejo puede variar de unos pocos minutos a una pausa momentánea. Esto viene determinado por la respuesta del cliente y el propósito con que se utiliza esta técnica. Se postula que mediante el uso del BSP de Barrido el flujo de movimiento de Brainspot a Brainspot será más activo, integrador y completo. Además, algunos clientes parecen responder mejor al BSP de Barrido mientras que otros simplemente lo prefieren. Aunque la aplicación individual varía de terapeuta a terapeuta y de cliente a cliente, el modelo tradicional de Brainspotting de Barrido conlleva inicialmente dedicar más tiempo a cada punto (uno a cinco minutos) y poco a poco ir disminuyendo la cantidad de tiempo a medida que continúa el proceso.

La teoría es que al principio del proceso el objetivo es alcanzar una mayor profundidad de procesamiento y que a medida que éste continúa el objetivo pasa a ser el aumento del movimiento. Siguiendo el modelo de sintonía dual nada está predeterminado y el papel del terapeuta es seguir el proceso del cliente y responder de acuerdo con la respuesta que da el cliente al movimiento de un punto a otro y a las otras interacciones del terapeuta con el cliente. El BSP de Barrido también se puede utilizar como un método de completar las versiones más estáticas de BSP. Así, en ocasiones revela una posición ocular que aun presenta cierto nivel de material no liberado que aun puede ser plenamente procesado. En otras ocasiones, el BSP de Barrido sirve para integrar y profundizar en el proceso que se completa y lleva a cabo en otro Brainspot.

El BSP del eje Z trae la tercera dimensión de profundidad a la localización de las posiciones oculares. La Ventana Interior primero explora el eje horizontal o eje

X, seguido por el eje vertical o Y, en busca del máximo nivel de activación o recursos. Pero la exploración de la diferencia entre cerca y lejos queda aún por explorar en el Brainspot después de que este haya sido localizado. Se ha observado que la mayoría de clientes presentarán mayor o menor activación dependiendo si miran al puntero situado entre 120 a 180 centímetros frente a sus ojos en contraposición a mirar a través del puntero hacia la pared del fondo que puede estar a cualquier distancia más allá del puntero. A menudo el punto más alejado en el eje Z resulta tener menor activación que mirando más de cerca al puntero. Tal vez la percepción de un objeto más alejado que genera la sensación de menor activación está basada en la experiencia profundamente arraigada que cuanto más lejos esté el peligro mejor. Aún más especulativo es el hecho de que cuando un punto más lejos genera mayor activación, el cliente puede tener problemas de intenso apego que desencadenan la percepción de que el cuidador(a) está más fuera del alcance. De cualquier modo, el BSP del eje Z es una manera de separar la diferencia de percepción entre cerca y lejos directamente sobre las posiciones oculares que se ha determinado que mantienen el nivel más alto y más bajo de activación para el cliente. Se ha observado que la calidad, la profundidad y la intensidad son diferentes entre cerca y lejos y nivel más alto y más bajo de activación. A los alumnos de BSP se les enseña que comiencen el procesamiento en el punto de profundidad de menor activación.

Por ejemplo, si un cliente está procesando un accidente de tráfico, mirando a un Brainspot de Ventana Interior puede presentar un nivel de SUD ocho mirando al puntero, mientras que podría ser cuatro mirando a través del puntero hacia la pared del fondo. Se ha observado que el procesamiento durante cinco o diez minutos en distancia SUD inferior a menudo resulta en un movimiento más rápido. También se ha observado que cuando posteriormente se vuelve a situarse a la distancia de SUD mayor, el nivel SUD por lo general ha caído y el procesamiento continúa con mayor fluidez. Volviendo al ejemplo del accidente de tráfico, después de trabajar sobre el punto alejado que se inició con un SUD de cuatro, cuando se vuelve de nuevo al punto cercano, el SUD puede haber disminuido de ocho a cinco o seis. Esto tiende a conducir a un procesamiento más activo que si el punto cercano se hubiera focalizado desde un principio. A continuación, siguiendo con el procesamiento en el punto cercano durante cinco o diez minutos a menudo conduce a una mayor disminución del SUD. En este punto, volviendo sobre el eje Z al punto lejano a menudo revela que la activación se va reduciendo y se produce un movimiento más fluido. Este procesamiento hacia adelante y hacia atrás continúa hasta que ambas distancias han llegado a una descarga completa y a la resolución del asunto original.

La elección del BSP de eje Z, o para el caso cualquiera de los seis modelos de BSP, está determinada por la experimentación y la experiencia del terapeuta. Se ha observado en reiteradas ocasiones que algunos clientes que estaban respondiendo gradualmente a la Ventana Interior mostraban un notable incremento en procesa-

miento afectivo cuando se incorporó el eje Z. En su ejercicio profesional, el autor observó que algunos clientes, muchas veces aquellos con disociación, alcanzaban grandes logros con el eje Z que eran sorprendentes y no se habían alcanzado con ninguna otra forma de BSP.

El sexto tipo de BSP es el BSP de Mirada (Gazespotting). Este enfoque hace uso de nuestra tendencia natural a mirar (en inglés “gaze”) a distintos puntos en nuestro campo visual cuando hablamos de cuestiones que tienen carga emocional. Cuando se observa, parece como si los clientes estuvieran hablando con el punto sin darse realmente cuenta de su comportamiento. El autor, después de cinco años realizando BSP, tomó conciencia de este fenómeno y se preguntó qué ocurriría si los clientes continuaban fijándose en estos puntos mientras observaban su procesamiento interno. Observó una respuesta que era a la vez natural y única. Aunque en general resultó menos activador que la Ventana Interior o Exterior, sin embargo, era potente y profundo. Este método fue nombrado BSP de Mirada (Gazespotting) y fue institucionalizado como la sexta vía para localizar posiciones oculares relevantes. Es la única forma de BSP en la que el cliente elige su propio punto de forma intuitiva e inconsciente. Salvo algunas excepciones, tiende a ser más suave y con recursos en comparación a los puntos más activadores. BSP de Mirada también es una buena introducción para nuevos clientes en BSP ya que no recurre al puntero ni al proceso de “set up” o puesta a punto que puede resultar extraño para el cliente hasta que no ha experimentado el poderoso efecto del BSP.

Mirando hacia el futuro, BSP es un modelo abierto, en rápida evolución. Para cuando se haya publicado este artículo es posible que ya haya nuevas aplicaciones en desarrollo. El sistema del cuerpo humano es tan infinitamente vasto y complejo que el hecho de sintonizar con sus expresiones conduce siempre a nuevos descubrimientos y perspectivas. Puesto que el BSP se encuentra en su séptimo año, está todavía en su infancia y se espera que madure y encuentre su sitio entre los muchos otros métodos de tratamiento validados. Si bien la mayor parte de lo que se ha presentado en este artículo ha sido descubierto y desarrollado por el autor, el BSP recibe cada vez más contribuciones de los más de 2500 terapeutas que han sido formados a nivel internacional hasta la fecha. Mientras se escribe este artículo, se están planificando y abordando una variedad de proyectos. Esto incluye un estudio de investigación que hace una comparación cruzada de la efectividad del BSP respecto a otros métodos terapéuticos, un estudio de resonancia magnética funcional y una investigación de observación del área de la pupila. En opinión del autor, las amplias investigaciones en curso son importantes no sólo para entender y validar el BSP, sino también para comprender mejor los mecanismos interactivos del ojo y del cerebro. En conclusión, la fuerza del BSP se aprecia en el modelo de sintonía dual que integra la sabiduría relacional de los años de ejercicio profesional con los conocimientos actuales y futuros del cerebro y su capacidad genuina de auto-observación y auto-curación.

---

*Brainspotting (BSP) es un nuevo enfoque de tratamiento que propone que el campo visual puede servir para localizar posiciones oculares que correlacionan de manera relevante con experiencia neuronal y emocional interna. Una vez localizadas estas posiciones oculares o Brainspots (puntos cerebrales), pueden llevar –a través del mantenimiento de la fijación ocular– a la resolución de asuntos profundamente almacenados en las áreas no-verbales, no-cognitivas del cerebro. BSP utiliza tanto la activación enfocada como la conscienciación plena (mindfulness) como mecanismos de intervención. El objetivo es conseguir una liberación completa y exhaustiva de la activación guardada en el cerebro y en el cuerpo. BSP es un modelo que incorpora activación y recursos sistémicos aplicados sobre la base de consideraciones de diagnóstico y desarrollo. El modelo BSP es fruto de un desarrollo tanto relacional como técnico con un fundamento filosófico y fisiológico. Es un modelo abierto, inclusivo que invita a los terapeutas a hacer uso de la sabiduría de su formación previa y experiencia profesional.*

Palabras clave: posición ocular relevante, sintonía dual, reprocesamiento neurológico, experiencia somática, estimulación bilateral.

Traducción: Úrsula Stade

## Referencia bibliográficas

- Badenoch, B. (2008). *Being a Brain-Wise Therapist: A Practical Guide to Interpersonal Neurobiology*. Norton, New York.
- Carter, R. (2009). *The Human Brain Book*. New York: DK Publishers.
- Grand, D. (1999). *Defining and Redefining EMDR*. New York: BioLateral Books.
- Grand, D. (2001). *Emotional Healing at Warp Speed: The Power of EMDR*. New York: Harmony Books.
- Grand, D. (2002). *Treating survivors of the World Trade Center disaster with natural flow EMDR resourcing*, EMDRIA Conference Lecture.
- Grand, D. (2009). *Brainspotting Phase One Training Manual*
- Grand, D. (2009). *Brainspotting Phase Two Training Manual*
- Levine, P. (1997). *Waking the Tiger*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Martinez-Conde, S. & Macknik, L. (2007). Windows on the mind. *Scientific American*, 56-63, (August 2007).
- Scaer, R. (2005). *The Trauma Spectrum, Hidden Wounds and Human Resiliency*. New York: Norton Books.
- Schiffer, F. (1999). *Of Two Minds*. London: Simon & Schuster
- Schwarz, L. (2010). *Brainspotting with issues of attachment and dissociation*. Brainspotting training.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press
- Siegel, D. (2010). *The Mindful Therapist*. New York: W.W. Norton.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press.

# TRATAMIENTO DE UN CASO DE ORIGEN TRAUMÁTICO DE FOBIA A LA SANGRE CON EMDR EN UNA SOLA SESIÓN

Jesus Sanfiz Mellado

Instituto de Estrés Traumático. Barcelona

jsanfiz@institutoestres.com

*In this article we will describe the case of adult blood phobia, who after a traumatic experience during very risky birth giving (with previous placenta), with cardiopulmonary arrest in the operating room, developed a specific blood phobia with panic attacks. Five years after the traumatic experience, the patient was treated in our consultancy during one two hours session with EMDR. The result were immediately, because when the patient came home after the session, she had to help a worker to take out a nail he had hammered in his hand, without suffering any of the anxiety symptoms she always had before.*

*Keywords: EMDR, blood phobia, traumatic experience, panic attacks, anxiety symptoms.*

---

## INTRODUCCION, REVISION DE LA LITERATURA

La fobia a la sangre/inyecciones/heridas –SIH– es una de las fobias específicas incluidas en los trastornos de ansiedad. Los criterios del DSM –IV lo definen como un temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad, y la persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por las situaciones temidas, interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales, académicas o sociales, o provocan un malestar clínicamente significativo. Esta situación puede interferir en intervenciones médicas importantes, evitación de embarazos, y no poder atender a personas heridas.

Un leve miedo a la sangre se da en muchos niños y adultos, pero sólo un 2-3% pueden considerarse fóbicos a la sangre; es más frecuente en las mujeres y la edad media de inicio es a los 9 años. La fobia a la SIH (sangre/inyecciones/heridas) se da

en el 27-70% de los familiares de primer grado de los pacientes, un porcentaje que es superior al observado en otras fobias específicas y trastornos de ansiedad (5-31%) (Page 1994, Öst 1992, citados en Bados, 2009). En diversas pruebas resalta la influencia genética de la fobia SIH entre gemelos monocigóticos superior a la incidencia que tiene en dicigóticos (Stein, Hollander, 2004). La fobia SIH podría tener un sentido evolutivo de supervivencia si la consideráramos una fobia a la mutilación.

Page (1994) considera que hay dos subtipos de pacientes en la fobia SIH: A) pacientes con hiperactivación del SNA simpático, común con las otras fobias, con incremento del ritmo cardíaco y presión sanguínea, y b) y los que además sufren desmayos, con una rápida caída de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco (30-45 pulsaciones por minuto) que es una respuesta específica de la fobia SIH; las personas que se desmayan suelen ser más ansiosas que las que no se desmayan, y muestran una mayor perturbación y disfunción en situaciones estresantes. En la población general, cerca de un 5 al 15% se desmayan al ver sangre.

En la fobia la SIH son frecuentes el mareo, el sudor, la palidez, las náuseas, la hiperventilación, el asco y el desvanecimiento (Bados 2009); en muestras clínicas, el 70% de los fóbicos a la sangre/heridas y el 56% de los fóbicos a las inyecciones/pinchazos en vena tienen una historia de desmayo en situaciones fóbicas (Öst, 1992a) y pueden incluso desmayarse al oír hablar de las mismas. Tobin y col. 1997, resaltan una característica de los fóbicos SIH que los diferencia de las otras fobias es la repugnancia. Los fóbicos SIH describen más veces repugnancia durante la exposición a la sangre o las heridas, mientras que en los sujetos con otras fobias la característica es el miedo.

Los primeros tratamientos en fobia específica se basaron en la teoría del condicionamiento, y por lo tanto, en la exposición. El principio básico de la exposición sostiene que la prevención del escape o de la evitación hará que el sujeto aprenda que no tendrá las consecuencias negativas temidas. Son útiles en la fobia específica la terapia de inundación, la exposición en vivo, modelación y desensibilización sistemática, pero en el caso de la fobia a la sangre-inyección-heridas no toman en consideración la influencia de la respuesta vasovagal de desmayo que se puede producir en presencia de la sangre.

Como la fobia SIH tiene la peculiaridad de la respuesta de desmayo ante el estímulo fóbico, Kozak y Montgomery (1981) desarrollaron la técnica de Tensión Aplicada, basada en instruir al paciente para que tense de forma rápida y frecuente diversos grupos musculares durante la exposición, actividad que genera un estado fisiológico incompatible con el desmayo. El tratamiento de Tensión Aplicada ha sido probado con éxito en estudios de caso único por Labrador, Garoz y Fernández, (1999), con un tratamiento en 11 sesiones, por Borda, Martínez y Blanco, (1997) en 6 sesiones, y por Nieto y Mas (2002) con 5 sesiones de aplicación de la tensión. Finalmente, Borda (2001), no encontró diferencias en el tratamiento con terapia de

exposición sola o en combinación con la tensión aplicada en una muestra de 39 hematófóbicos tratados durante 6 sesiones en grupo, con una mejoría del 80%.

## INTRODUCCIÓN DEL CASO

La paciente es una mujer de 38 años, casada, con dos hijos, residente en una gran ciudad, con un nivel académico universitario y de profesión escritora. En su último libro, dedicado a las buenas prácticas en la crianza de los niños (Roser de Tienda, 2010) relata el incidente traumático que fue origen de la fobia, y ha hecho un relato pormenorizado de sus experiencias para este artículo. Tiene un alto grado de satisfacción en el trabajo, y las relaciones con su pareja son muy buenas. Tiene buen estado de salud y no tiene historial médico con enfermedades importantes. Relata algún accidente de moto sin consecuencias, y una relación normal con la sangre y heridas anteriormente al suceso traumático.

La paciente relata el suceso traumático:

*“Mayo del año 2000, con 32 años,*

*En la primera revisión ginecológica de mi tercer embarazo, todo parecía normal. La placenta estaba un poco más baja de lo recomendable, pero se suponía que iba a subir o quedarse tal cual. Antes de la siguiente revisión, una noche como cualquier otra, me levanté a hacer pipí en un intermedio de la película. Al ir a levantarme, la sangre empezó a caer como si alguien hubiera dejado el grifo abierto... pensé que estaba teniendo un aborto. Me asusté, me costó levantarme de la taza y llamar a mi marido. Llamamos al ginecólogo, y fuimos al hospital. Hecha la ecografía me diagnosticaron una placenta previa oclusiva total. Es decir, la placenta ocupaba todo el espacio vaginal y por eso perdía sangre cada vez que me levantaba. Estuve ingresada una semana y para dejarme volver a casa el ginecólogo me hizo prometer que haría reposo absoluto con las mínimas levantadas al día para ir al baño, porque cada vez la sangre emanaba y había que cuidar la anemia.*

*La tarde anterior a la cesárea programada me levanté más tiempo de lo que me había recomendado el médico a preparar la bolsa del hospital para mí y mi bebé. No sangré nada.*

*Pero a las tres de la madrugada me desperté empapada de sangre en la cama. La hemorragia salía a borbotones de mi vagina. Conservé la calma, me coloqué una toalla grande a modo de súper compresa pensando que la cosa se calmaría, pero entonces la sangre salió a chorros por encima de la toalla. Estaba asustada pero serena. Recogí la sangre del suelo, porque no quería que mi hija mayor viera tal estropicio, aquello parecía la matanza de Texas, no fuera caso que a mi hija adolescente Bárbara le causara tanta impresión que luego no quisiera tener hijos por el susto. Avisamos al ginecólogo y nos dijo que en media hora teníamos que estar*

en el hospital. Llamé a mi hermana que dormía con el teléfono en la almohada por si las moscas y llegó en diez minutos. La ambulancia vino a buscarme y al principio me trataron como si fuera una primeriza asustada. Al ver el panorama se asustaron más que yo y tardamos más tiempo del debido en llegar al hospital porque el conductor cogió el camino más largo. En la ambulancia cogida por las asas que hay por encima de la camilla pues había muchos baches, pensé que era una forma ridícula de morir, qué poco glamour... Cuando llegué al hospital estaban todos contando los minutos, pensaban que me había muerto por el camino de lo que estaba tardando. Me subieron a la sala de operaciones. La comadrona hizo pasar a mi marido que es doctor, para que pudiera entrar conmigo. Supongo que mantenerme serena con él a mi lado fue la mejor estrategia. Dentro todo eran gritos y estrés. Las bolsas de sangre llegaron y el anestesista estaba desesperado porque no encontraba venas donde pinchar. El ginecólogo le gritó que me pinchara en los pies, en las piernas... ¡Busca una vena donde sea! –Le dijo–, yo estaba apuradísima de ser la causante de tanto estropicio. Me sentía como un trozo de carne, consciente de la fragilidad de la vida, de cómo toda tu vida puede cambiar en un solo instante. Para cuando consiguieron encontrar una vena y enchufarme la transfusión sanguínea yo tenía unos temblores que saltaba de la camilla, estaba helada. El ginecólogo dijo que no podía esperar más que tenía que abrirme. Se miró con mi marido como el piloto mira a la azafata en un avión con muchos problemas. Esa mirada me impactó, me hizo darme aún más cuenta de que tal vez mi optimismo de que todo iba a salir bien era infundado. Mi ritmo cardíaco bajaba, no me quedaba sangre propia y estaba perdiendo el conocimiento. El olor a carne quemada del bisturí es lo último que recuerdo, porque al momento siguiente, yo me encontraba de pie al lado de mi marido viendo mi cesárea. No oía las voces, las oía muy muy bajito, no tenía frío, no miedo, estaba con una paz infinita, serena. Estaba estupendamente. Me sorprendió ver cómo lo hacían, nunca había estado en un quirófano, y le estaba haciendo preguntas técnicas a mi marido, cuando de repente caí en la cuenta de que si yo estaba de pie al lado de mi marido...es que no estaba en la camilla. Tuve un escalofrío que me subió por la boca del estómago. Pensé –anda, ¿me he muerto? hostia Dios, pues hoy no me va bien– dije. La conversación con Dios duró un par de frases en la que le dije las razones por las que no podía morirme ese día, y de repente volví a sentir todas las sensaciones físicas, frío, dolor, angustia, audición, pero estaba en la camilla y no al lado de mi marido. Estaba contenta, a Dios le había parecido coherente lo que le había dicho... ja, ja, ja. O había sido una... ¿Disociación? A saber. En cuanto nació mi hijo le consolé, estaba gimiendo asustado del estrés y

*le canté una canción. Se redujo el ruido, y todo el mundo paró un momento para recobrar la calma. El ginecólogo me enseñó la fantástica placenta y la doné junto con el cordón y sus células madre para la ciencia”.*

## **PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS**

Cinco años más tarde, cuando la paciente acude a la consulta, había sufrido diversos ataques de pánico en presencia de la sirena de las ambulancias, repugnancia y fobia a la sangre y a las agujas.

Sigue explicando la paciente:

*“Al cabo de unos meses empecé a “oír” las sirenas de las ambulancias. Por lejos que pasaran mi oído era como un radar captador de sonido. Al cabo del año sufrí el primer ataque de pánico al pasar una ambulancia a toda pastilla por delante de mí en un semáforo. No podía moverme. Persuadiéndome de que era una mujer madura y racional y que seguro estaba teniendo una reacción de estrés postraumático se me fue pasando. Fui al psiquiatra y me recetó ansiolíticos y un antidepresivo. Pensé que todo iba a estar bien. Así fue durante un tiempo largo, no recuerdo exactamente cuánto, pues la memoria de ese tiempo está alterada.*

*Un día, como tantos otros anteriormente, tal vez a los dos años de todo ese proceso, llegó mi período mensual, me dio otro ataque de pánico. No podía moverme, ni mucho menos cambiarme el tampax. La psiquiatra volvió a aumentar mi medicación. Con eso mejoró la ansiedad ante la visión de la sangre, pero no el asco. Quiero decir que por ejemplo nunca me había importado hacer el amor con el período, ni nada y ahora no podía ni imaginar hacerlo. Cuando empecé a pensar en cambiarme los tampax con guantes de látex, me asusté. Vi que estaba muy afectada por una cosa muy normal y no sabía qué hacer, ni a quién contárselo, nadie me comprendía. Mi psiquiatra me decía que ya pasará, y mis íntimas amigas también.*

*Tuve una sesión de acupuntura para ver si se me pasaba todo y hacía una reconducción de mi energía estancada, y en plena sesión con todas las agujas puestas en la frente y por toda la cara, me entró un pánico irracional y me levanté gritando:*

*-¡Quítamelas, quítamelas! Estaba histérica. Luego me dio vergüenza pero había sido una reacción más fuerte que yo, irracional e incontrolable”.*

## **EVALUACION**

Junto a la entrevista de evaluación, la paciente cumplimentó los siguientes instrumentos de evaluación:

Registros de niveles de ansiedad

Historia Clínica

Lista de Comprobación de Síntomas SCL-90R (Derogatis, 1983)

Test de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (Spielberger, et al. 1983)

El diagnóstico según el DSM IV (APA 1995) fue de Fobia específica sangreyinyecciones-daño (300.29)

## MOTIVACIÓN Y RECURSOS

El nivel de motivación de la paciente era muy alto, dando muestras de profundos deseos de superar los ataques de pánico y la fobia que afectaba continuamente su vida. Contaba con el soporte incondicional del marido y apoyo familiar, y un buen autocontrol de los estados emocionales exceptuando los relacionados con la fobia.

## INTERVENCIÓN

En una primera sesión, se evaluó si la terapia EMDR era un buen método para tratar la fobia éste paciente, se definieron los objetivos terapéuticos y se hizo la evaluación. Éste fue informado del funcionamiento de EMDR y se comprobaron los recursos de que disponía la paciente. Se le encargó que elaborara un listado con los momentos más dolorosos emocionalmente en su vida para poder trabajarlos durante el tratamiento para la siguiente cita.

La segunda sesión se desarrolló durante un largo tiempo: dos horas, y se empezó a trabajar los sucesos directamente relacionados con los ataques de pánico y la fobia. Como peor suceso la paciente eligió la gran hemorragia que tuvo en casa la noche del parto, antes de llegar la ambulancia. El malestar era máximo (SUDS 10) la creencia negativa era “no tengo control” y ninguna creencia positiva al respecto (“puedo controlar” VOC 1). Previamente nos habíamos asegurado de que el paciente tuviera recursos para autocalmarse y habíamos instalado el lugar seguro si la situación se hacía excesivamente angustiada para la paciente y decidía parar. El procesamiento corría a toda velocidad, las sensaciones, las emociones, básicamente angustia y tristeza, y las imágenes no cesaban de venir y cambiar. Hubo pocos paros, algunos para respirar.

La paciente lo cuenta así:

*“de la sesión recuerdo que estuve nerviosa, tanto que se me olvidaba respirar y me decías que respirara...sentí otra vez frío, la piel de gallina todo el rato que duraba la estimulación bilateral con sonido en los cascos. Angustia en la boca del estómago, cuando hicimos la visualización de las secuencias. Que realmente entré en la sala de partos. También tuve una sensación de consuelo cuando en vez de los cascos pasaste a tapping, y que lloré mucho pero no tipo desesperado sino más bien cuando te caen lágrimas de haber aguantado mucha presión, como un grifo abierto, tipo lágrimas de pena por mí, por haber estado tan mal, como si me diera pena lo que te estaba contando que me había pasado a mí misma. Recordé otros traumas olvidados cuando me preguntaste por las fechas importantes de*

*mi vida, tan olvidados que me resultó muy fuerte tenerlos con tanta telaraña. Que me establecí bien antes de salir, y que anduve mucho rato sintiéndome cada vez más ligera. La sesión que hicimos fue dura para mí pero efectiva, salí tan aliviada, como si hubiese dejado un peso enorme en tu sala”.*

La larga sesión había transcurrido prácticamente sin parar, pasando por todos los pasos del protocolo EMDR (Shapiro, 2004). La paciente había empezado por la peor escena de la hemorragia, había circulado cargada de emoción por diversas escenas de su vida y acabamos en un gran estado de relajación, de alivio, sin síntomas de malestar (SUDS 0) y con creencias positivas autorreferidas (VOC 6, ecológico, a la espera de enfrentarse a alguna situación fóbica).

## RESULTADOS

No hubo que esperar mucho para ver los resultados. Al volver a su trabajo, la paciente tuvo que enfrentarse a la situación de curar un herido sin sufrir ningún tipo de ansiedad. La paciente lo explica así:

*“No pensaba que funcionara tan rápido la verdad. Pero al llegar al trabajo el lampista se había clavado en la palma de la mano un clavo (se le había disparado la pistola de los clavos para la pared) y todos estaban en la pica del lavabo sin saber qué hacer. Sin pensarlo dos veces apliqué mis conocimientos de primeros auxilios con la eficacia de una enfermera entrenada, (sin inmutarme) saqué el clavo, curé la herida, vendé la mano y le dije que se fuera al ambulatorio ante la mirada atónita de todos. Hacía unos meses no había sido capaz de cambiar el vendaje a una asistente por una herida (me había dado una taquicardia de espanto) ¡y ahora estaba haciendo esto! Ese mes esperé mi periodo con las ganas del que quiere experimentar. Todo fue de lo más normal. ¡Estaba curada!*

## MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS

Hemos seguido los resultados del tratamiento a los 3, 12 meses y 4 años. No han vuelto a surgir ataques de pánico y fobia a la sangre. La paciente, madre de tres hijos, dos de ellos menores de 12 años ha tenido que enfrentarse a sangre heridas y accidentes; ella lo explica así:

*“Hace tres años mi hija mediana tuvo una gran herida, jugando al fútbol se empotró contra la esquina de un escalón y tuvieron que darle 4 puntos de sutura en la ceja. Cuando llegó al hospital había sangre por toda su ropa, pero yo sólo estaba preocupada por ella, no por su herida, que era considerable, pobrecita. En la camilla del hospital éramos tres personas para aguantarla, porque gritaba y levitaba de la camilla de la fuerza que hacía porque tenía miedo supongo, y le dolía. Le cogí la cara para hablar con ella y la mantuve quieta para que el doctor pudiera coserla, con toda*

*la calma, hablando lo más bajito y cariñoso que pude. Antes de eso en la sala de espera le había dado un remedio homeopático genérico “remedy rescue” para ayudarla un poco. Fue difícil pero para la mamá, no por la fobia a la sangre ni a las agujas.*

*En general ahora no me gustan las heridas, pero es porque las asocio a sufrimiento y el sufrimiento en general me parece una inutilidad. Pero eso ya es otra historia.*

*Mi relación con mi período mensual volvió a ser la que era sin ningún problema”.*

## CONCLUSIONES

Diversos procesos terapéuticos tratan la fobia a la sangre, inyecciones y heridas. Unos se basan en procesos de aprendizaje por asociación estímulo-fobia y funcionan bien terapias de exposición y desensibilización. Considerando que dicha fobia tiene componentes específicos relacionados con disparadores genéticos que la hacen diferente de otras fobias específicas como la fobia a los animales o a lugares, es realmente valioso que las terapias de exposición sean efectivas.

El caso descrito tiene unas características que lo hacen diferente: es una mujer adulta que está expuesta a un suceso traumático con peligro de muerte, que llega a morir con parada cardiorespiratoria y ser reanimada en el quirófano, y que este suceso traumático sucede en el momento de dar a luz con todas las implicaciones biológicas y de supervivencia de la especie esto tiene. Un suceso tan traumático afecta a nuestro pensamiento, sistema nervioso y cuerpo en general. En el caso de los trastornos de pánico, las investigaciones con técnicas de neuroimagen estructural encuentran asimetrías interhemisféricas y alteraciones que se sitúan en la amígdala y en otras estructuras del sistema límbico, el cíngulo anterior y orbitofrontal y disminución en el volumen de ambas amígdalas y una disminución de la densidad de sustancia gris en el giro parahipocámpico izquierdo (Massana G 2007).

El proceso terapéutico EMDR se basa en el modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información (Shapiro, 2004), que representa el marco teórico y los principios de tratamiento de la patología. El procesamiento adaptativo de la información es una propiedad de nuestro sistema nervioso que permite metabolizar los sucesos y la información experimentada cotidianamente e integrarla en nuestra historia. Cuando el impacto vital es demasiado traumático, el suceso queda estancado en redes de memoria que conservan la información en una manera no adaptativa, y acaban produciendo síntomas patológicos, que pueden ser expresados en forma de pesadillas, flashbacks, hiperactivación y autopercepciones negativas.

Cuando ponemos en marcha el tratamiento EMDR y estimulamos las diferentes modalidades de memorias traumáticas (imagen, autocogniciones, emociones, sensaciones físicas) ponemos en marcha el Procesamiento Adaptativo de la Infor-

mación y todos esos contenidos almacenados en redes neuronales estancadas se mueven hacia una resolución adaptativa, y dejan de producir perturbación y síntomas patológicos.

La investigación en la aplicación de EMDR con fobias específicas demuestra que EMDR puede producir significativas mejorías con un limitado número de sesiones y que es tan efectiva y más breve que la exposición en vivo (de Jongh, 1999).

---

*Describiremos el caso de una paciente adulta que después de una experiencia traumática en un parto de alto riesgo (parto que se presentó con placenta previa), con parada cardio-respiratoria en quirófano, desarrolló una fobia específica a la sangre con ataques de pánico. Cinco años más tarde de la experiencia traumática y de tener síntomas, fue tratada en nuestro servicio en una sola sesión con EMDR de dos horas. El resultado se pudo contrastar al salir de la sesión, pues al llegar a su trabajo, la paciente tuvo que curar a un operario que se había atravesado la mano con un clavo sin que la paciente sufriera los síntomas de ansiedad que anteriormente tenía.*

Palabras clave: Fobia a la sangre, Hematofobia, EMDR, fenómeno PES, trauma

## Referencias bibliográficas

- Bados, A (2009). *Fobias Específicas*. Facultad de Psicología, Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics, Barcelona.
- Borda M. (2001). Hematofobia: Sincronía en el triple sistema de respuestas, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, v8, n3, 179-196.
- Borda M. Martínez O., Blanco A. (1998). Eficacia de la técnica de Tensión Aplicada para el control del Síndrome vasovagal aplicada a un caso de hematofobia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* v.3, n1, 39-53.
- De Jongh A (1999). Treatment of Specific Phobias with EMDR: Protocol, Empirical Status, and Conceptual Issues. *Journal Of Anxiety Disorders*, 13, 69-85, 1999
- De Tienda, R (2010). *Nacer conectado, vivir consciente*. Barcelona Obelisco,
- Fyer AJ, Manuzza S, Gallops, Ms, et al (1990): Familial transmission of simple phobia and fears: a preliminary report. *Arch. Gen Psychiatry* 47, 252-256.
- Hermann, A., Schäfer, A., Walter, B., Stark, R., Vaitl, D. y Schienle, A. (2009). Emotion regulation in spider phobia: role of the medial prefrontal cortex. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 4, 257-267.
- Hermann, A., Schäfer, A., Walter, B., Stark, R., Vaitl, D. y Schienle, A. (2009). Diminished medial prefrontal cortex activity in blood-injection injury phobia. *Biological Psychology*, 75, 124-130.
- Kleinknecht R. (1993). Rapid treatment of blood and injection phobias with eye movement desensitización. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 211-217-
- Kozak, MJ & Montgomery KG (1981)- Multimodal behavioral treatment of recurrent injury-scene-elicited fainting (vasodepressor syncope). *Behavioural Psychotherapy* 9:316-321, 1981
- Labrador FJ, Garoz MA & Fernández O. (1999). Evaluación y tratamiento de un caso de fobia a la sangre-heridas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 102, 641-669.
- Marks, I. (1988). Blood-injury phobia: a review. *Am J Psychiatry* 145: 1207-1213.
- Massana G. (2007). Imagen cerebral en el trastorno de pánico: una visión desde fases tempranas, en José Luis Vázquez Barquero (ed). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales*. Barcelona: Masson.

- Nieto, B. & Mas, B. (2002), Tratamiento de “Aplicación de Tensión” en un caso de Fobia a la sangre. *Acción Psicológica* 2, 185-193, 2002
- Öst, LG (1987). Age of onset in different phobias. *Abnorm Psychol* 96, 223-229.
- Öst, LG. (1988). Blood an injection phobia: Background and cognitive, physiological, and behavioral variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 68-74
- Page AC. (1994). Blood-injury phobia. *Clin Psychol Rev* 14: 443-461.
- Sarlo, M., Buodo, G., Munaflo, M., Stegagno, L. y Palomba, D. (2008). Cardiovascular dynamics in blood phobia: evidence for a key role of sympathetic activity in vulnerability to syncope. *Psychophysiology*, 45, 1038-1045.
- Sarlo, M., Palomba, D., Angrilli, A. y Stegagno, L. (2002). Blood phobia and spider phobia: two specific phobias with different autonomic cardiac modulations. *Biological Psychology*, 60, 91-108.
- Shapiro, F. (2004), *EMDR, Principios básicos, protocolos y procedimiento*. México: Ed. Pax México.
- Stein D, Hollander E. (2004). *Tratado de los Trastornos de Ansiedad*. Ars Medica
- Tolin DE, Lohr JM, et al. (1997). Disgust and disgust sensitivity in blood-injection-injury and spider phobia. *Behav Res Ther* 35: 949-953.

# TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL CON EMDR

Anabel Gonzalez y Dolores Mosquera

*EMDR therapy has achieved an extense international recognition as treatment of choice for PTSD. Its use has been extended to a broaden field of pathologies. From the EMDR perspective, symptoms are considered to feed on previous traumatic experiences, and the patient's problems resolution will be achieved throughout the processing of this dysfunctionally stored information, that becomes reconsolidated as an ordinary memory. The standard EMDR procedure includes not only the processing of past events, but also the processing of present situations and future scope.*

*In order to use EMDR in sexual abuse cases, it is crucial to differentiate between early abuse (overall intrafamiliar abuse) and single sexual aggression in adulthood. The first situation has more severe consequences and needs modified EMDR procedures oriented to severe traumatization and dissociation. The implementation of this therapy will be illustrated with clinical case examples.*

*Keywords: EMDR, sexual abuse, trauma, psychotherapy, posttraumatic stress.*

---

## Introducción: La terapia EMDR

La terapia EMDR (siglas de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular) es un abordaje psicoterapéutico que enfatiza la importancia del sistema de procesamiento de información intrínseco del cerebro y cómo se almacenan los recuerdos. Los síntomas actuales se consideran resultado de experiencias perturbadoras previas que no fueron procesadas adecuadamente, y permanecen en un estado específico, es decir, están almacenadas disfuncionalmente (Shapiro, 1995, 2001, 2007 y Solomon y Shapiro, 2008)

La esencia del EMDR es la transmutación de esta información almacenada disfuncionalmente a un modo adaptativo que promueva la salud psicológica. En condiciones naturales, el sistema innato de procesamiento de información (AIP: *Adaptive Information Processing System*, PAI en castellano) asimila las experiencias recientes en redes neurales ya existentes. Estas redes neurales son la base de la percepción, actitudes y conducta. Cuando este sistema funciona de modo adecuado, las experiencias nuevas son asimiladas, integrándose y conectándose con información que esta almacenada en estas redes neurales. Esta conexión con información

previa nos permite dar sentido a la experiencia, nos hace aprender y ayuda a guiarnos en el futuro (Shapiro, 2001).

Pero ante un evento traumático este sistema de procesamiento adaptativo de información (AIP) se bloquea, y en lugar de integrarse la información con el resto de las redes de memoria, esta información permanece almacenada de modo disfuncional. La memoria traumática tiene características diferentes a la memoria ordinaria. Mientras que la memoria ordinaria tiene menos viveza perceptiva y está conectada con el resto de la experiencia, la memoria traumática es incompleta o incoherente; parcializada hacia los detalles que son significativos emocionalmente, amenazantes, nuevos, o, de lo contrario, centrales al individuo. La diferencia entre la memoria traumática y la ordinaria es la que existe entre **revivir** el trauma (igual que allí y entonces) o **recordar** que nos sucedió, pero que ya es pasado.

Estas memorias almacenadas disfuncionalmente estarán conectadas en clusters o racimos, con un evento base primario, más antiguo, al que se asociarán recuerdos de eventos posteriores relacionados (memorias alimentadoras). Circunstancias ambientales pueden actuar como disparadores, activando estas redes traumáticas. Por ejemplo en una víctima de violación se reactiva la vivencia y los recuerdos asociados a la misma cada vez que su pareja la acaricia o cuando alguien o algo le recuerda el trauma.

La terapia EMDR se estructura en base a un protocolo básico en 8 fases. La adecuada conceptualización del caso y la estabilización del paciente abarcan las dos primeras fases, para pasar luego al procesamiento de la información almacenada disfuncionalmente siguiendo un procedimiento estructurado, en el que se integran elementos perceptivos, creencias, emociones y sensaciones físicas, gracias a la introducción de estimulación bilateral del cerebro (ocular, auditiva o táctil). Las últimas etapas definen el cierre de las sesiones y la reevaluación, repitiéndose las fases 3 a 8 para los distintos blancos o dianas seleccionados.

La estimulación bilateral activa y facilita la conexión entre la información relacionada con la experiencia traumática y el resto de las experiencias almacenadas en las redes neurales, integrando por lo tanto los recuerdos traumáticos con información adaptativa y funcional para el paciente. Por ejemplo una mujer abusada desde niña por su padre puede desarrollar la creencia de que es culpable, que no es digna, etc. Durante la sesión de EMDR puede tener el insight que la lleva a entender lo ocurrido y a cambiar esta creencia. A menudo la paciente con un tratamiento EMDR logra cambiar la perspectiva, llegando a la conclusión que *“tenía 3 años cuando ocurrió el abuso y por lo tanto no podía protegerme, Era mi padre el responsable de lo que estaba haciendo; él era el adulto, yo era una niña normal de 3 años, por lo tanto creo y siento ser digna”*. Como vemos, el relato de la paciente refleja que la memoria traumática inicial (fragmentada, sin palabras, sólo elementos perceptuales no integrados) se ha convertido en memoria semántica, declarativa (puede hablar sobre lo que sucedió) lo que se corresponde con los hallazgos

neurobiológicos sobre cómo funciona EMDR (Siegel, 2002; van der Kolk, 2002; Stickgold, 2002).

### **EMDR en el trastorno por estrés postraumático (TEPT)**

EMDR es una terapia orientada al tratamiento del trauma, aunque su aplicación se ha ido extendiendo a muy distintas patologías. En los últimos años su eficacia ha sido avalada por un gran número de estudios empíricos y hoy en día está reconocida como una terapia de elección para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático. En diversas Guías Clínicas se ha reconocido como una terapia efectiva y se considera un tratamiento de Categoría A (fuertemente recomendados) para el tratamiento del trauma (American Psychiatric Association, 2004; Bleich, Kotler, Kutz & Shalev, 2002; Chambless y cols, 1998; CREST, 2003; Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2004; Foa, Keane & Friedman, 2000; INSERM, 2004; National Institute for Clinical Excellence, 2005; Therapy Advisor, 2004; United Kingdom Department of Health, 2001)

Varios metaanálisis revisan los estudios disponibles concluyendo que EMDR es de eficacia igual o superior a terapias de orientación cognitivo-conductual (Bisson & Andrew, 2007; Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005; Davidson & Parker, 2001; Seidler & Wagner, 2006), sobre todo cuando es aplicado adecuadamente (Maxfield & Hyer, 2002). En algunos estudios se apunta a una de las ventajas de EMDR: una mayor eficiencia y rapidez (Van Etten y Taylor, 1998).

Diversos estudios randomizados avalan la eficacia de esta terapia en el trastorno de estrés postraumático en diversas poblaciones (Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund & Muraoka, 1998; Abbasnejad, Mahani & Zamyad, 2007; Ahmad, Larsson, Sundelin-Whalsten, 2007; Chemtob, Nakashima & Carlson, 2002; Cvtek, 2008; Hogberg y cols, 2007; Hogberg y cols, 2008; Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002; Lee, Gavriel, Drummond, Richards & Greenwald, 2002; Marcus, Marquis & Sakai, 1997; Marcus, Marquis & Sakai, 2004; Power, McGoldrick, Brown y cols, 2002; Scheck, Schaeffer & Gillette, 1998; Shapiro, 1989; Soberman, Greenwald & Rule, 2002; Taylor y cols, 2003; Vaughan, Armstrong, Gold, O'Connor, Jenneke & Tarrier, 1994; Van der Kolk, Spinazzola, Blaustein, Hopper, Hopper, Korn & Simpson, 2007; Wanders, Serra & de Jongh, 2008; Wilson, Becker & Tinker, 1995; Wilson, Becker & Tinker, 1997)

### ***El abuso sexual***

La prevalencia de los abusos sexuales parece ser mucho mayor de lo que se pensaba anteriormente, especialmente entre los pacientes psiquiátricos (Jacobson, 1989). Diversos estudios en diferentes países han encontrado una la tasa de incesto padre-hija de alrededor del 1-3% (Draijer, 1990; Russell, 1986; Finkelhor, 1979; Wyatt, 1985).

Cuando el abuso sexual ocurre en la infancia los recuerdos pueden haber sido

“borrados” (disociados). Aunque hay algunos autores escépticos respecto a la veracidad de los recuerdos traumáticos recuperados en la edad adulta o durante la terapia (Holmes, 1990; Ceci, Loftus, Leichtman & Bruck 1994), un importante volumen de estudios avalan la frecuencia de “olvido” en casos de abuso sexual. Dependiendo de si hablamos de una amnesia completa o parcial los datos de prevalencia varían desde un 59% (Briere y Conte, 1993), a 38% (Williams, 1994), hasta un 26% (Herman & Schatzow, 1987) y 19% (Loftus, Polonsky, y Fullilove, 1994).

Estos recuerdos pueden “recuperarse” durante la psicoterapia (Albach, Moormann y Bermond, 1996; Albach & Everaerd, 1992). Diversos autores han mostrado una actitud escéptica hacia estos recuerdos recuperados. Albach & Everaerd (1992) señalan diversas razones para este escepticismo. Los argumentos del siglo XIX para esta incredulidad giraban en torno a la “respetabilidad” de los posibles abusadores, restando credibilidad a las víctimas. Más tarde Freud cambia su primera teoría traumática de la histeria por el análisis de los procesos intrapsíquicos de la paciente, probablemente influido por la presión social de su época. En 1990, donde el foco principal de atención se centró en que las afirmaciones de las pacientes podían ser consecuencia de la sugestión de sus terapeutas, generalmente bajo hipnosis, creado así falsos recuerdos (Loftus 1993).

Pese a que las argumentaciones sobre falsas memorias de abuso están profundamente arraigadas entre los profesionales, los estudios empíricos ofrecen una evidencia creciente de que en su mayoría los recuerdos recuperados son verídicos y pueden en muchas ocasiones confirmarse por informaciones externas. Janet (1889), Herman y Schatzow (1987), Van der Hart (1991) y Whitfield (1995) así como muchos otros llamados los terapeutas del trauma sostienen que las afirmaciones de los pacientes se basan en recuerdos de acontecimientos reales, que habían sido “olvidados”, y que se “recuperaban” luego. Algunos de ellos incluso sostienen que el éxito del tratamiento depende de la recuperación de estos recuerdos (Bass y Davis, 1988; Claridge, 1992; Courtois, 1992; Frederickson, 1992; Gelinias, 1983; Olio, 1989).

La actitud del terapeuta ante un paciente que desvela un abuso sexual ha de ser respetuosa y cuidadosa. Los trabajos anteriormente citados han de hacernos pensar que un recuerdo recuperado de abuso sexual no debe ser puesto sistemáticamente bajo sospecha. Pero es cierto que una exploración muy dirigida puede modificar un recuerdo o inducir al paciente a sacar conclusiones prematuras o erróneas. El manejo de esta situación requiere una particular posición y acompañamiento por parte del terapeuta (Van der Hart & Nijenhuis, 1999)

### **EMDR en Abuso Sexual**

Todo lo descrito anteriormente ha de ser tenido en cuenta a la hora de aplicar EMDR en casos de abuso sexual. En un paciente sin una historia traumática grave,

la conceptualización del caso con EMDR puede hacerse con un protocolo de tratamiento estándar ya que clínicamente se presenta como un trastorno de estrés postraumático. En pacientes con un abuso sexual que ocurre inmerso en una historia de trauma temprano, crónico y grave, el manejo de la terapia con EMDR habrá de incluir modificaciones en el procedimiento.

La eficacia de EMDR en casos de adultos abusados sexualmente en la infancia ha sido avalado por estudios empíricos (Edmond, Rubin & Wambach, 1999; Parnell, 1999) mostrando una mayor eficacia de EMDR frente al tratamiento habitual. En víctimas de violación los resultados son muy buenos con muy pocas sesiones (Rothbaum, 1997). Los supervivientes refieren una mayor resolución del trauma con EMDR frente a terapia ecléctica (Edmond, Sloan & McCarty, 2004). En comparación con Terapia Cognitivo Conductual EMDR muestra mayor eficiencia, precisándose aproximadamente la mitad de sesiones que con TCC (Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Dolatabadim & Zand, 2004; Rothbaum, Astin & Marsteller, 2005). La eficacia del tratamiento con EMDR se mantiene a los 18 meses de seguimiento (Edmond & Rubin, 2004)

Además de lo anterior, resulta prometedor, aunque se trate de un estudio aislado, que se hayan encontrado resultados positivos en abusadores sexuales (Ricci, Clayton & Shapiro, 2006; Datta & Wallace, 1994). Teniendo en cuenta que muchos abusadores sexuales tienen su propia historia de abuso, estudios en desarrollo (Fernandez y cols) trabajan usando como dianas de EMDR estas memorias del abuso temprano, maltrato o negligencia sufridos por los abusadores, tras lo cual parecen entender de dónde vienen sus tendencias y ser más capaces de empatizar con sus víctimas, uno de los objetivos de los abordajes clásicos con abusadores sexuales (Hanson & Bussiere, 1998)

Aparte del tratamiento de un abuso o agresión sexual que cumple criterios de trastorno de estrés postraumático (TEPT), en el que el tratamiento con EMDR ha demostrado una alta eficacia, hay dos situaciones específicas, que pueden ser tratadas efectivamente con EMDR, pero requieren consideraciones particulares. Una es cuando los recuerdos de abuso sexual no eran accesibles para el paciente y surgen en la sesión de terapia o posteriormente a ella. Dado que EMDR es una terapia muy poco directiva la posibilidad de que sea el terapeuta el que sugiere o induce al paciente es muchísimo más baja que en otras orientaciones terapéuticas. El terapeuta pregunta únicamente al paciente, en medio de la cadena de asociaciones, “qué te viene”. Es difícil pensar que este comentario tan neutral pueda ser el causante de recordar un evento tan traumático como un abuso. Esto ocurre incluso en casos que acuden por una situación que no parece tener relación con abusos (por ejemplo una fobia). Una vez accesibles, estos recuerdos y evaluados los recursos de regulación emocional del paciente, pueden ser procesados con el procedimiento estándar de EMDR.

Otra situación particular es la presencia de psicopatología postraumática grave

como trastornos disociativos, trastornos conversivos, trastorno límite de personalidad o trastornos por somatización. Estos casos pueden ser tratados de modo efectivo con EMDR, pero precisan modificaciones en el plan terapéutico y en el protocolo de aplicación, de cara a garantizar que el procesamiento del trauma se haga después de una adecuada estabilización del paciente. Esta área está en desarrollo y habrá de ser evaluada en profundidad, aunque hay algunos estudios (Korn & Leeds, 2002) que presentan resultados positivos.

### **Caso 1. Estrés postraumático simple.**

Mujer de 34 años que acude a consulta tras una violación por parte de un desconocido. No presenta antecedentes de historia traumática previa grave.

La paciente refiere que la parte peor del recuerdo de la violación es la imagen de la cara del violador. Pensando en esa imagen aun meses después se dice: *“estoy en peligro”*. La creencia positiva, a la que apenas da validez inicialmente sería *“estoy segura”*. El nivel de perturbación que le produce inicialmente es muy alto y se asocia a una sensación de presión en la garganta (el agresor la tenía cogida por el cuello durante la violación).

Durante el procesamiento EMDR la paciente refiere diversos momentos del abuso, llegando a focalizar positivamente, sin ninguna intervención por parte del terapeuta, al momento en que la agresión acabó y al apoyo que recibió de su familia y sus amigos.

Siguiendo el protocolo EMDR, al volver al recuerdo lo ve cada vez más borroso y con más distancia, reflejando el cambio que se está produciendo de una memoria traumática (recuerdos fragmentados, de gran riqueza sensorial) a una memoria ordinaria. La sesión termina con un recuerdo que se experimenta como mucho más lejano *“ya se acabó, quiero recuperar mi vida”* sin ninguna perturbación a nivel emocional ni somático. Tras esta sesión la paciente ya no presentó flashbacks ni pesadillas y recuperó un buen nivel de funcionamiento. Se requirieron algunas sesiones más centradas en otros blancos (el juicio, traumas “t” previos), pero la intervención abarcó en conjunto 8 sesiones de terapia, y tras un tiempo de seguimiento la paciente continuaba asintomática. Una vez finalizado el procesamiento, la paciente recordaba el hecho (el EMDR no borra los recuerdos), pero lograba recordarlo sin las emociones que la agobiaban antes y con una creencia positiva, sintiéndose segura.

### **Caso 2. Un recuerdo de abuso sexual “recuperado” en terapia. Traumatización compleja.**

Paciente de 28 años, con trastorno límite de personalidad y trastorno disociativo.

Es derivada a consulta tras un intento de suicidio. Refiere que no tiene control sobre sí misma, que se autolesiona para *“desconectar”*, *“sentir que existe”* y *“volver a la realidad”*. Dice que *“todos los hombres son unos cerdos”*. En ocasiones tras

salir, beber y consumir cocaína se despierta sin recordar qué ha pasado la noche anterior. A veces recuerda que se “acuesta con hombres”, refiere que es para “castigarles”, que ahí es “ella la que tiene el control”. La paciente presenta conductas promiscuas y de riesgo frecuentes. Cuando acude a terapia tiene pareja estable pero desconfía de él y se vuelve “paranoica”, *“veo cosas donde no las hay, no sé cómo me aguanta”*. Actitud sexual activa, disfruta con el sexo y no refiere problemas destacables en esta área. No obstante su pareja dice que en ocasiones, tras mantener relaciones sexuales, ella se pone en postura fetal como “ida” y él se siente un “cerdo violador”. La paciente necesita depilarse de manera compulsiva, no soporta tener pelo en sus partes íntimas y en ocasiones se hace daño aunque no entiende por qué lo hace.

La paciente no tiene recuerdos de la infancia y tiene dificultades para rellenar las escalas de valoración por “no saber qué contestar”. Como diana para trabajar seleccionamos una escena de agresión (paliza severa) por parte de su expareja (con orden de alejamiento por malos tratos). Considera que esta relación le ha afectado mucho aunque explica que antes de eso ya tenía problemas “siempre me he sentido insegura”, “nunca he podido confiar en los hombres”. El procesamiento de EMDR se bloquea porque la paciente presenta síntomas disociativos y pierde la orientación al presente. Tras esta sesión acude a consulta muy desestabilizada, con ganas de cortarse y hacerse daño porque “necesita desconectar y bloquear sus pensamientos”. Explica que durante una discusión con su padre éste se acerca a ella para tranquilizarla con un abrazo y la paciente estalla, llamándole “abusador” y “cerdo”. También comenta que cree que se ha estado haciendo cortes y consumiendo drogas “para no pensar” y que durante este tiempo se ha acordado de varias situaciones de abuso con su padre, siendo una de las primeras cuando él está en la bañera y la llama para que vaya *“cuando voy, me enseña su pene y me quedo bloqueada, no recuerdo más pero sé que hay más cosas, me doy asco”*. También recuerda *“cómo se acostaban juntos mientras yo estaba en cama con ellos, me sentía muy incómoda y me hacía la dormida”*

Se continúan usando procedimientos de EMDR, pero esta vez diferentes al protocolo standard: se instalan recursos (incluyendo orientación a la realidad, ejercicios de co-consciencia, etc) y se aborda la fragmentación mental combinando el procesamiento EMDR con el trabajo con partes disociativas (procesamiento de fobias disociativas, procedimiento modificado de la mesa disociativa, etc). Tras una fase de preparación incluyendo estas intervenciones específicas, se comienzan a procesar los eventos traumáticos que incluyeron muchos traumas “t” relacionados con la relación de apego con los cuidadores primarios y diversos traumas “T” como el abuso sexual. A lo largo de este proceso la paciente consigue dejar de autolesionarse, de consumir drogas y a estar más en contacto con la realidad.

Durante una de las sesiones de EMDR la paciente recordó que la madre había reconocido que “sabía que pasaban cosas pero que ella no podía hacer nada porque

dependía de él emocionalmente y económicamente”. Esto lo había mencionado la madre mucho tiempo después, hablando de problemas familiares y la paciente lo había registrado en la memoria. Durante la sesión de EMDR conectó esta información y fue positivo porque le dio la pauta de lo que pasaba y de la complejidad y la gravedad de lo que ocurría en la familia.

Al finalizar la terapia la paciente está asintomática y su capacidad para establecer relaciones interpersonales adecuadas ha mejorado notablemente. Su funcionamiento en diversas áreas es más adaptado y su satisfacción global es mucho mayor. Puede narrar su historia entendiendo cómo afectó a su vida, y aprendiendo de ello, pero sin que condicione sus decisiones en el presente. Tiene una perspectiva positiva y esperanzada sobre su futuro.

## **Conclusiones**

EMDR es una terapia que ha demostrado su eficacia en casos de abuso sexual. La aplicación de los procedimientos habrá que adaptarla al tipo de trauma que presenta el paciente, habiendo de manejarse procedimientos modificados en los casos de traumatización compleja. La terapia EMDR trabaja sobre el recuerdo del trauma y lo procesa, contribuyendo a elaborar las emociones y las creencias negativas. Por lo tanto supone un aporte importante al campo de la psicoterapia y del trauma psíquico.

---

*La terapia EMDR ha obtenido reconocimiento internacional como tratamiento de elección para el trastorno de estrés postraumático, aunque su utilización se ha extendido a numerosas patologías. Desde EMDR se entiende que el origen de los síntomas está en experiencias traumáticas previas que se almacenan en el cerebro de una manera disfuncional. La resolución de los problemas presentes del paciente se consigue a través del procesamiento de las memorias traumáticas, que se reconsolidarán como memorias ordinarias. El procedimiento estándar incluye no sólo el procesamiento de eventos pasados, sino también de las situaciones presentes y la proyección de futuro.*

*Para su aplicación específica en casos de abuso sexual es preciso tener en cuenta si se trata de un abuso temprano y/o prolongado, sobre todo un abuso sexual intrafamiliar, ya que las consecuencias en este caso van más allá de un estrés postraumático simple, como ocurre en un episodio aislado de agresión sexual en un paciente con una historia previa sin elementos de traumatización grave temprana.*

*En este artículo se ejemplificará con casos clínicos la aplicación diferencial en ambos casos.*

*Palabras clave: EMDR, abuso sexual, trauma, psicoterapia, estrés postraumático.*

## Referencias Bibliográficas

- Abbasnejad, M. Mahani, K. N. & Zamyad, A. (2007). Efficacy of “eye movement desensitization and reprocessing” in reducing anxiety and unpleasant feelings due to earthquake experience. *Psychological Research*, 9(3-4), 104-117.
- Ahmad A, Larsson B, Sundelin-Whalsten V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*, 61, 349-54.
- Albach, F, Moormann, P y Bermond, B. (1996). Memory recovery of Childhood Sexual Abuse. *Dissociation*. Vol IX, N° 4.
- Albach, F. & Everaerd, W. (1992). Post-traumatic stress symptoms in victims of childhood incest. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 4, 143-151.
- American Psychiatric Association (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines
- Bass, E. & Davis, L. (1988). *The courage to heal: A guide for women survivors of child sexual abuse*. New York: Harper & Row.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.
- Bleich, A., Kotler, M., Kutz, I. & Shalev, A. (2002) A position paper of the (Israeli) National Council for Mental Health: *Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community*. Jerusalem, Israel.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Briere, J. & Conte, J. (1993). Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 21-31. Briere, J. & Runtz, M. (1987). Post-sexual abuse trauma. Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 367-379. Williams, 1994
- Carlson, J., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L & Muraoka, M.Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3-24.
- Ceci, S. J., Loftus, E. F., Leichtman, M. & Bruck, M. (1994). The possible role of source misattributions in the creation of false beliefs among preschoolers. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 304-320.
- Claridge, K (1992). Reconstructing memories of abuse: A theory based approach. *Psychotherapy*, 29, 243-252.
- Courtois, C.A. (1992). The memory retrieval process in incest survivor therapy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1, 15-32.
- CREST (2003). *The management of post traumatic stress disorder in adults. A publication of the Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety*, Belfast.
- Cvtek, R. (2008). EMDR treatment of distressful experiences that fail to meet the criteria for PTSD. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 2-14.
- Chambless, D.L. et al. (1998). Update of empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chemtob, C.M., Nakashima, J. & Carlson, J.G. (2002). Brief-treatment for elementary school children with disaster-related PTSD: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99-112.
- Datta, P. C. & Wallace, J. (1994, May). *Treatment of sexual traumas of sex offenders using Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Paper presented at the 11th annual symposium in Forensic Psychology, San Francisco, CA.
- Davidson, P.R. & Parker, K.C.H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305-316.
- Department of Veterans Affairs & Department of Defense (2004). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management Of Post-Traumatic Stress*. Washington, DC. Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense. Office of Quality and Performance publication 10Q-CPG/PTSD-04.
- Draijer, N. (1990) *Seksuele traumatisering in de jeugd. Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten. [Sexual traumatization in childhood. Psychiatric sequelae of childhood incest]*. Amsterdam: SUA.

- Edmond T & Rubin A. (2004). Assessing the long-term effects of EMDR: results from an 18-month follow-up study with adult female survivors of CSA. *Journal Of Child Sexual Abuse. Vol. 13* (1), pp. 69-86.
- Edmond, T., Rubin, A. & Wambach, K. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research, 23*, 103-116.
- Edmond, T., Sloan, L. & McCarty, D. (2004) Sexual abuse survivors' perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy: A mixed-methods study. *Research on Social Work Practice, 14*, 259-272.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: The Free Press.
- Foa, E.B., Keane, T.M. & Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Frederickson, R. (1992). *Repressed memories: A journey to recovery from sexual abuse*. New York: Simon & Schuster.
- Gelinas, D. (1983). The persisting negative effects of incest. *Psychiatry, 46*, 313-332.
- Hanson, R.K. & Bussiere, M.T. (1998). Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J. Consulting and Clinical Psychology, 66*, pp. 348-362.
- Herman, J. L. & Schatzow, E. (1987) . Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology, 4*, 1-14.
- Hogberg, G. et al., (2007). On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers: A randomized controlled study. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*, 54-61.
- Hogberg, G. et al., (2008). Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: Outcome is stable in 35-month follow-up: *Psychiatry Research, 159*, 101-108.
- Holmes, D. (1990). *The evidence for repression: An examination of sixty years of research*. In J.L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation*, (pp. 85-102). Chicago: University of Chicago Press. Ceci & Loftus, 1994
- INSERM (2004). *Psychotherapy: An evaluation of three approaches*. French National Institute of Health and Medical Research, Paris, France.
- Ironson, G.I., Freund, B., Strauss, J.L. & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 113-128.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Dolatabadim S. & Zand, S.O. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 358-368.
- Jacobson, A. (1989). Physical and sexual assault histories among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 146*, 755-758.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Felix Alcan.
- Korn, D. & Leeds, A. (2002). Preliminary evidence of the efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 58* (12). 1465-1487.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J. & Greenwald, R. (2002). Treatment of post-traumatic stress disorder: A comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1071-1089.
- Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist, 48*, 518-537.
- Loftus, E.F., Polonsky, S. & Fullilove, M. (1994). Memories of childhood sexual abuse: Remembering and repressing. *Psychology of Women Quarterly, 18*, 67-84.
- Marcus, S., Marquis, P. & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy, 34*, 307-315
- Marcus, S., Marquis, P. & Sakai, C. (2004). Three- and 6-month follow-up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting. *International Journal of Stress Management, 11*, 195-208.
- Maxfield, L. & Hyer, L.A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 23-41
- National Institute for Clinical Excellence (2005). *Post traumatic stress disorder (PTSD): The management of adults and children in primary and secondary care*. London: NICE Guidelines.
- Olio, KA. (1989). Memory retrieval in the treatment of adult survivors of sexual abuse. *Transactional Analysis Journal, 19*, 93-100.
- Parnell, L. (1999). *EMDR in the treatment of adults abused as children*. New York, NY: Norton.
- Power, K.G., McGoldrick, T., Brown, K., et al. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring, versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 299-318.
- Ricci, R. J., Clayton, C. A. & Shapiro, F. (2006) Some effects of EMDR treatment with previously abused child molesters: Theoretical reviews and preliminary findings. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 17*, 538-562.

- Rothbaum, B. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Meminger Clinic*, 61, 317-334.
- Rothbaum, B.O., Astin, M.C. & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607-616.
- Russell, D.E.H. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books.
- Scheck, M., Schaeffer, J.A. & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 25-44.
- Seidler, G.H. & Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515-1522.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2007). *EMDR and case conceptualization from an adaptive information processing perspective*. In F. Shapiro, F. Kaslow & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. 3-36). New York: Wiley.
- Siegel, D. J. (2002). *The developing mind and the resolution of trauma: Some ideas about information processing and an interpersonal neurobiology of psychotherapy*. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 85-122). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Soberman, G. B., Greenwald, R. & Rule, D. L. (2002). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 6, 217-236.
- Solomon, R & Shapiro, F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. Potential Mechanisms of Change *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 2, Number 4, pp 315-325.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61-75.
- Taylor, S. et al. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.
- Therapy Advisor (2004): [www.therapyadvisor.com](http://www.therapyadvisor.com)
- United Kingdom Department of Health. (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counselling evidence based clinical practice guideline*. London, England.
- Van der Hart, O. & Nijenhuis, E. (1999). Bearing Witness to Uncorroborated Trauma: The Clinician's Development of a Reflective Believe. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol 30. Nº 1. 37-44.
- Van der Kolk, B. A. (2002). *Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma*. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 57-84). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Van Etten, M. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Vaughan, K., Armstrong, M.F., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W. & 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 & Experimental Psychiatry*, 25, 283-291.
- Wanders, F., Serra, M. & de Jongh, A. (2008). EMDR Versus CBT for Children With Self-Esteem and Behavioral Problems: A Randomized Controlled Trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 180-189.
- Williams, L.M. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-1176.
- Whitfield, C.L. (1995). *Memory and abuse. Remembering and healing the effects of trauma*. Florida: Health Communications Inc.
- Wilson, S., Becker, L.A. & Tinker, R.H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.
- Wilson, S., Becker, L.A. & Tinker, R.H. (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment of post-traumatic stress disorder and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1047-1056.
- Wyatt, G.E. (1985) The sexual abuse of Afro-American and white-American women in childhood. *Child Abuse and Neglect*, 9, 507-519.

## IV CONGRESO NACIONAL DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

# La intersubjetividad en psicoterapia. Retos para la intervención

Barcelona 21, 22 y 23 de octubre de 2010

<http://congressos.blanquerna.url.edu/psicognitival>



### PRESENTACIÓN

En este IV Congreso de psicoterapias cognitivas se quiere prestar atención a un concepto que no es reciente pero que ha cobrado fuerza en la actualidad: LA INTERSUBJETIVIDAD EN PSICOLOGIA, de la relevancia que adquiere la interacción y el lenguaje en el ámbito psicológico.

Para los científicos y psicólogos, hace referencia a la experiencia y cognición compartidas, como parte esencial de la construcción de nuestras ideas, creencias y relaciones. Construcción de un significado que se realiza entre dos o más personas; la modalidad a través de la cual un sujeto

que interacciona con otra mente en el momento de su formación y evolución durante el ciclo de la vida.

La interacción se da en el plano de la intersubjetividad. La relación entre el *yo* y el *otro* como punto de partida para la construcción social de la realidad, influyendo sobre el otro y recibiendo a la vez su influencia. Partimos de la premisa que el sí mismo nace y se hace en la experiencia relacional, que es indisoluble de la matriz de relaciones cotidianas y que su contenido y estructura afectan al bienestar psicológico. En este sentido, la psicoterapia no puede obviar los procesos dialógicos que contribuyen a configurar, en parte, a ese sí mismo que está en continuo proceso de reconstrucción y que encuentra en el espacio terapéutico el contexto idóneo para revisar y desarrollar dicho proceso.

El propio congreso es una experiencia intersubjetiva donde daremos a conocer los trabajos de diferentes terapias cognitivas, desde distintos ámbitos, y creando un intercambio de vivencias y conocimientos entre los profesionales.

Miembros ASEPCO estudiantes y suscriptores de la revista de psicoterapia (*):	175 €
Resto:	275 €

(\*): deben demostrar su condición aportando copia acreditativa.

Plazas limitadas. La matrícula se realizará por riguroso orden de inscripción.

Organizan:



ASEPCO

<http://www.terapiacognitiva.net/>



Facultat de Psicologia, Ciències  
de l'Educació i de l'Esport Blanquerna  
Universitat Ramon Llull

<http://www.blanquerna.url.edu/>

# EMDR EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: REVISIÓN

Raquel Quílez Pardos

Facultad de Ciencias de la Salud. Blanquerna. Universidad Ramon Llull. Barcelona  
raquelqp@copc.com

*The Disorder of Feeding Behavior is an specific syndrome with a complex origin and multidimensional affectation, which treatment should be able to go beyond the surface. Disorder of Feeding Behavior clinicians have in EMDR a psychological approach able to give an effective response. This article present a bibliographic review about the EMDR efficacy with Disorders of Feeding Behavior as of other studies and dates about different aspects that we can see in the patient and in the use of 8 phases of EMDR. We present dates about thinness wish, shame and control, defensive conditioned reactions, body image, attachment difficulties, physical, sexual mistreatment, neglect, dissociation, impulse uncontrol, emotional anesthesia, self-mutilation, limits need, labels, male attachment figure, disfuncional families, etc.*

Keywords: Disorder of Feeding Behavior, EMDR, dissociation, trauma, diet

---

*“Cuando algo me hace daño, empiezo a comer, y en esos minutos o horas, nada duele sólo hay placer. Únicamente el momento de acabar de comer devuelve una herida doblemente dolorosa. La realidad que no se ha resuelto y la decepción hacia con uno mismo por haber vuelto a caer en los atracones, algo que en sí mismo, es ya doloroso”*

*Método de anestesia emocional*

*Se debe trabajar el dolor emocional del pasado para poder vivir, funcionalmente, libre de él en el futuro*

*Hartarse de que todos hagan el amor contigo*

## Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de trastornos que se caracterizan por graves alteraciones, tanto a nivel conductual, como

cognitivo y emocional, que se pueden acompañar de experiencias traumáticas en su historia vital y por supuesto dificultades de apego, Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). Los TCA son síndromes diagnósticos concretos sin una patogénesis simple, por lo que requerirán una evaluación multidimensional que abarque, tanto su globalidad como su complejidad. Dada pues su naturaleza y alcance, los TCA afectan extensivamente a la alimentación, al ámbito interpersonal y al intrapersonal (a nivel de cognición, emoción y sistemas de acción), lo intrafamiliar y lo social/cultural (Schulherr, S. 2005). Así mismo, a nivel evolutivo se da en una horquilla cada vez mayor, que abarca desde la infancia, cada vez más temprana, la adolescencia y la adultez. Y aunque en el conjunto cada vez se constata más prevalencia, disminuye progresivamente la severidad de los casos (Irena et al., 2001). Dos grandes temas nucleares deben tenerse en cuenta en los TCA, el deseo de delgadez con el control-perfección del que se acompaña, y la necesidad de no escuchar o atender determinadas emociones-sentimientos (anestesia emocional).

### **Tratamiento del TCA**

La Terapia cognitivo conductual, ha sido la terapia de elección para los TCA y de hecho en un gran número de centros hospitalarios todavía lo sigue siendo. Fairburn y Wilson, (1993) afirman “la TCC es significativamente más eficaz o al menos tan efectiva, como cualquier forma de psicoterapia con la que se ha comparado”. Sin embargo, en las pasadas dos décadas, un creciente número de profesionales de la salud mental están escogiendo el modelo EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) por su eficacia, teniendo en cuenta que presenta diferentes postulaciones y no un mecanismo especificado de acción (Gunter, R. W. y Bodner, G. E. 2009). En constante desarrollo, EMDRIA (2009) define EMDR como un enfoque de psicoterapia integradora, gradual y validado científicamente basado en la teoría de que gran parte de la psicopatología es debido a la experiencia traumática o acontecimientos dolorosos de la vida. Esto genera el deterioro de la capacidad innata del cliente para procesar e integrar la experiencia o experiencias en el sistema nervioso central. El núcleo del tratamiento EMDR implica la activación de los componentes de la memoria traumática o acontecimientos vitales perturbadores y la vinculación de estos componentes con estimulación bilateral del cerebro.... Este proceso parece facilitar la reanudación del procesamiento e integración normal de la información. Este método de tratamiento puede generar una reducción de los síntomas, disminución de la angustia, visión mejorada del yo, mejora de la sintomatología corporal, y la resolución de presentes y futuros disparadores<sup>1</sup>. Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999) explican que los TCA presentan reacciones defensivas condicionadas, que se manifiestan automáticamente de manera rápida e intensa ante estímulos internos o externos, conscientes o inconscientes (disparadores que deberán tratar de identificarse). Dicho aprendizaje condicionado explica su resistencia al cambio, la cual será mayor si el trauma se ha

producido a edades bien tempranas. Por todo esto, es necesario tratar los TCA con un modelo terapéutico que permita un trabajo más en profundidad y no únicamente desde áreas cerebrales que implican exclusivamente procesamiento cognitivo (frontales).

### **Historia del tratamiento de los TCA con EMDR**

El primer estudio que se reporta sobre EMDR y TCA y con resultados positivos cumple en breve 20 años (Marquis, J., 1991). Años después Hudson, J.I., Chase, E.A. y Pope, Jr. en 1996, estudian de una manera más extensa la eficacia del EMDR en TCA, así como los beneficios y riesgos del uso del EMDR en este tipo de pacientes. En su escrito expone la escasa existencia y producción de artículos en los que se estudie la eficacia de los tratamientos. Igualmente constata la falta de un protocolo estandarizado o unos criterios uniformes que guíen la práctica en estos casos. Así, encuentra sólo un estudio que presenta resultados positivos. Ante esto se han de tener en cuenta varias consideraciones, como que de ello hace más de 14 años, el gran incremento de terapeutas que ahora practican EMDR y el hecho inequívoco que desde entonces el EMDR ha ido evolucionando como modelo terapéutico. Ya en esta década, otro artículo que realizó Kowal, J.A. en 2005 reporta resultados satisfactorios tanto en cambio de conductas concretas relacionadas, como a nivel del QEEG (Quantitative EEG que mide la actividad cerebral relacionada con conductas, emociones y desempeño) en un caso de PTSD y bulimia nerviosa. Recientemente, Bloomgarden, A y Calogero, R.M. (2008) estudian el tema centrándose en la percepción o imagen negativa del cuerpo. Estadísticamente, no encuentran diferencias significativas entre los resultados aplicando únicamente su protocolo para TCA (P-TCA) y los producidos conjuntamente por (P-TCA) incluyendo EMDR. Hay que tener en cuenta que, aunque no es objeto de este escrito hacer una revisión crítica de la bibliografía, hay detalles en la metodología de este estudio que se podrían discutir, entre los cuales está el hecho de utilizar una media de 4,31 sesiones de EMDR con una SD=1.96, lo cual deja a algún paciente por debajo de 2.5 sesiones. Por último cabe citar un artículo con muy buenos resultados, que estudia el uso del EMDR en el caso de la fobia por ahogamiento o atragantamiento (Choking phobia) que en niños y adolescentes puede provocar secundariamente anorexia. (De **Roos, C.** y De **Jongh, A.** 2008).

### **¿Por qué aparece el TCA?**

Un TCA es la punta del iceberg. Lo que se halla bajo la línea de flotación, es decir, lo que alimenta o genera la parte visible, se ha gestado a lo largo de los años y es siempre de grandes dimensiones. Cada caso de TCA, para ser correcta y definitivamente resuelto, debe estudiarse buscando todos sus componentes. Desde un enfoque EMDR deben tenerse especialmente en cuenta los siguientes:

Desde un componente biológico, son muy determinantes los cambios físicos

que el cuerpo experimenta desde la pubertad. Concretamente sobre la anorexia Van der Hart, O y Solomon, R. (2010). afirmaron “dejan de comer porque la parte emocional no se reconoce en aquel cuerpo adolescente que se va desarrollando”.

Desde un componente psicológico, es importante tener en cuenta los factores de riesgo en la fase 2 (preparación). Entre estos está la baja autoestima, algunas variables de personalidad, un alto nivel de neuroticismo, (Sancho, C. 2009). Como factores más destacados es obligado contemplar el alto nivel de perfeccionismo y la omnipresente insatisfacción con la imagen corporal. A este respecto, se ha descrito también la influencia de momentos atemorizantes del desarrollo. Concretamente, el inicio de la responsabilidad en la edad adulta o la aparición del tema “chicos” en la pubertad (Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. 1999). Este punto debe tenerse particularmente en cuenta, por lo que pudieran despertar del pasado los disparadores presentes.

Desde el componente comportamental, debe atenderse la presencia de una dieta restrictiva y/o el ejercicio excesivo que responden al “deseo de delgadez”. Este término fue postulado por el Dr. Toro, psiquiatra especializado en TCA, como un factor que ha llevado a nuestra sociedad a experimentar una epidemia de este tipo de trastornos. El deseo de un cuerpo delgado es en sí mismo, desencadenante pero a la vez factor de mantenimiento del trastorno.

Desde un componente familiar debe observarse si los valores van encaminados hacia el énfasis del atractivo físico, admiración de la delgadez, si se dedica mucha atención y tiempo a todo lo relacionado con la alimentación y si se observa un excesivo interés hacia una figura corporal ideal. En este tipo de familias los hijos crecieron interiorizando el malestar de los progenitores ante la gente obesa o incluso ante la gente imperfecta. Asimismo, debe incluirse en la evaluación las dinámicas familiares de tres generaciones y si en el presente hay otros miembros con depresión o dificultades financieras. Dentro de lo vinculado a lo familiar, se debe estudiar minuciosamente la muy posible presencia de un trastorno de apego ya que está ampliamente demostrada la asociación entre apego inseguro y los TCA (Troisi, Di Lorenzo, Alcini, Nanni, Di Pasquale & Siracusano, 2006 ; Elgin, & Pritchard; 2006 y Zachrisson, H.D, y Skårderud, F. 2010).

Otro eje desde el que puede justificarse la presencia de un TCA es que el trastorno aporta capacidad de controlar el malestar emocional que se derivó de un/ os momento/s concreto/s de su vida y que sigue manteniéndose necesario a pesar de que la realidad en la actualidad sea otra, algo más funcional. Esto lleva a que el individuo no haya desarrollado otras herramientas de manejo del distrés emocional más adaptativo, sin el uso del ayuno/control del peso o del atracón. Eso justificará una especial atención en la fase 2 de EMDR. Por todo esto, es fundamental un entrenamiento en autoconocimiento emocional.

El hecho de que un trauma contribuya a la aparición de TCA depende de la edad en la que se produzca dicho T o t<sup>2</sup>, en la combinación de edad más precoz,

afectación más severa al provocar esta T o t una activación de mecanismos de defensa más primitivos. Obviamente, mediante aprendizaje se establecen patrones de reacción disfuncional con gran resistencia al cambio Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). Como exponen Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999) siguiendo a Nijenhuis, E.R.S. y Vanderlinden, J. (1995), las defensas de animales y humanos ante una amenaza provocan, no únicamente una reacción defensiva de congelamiento (responsabilidad de la amígdala), sino también otra relacionada con los TCA y es a través de una alteración radical de las pautas alimentarias. Fanselow, M.S. y Lester, L.S. (1988) citados en la misma obra complementan la aportación al especificar que ante un eminente peligro, para mantener una capacidad de plena atención al peligro, un tipo de reacción puede ser el mantener una gran activación acompañada de un período de larga abstinencia alimentaria seguido de breves y rápidos atracones

### **TCA, disociación y control de impulsos**

El trabajo con TCA se debe llevar a cabo con un mimo especial, establecer una buena relación terapéutica, escoger inicios motivadores pero delicados y es que en TCA se producen frecuentes abandonos de terapia. Para prevenir esto, además de lo anteriormente citado, debe tenerse en cuenta que el TCA es un paciente que en un porcentaje elevado presenta una complicada historia de trauma, maltrato o abuso. Se ha demostrado que detrás de este tipo de trastornos puede existir una grave historia de abuso. Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). Cabe destacar por eso, como demuestra el estudio de Gleaves, D.H. y Eberenz, K.P. (1994), que en el caso de abuso sexual, este no puede incluirse en los factores de riesgo de los TCA pero sí relacionarse con un mal pronóstico. Y aunque en la década de los 80 los estudios se centraron en abuso físico y sexual, otros tipos se constatan a diario como el son el abuso por negligencia, el maltrato psicológico y el emocional. Estas modalidades han sido atendidas en los años 90 en estudios como Schmidt et al. (1993) y Rorty et al (1994a y 1994b) Vanderlinden, J., Vandereycken, W. y Probst, M. (1995).

Para conocer el alcance del trauma y diseñar mejor la intervención, es necesario conocer detalladamente el abuso que se ha cometido; identificar el alcance de ello y la existencia de algún posible grado de disociación que pudiera llevar a la terapia, en el caso de no identificarlo, a un estancamiento y/o abandono

Debido a todo lo anteriormente citado, es obligado el estudio en cada caso de la posible presencia de un trastorno disociativo. Uno de los primeros autores que identificó la importancia de evaluar síntomas disociativos en los TCA fue Torem, M.S. (1986a, 1986b, 1987, 1990, 1993), siendo Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999) quienes estudiaron la relación significativa de estos con la presencia de autolesiones. Concretamente dentro de los TCA se relaciona mayormente disociación y conductas bulímicas, Everill, T.J. y Waller G. 1995; Everill, T.J., Waller G.

y Macdonald, W. (1995); Dalle Grave, R, Rigamonti, R., y Todisco, P. (1995); específicamente en lo que el DSM-IV-R definiría como Anorexia tipo compulsivo/purgativo y bulimia en sus dos variantes, purgativo y no purgativo. Dalle Grave et al (1995), Everill et al (1995) entre otros, destacan que síntomas disociativos aparecen relacionados de manera significativa al compararlo con muestras no clínicas, con TCA, principalmente con bulimia (con normopeso) y anorexia (del tipo compulsivo-purgativa).

Sanfiz, J. (2007) explicó concretamente sobre la bulimia: “Los atracones en algunos casos de bulimia nacen de trauma complejo anterior. Son manifestaciones de PE (partes emocionales) muy ansiosas y muy fóbicas que pretenden calmar su estado emocional con la comida, e imponen el atracón compulsivo a una PAN (parte aparentemente normal de la personalidad). Cuando acaba esta acción, otra parte emocional o la PAN que no acepta esta dinámica, puede provocar el vómito”

Un componente popularmente conocido de los TCA, es la asociación existente con el descontrol de los impulsos. Las conductas adictivas a sustancias como el alcohol, drogas, tabaco, o del tipo robo, o adicción al sexo, están ampliamente descritas y estudiadas en la literatura de los TCA, como demuestra la revisión bibliográfica de Holderness, C.C., Brooks-Gunn, J. Y Warren, M.P. (2003). El descontrol de los impulsos es un factor que siempre debe ser cuidadosamente tenido en cuenta en la evaluación y el tratamiento que planteamos en este tipo de psicopatología. Una vez eliminada la conducta alimentaria disfuncional, debe preverse una cautelosa atención a que el alivio del componente ansiógeno que se hallaba vinculado a los alimentos, no se vea desviado ante una nueva y/o diferente compulsión. Además del descontrol de impulsos, en comorbilidad con los TCA, deberemos atender con suma atención los trastornos del estado de ánimo, ansiedad (Godart, N. T.; Flament, M. F.; Lecrubier, Y. y Jeammet, P., 2000); Swinbourne, J.M. y Touyz, S.W. (2007). y la personalidad borderline. Brauna, D.L.; Sundaya, S. R. y Lamía. K. A. (1994).

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta en este tipo de pacientes, es la posible existencia de automutilaciones, ya que se da en un gran número de casos, de una u otra manera, desde las típicas incisiones finas en diferentes partes del cuerpo como brazos, piernas, manos, etc, como al clavarse las uñas en la misma periferia de la base de la uña, o morderse la piel de los nudillos, etc. Siempre al encontrarnos ante este fenómeno, hemos de pensar en una actitud negativa hacia el propio cuerpo que debe ser minuciosamente estudiada en sí misma, así como la identificación de una posible disociación, Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). En la misma obra los autores explican, que con el fin de establecer dianas<sup>3</sup> eficaces, es fundamental recordar las posibles explicaciones a las automutilaciones: desde la relajación (a través del disfrute o de la liberación de tensión), una llamada de atención, la estimulación física (escape de estado disociativo), el castigo y la autodestrucción. Es interesante que en la misma obra se cita el estudio de Suyemoto, K.L. y

McDonald, M.L. (1995), en el que ofrecen otros motivos al automaltrato como: “un proceso de aprendizaje, un reflejo de un sistema familiar disfuncional, una manera de reemplazar o evitar el suicidio, un intento de hacer frente a conflictos sexuales y a la maduración, un modo de expresar emociones o de controlar las necesidades afectivas, un medio de poner fin a la despersonalización o una tentativa de establecer límites psicológicos entre uno mismo y los demás”.

Es importante tener muy presente que aunque se pueda relacionar los términos TCA, trauma y disociación, se ha de tener en cuenta que no todos los pacientes traumatizados en la infancia presentan síntomas disociativos, (Vanderlinden, J. y Vandereycken, W.,1999). Cómo explican ambos autores que se dé o no este vínculo en un individuo concreto, dependerá de varios factores, los cuales son: la edad en la que se sufre el trauma (por ejemplo, si es anterior a los 5 la inmadurez del hipocampo explica la mayor vulnerabilidad ya que no existen capacidad cognitiva de reorientación de significados, por contra, el hecho de que la amígdala ya desde el nacimiento se encuentre funcional explicará porqué la única reacción explicable si el trauma se produce antes de esta edad es la congelación y/o los cambios en las pautas alimentarias, la naturaleza del abuso, la revelación del abuso y variables familiares, acontecimientos vitales y autoimagen.

### **Consideraciones para la Fase 1 (Historia del paciente)**

En la fase 1 nos focalizamos en recoger todos los datos necesarios del cliente para decidir cuándo y cómo aplicar EMDR. Dadas las alteraciones multideterminadas de los TCA, es interesante tomar un modelo como el propuesto por Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1983), como esquema que permita un estudio minucioso del síndrome concreto que se esté estudiando, adaptándolo a la evaluación estándar enseñada en los entrenamientos básicos de EMDR.

El primer elemento a identificar, dado que será lo primero a trabajar, será el grado de estabilidad del paciente. La preocupación por el propio TCA, es siempre un “lugar seguro” a fin de evitar otras preocupaciones percibidas como más nucleares, Schulherr, S. (2005). Para que este tipo de casos avance sin estancarse por múltiples resistencias, es fundamental, incluir la evaluación de los factores de seguridad inter y intrapersonales. Estos nos permiten conocer la capacidad del paciente de emitir conductas adaptativas ahora y en el futuro. Incluiremos entre ellos los sucesos positivos vitales y el apoyo percibido, como herramientas para favorecer la curación. Debemos tener la certeza de identificar todas las necesidades de trabajo de estabilización y control y llevarlas a cabo desde las primeras sesiones.

Comenzando ya específicamente con todo lo referente al TCA concreto, es importante atender las experiencias T o t que contribuyeron a él y lo mantienen. Las reacciones en el presente (sus síntomas, cómo percibe y cómo reacciona, etc.) nos ayudan a identificar la naturaleza de experiencias del pasado que siguen activas en

el hoy desde el almacén de nuestra memoria y que han condicionado la construcción de su personalidad hasta hoy. Identificarlas y ordenarlas contribuyen al éxito del tratamiento, tanto a nivel de dianas, como sus disparadores actuales. A la hora de seleccionar las dianas, pediremos que sean tanto a nivel de recuerdos perturbadores, como de aquellas experiencias que puedan tener que ver con esquemas cognitivos disfuncionales, incluyendo también otros recuerdos no resueltos. En TCA es importante que centremos un especial interés en lo que tenga que ver con la figura masculina de afecto (Quílez, R. y Sánchez, J. 2007; Espina, A. 2005) y no únicamente la femenina como siempre se ha enseñado. En la evaluación de acontecimientos vitales se pondrá un especial interés en que puedan estar relacionados con una posible revictimización.

Es muy frecuente encontrar durante la entrevista clínica que el paciente con TCA que debuta en el periodo adolescente, lo hace en el momento que inicia sus primeros contactos sexuales, aunque estos sean positivos, ya que la ponen en contacto con experiencias traumáticas del pasado. Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999) reflejan esta misma observación en su obra.

En TCA, además, se ha evaluar la posibilidad de que existan rasgos disociativos (Vanderlinden, J. y Vandereycken, W., 1999). Por ello, es importante evaluar si un paciente ha padecido abusos psicológicos, emocional, físico o sexual, la edad a la que lo experimentó, así como resulta básico incluir el estudio de estos síntomas en la actualidad, dada la significativa posibilidad de que el cliente presente comportamientos y relaciones disfuncionales en la actualidad, como efecto secundario a lo sufrido en la infancia.

En la entrevista clínica, debe incluirse a su vez, una buena evaluación de las relaciones familiares del cliente, tanto en el pasado como en el presente, con un especial interés en familias caóticas, desorganizadas y/o poco cohesivas, especialmente en pacientes bulímicos, Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). Así mismo, es fundamental preguntar por el tipo de relaciones íntimas que se mantienen en los últimos años. Cuando una persona ha sufrido abuso, y más si presenta un componente sexual, presenta una serie de características que las encontramos, muchas de ellas, en las características comunes de las persona que sufren un TCA, como son: culpa, vergüenza y autoinculpación, autodenigración y la creencia de la propia incapacidad, impotencia, estigmatización e inferioridad (Jehu, 1988). Waller, G. (1992) relacionó una gravedad mayor de los atracones y posterior conducta purgativa con un abuso por un miembro de la propia familia y mayor aún si había uso de la fuerza y si se había producido antes de los 14 años.

Otro factor muy importante a evaluar detalladamente dado que está relacionado con secuelas psicológicas posteriores, es el estilo de reacción que tuvieron las personas a las que se les reveló el abuso. La reacción negativa correlaciona con niveles mayores de autoinculpación así como mayores niveles de psicopatología en el paciente con TCA. (Waller, G y Rudock, A. 1993). En relación con lo anterior

Everill, T.J. y Waller, G (1995), destacan, a su vez, la importancia de la actitud con la que el clínico que atiende esta situación, esté presente con una actitud escrupulosamente cercana, empática, etc..

Como aspectos también negativos a incluir en la evaluación, serán, tal y como ya se ha justificado en este estudio, el descontrol de impulsos y la automutilación.

Referente a los TCA concretamente, es importante no dar por finalizada la fase 1, sin evaluar, en todos los casos, los criterios de ingreso de los distintos trastornos, dada la peligrosidad para la salud de determinadas situaciones físicas y emocionales.

Para finalizar este apartado, es importante destacar que no se ha incluido en este trabajo todas aquellas cuestiones que un clínico EMDR incluye en una entrevista clínica general y que son propuestas en los entrenamientos básicos 1 y 2.

### **Cuestionarios: Evaluación psicométrica**

Entre los cuestionarios más utilizados y con demostrada eficacia, que se pueden utilizar tanto para la evaluación en consulta como a nivel de investigación de TCA encontramos: 1) **EDE**: Eating Disorders Examination 2) **EDI**: Eating Disorders Inventory. 3) **BDI**: Beck Depression Inventory; 4) **STAI**: State and Trait Anxiety Inventory. 5) **BITE**: Bulimic Investigatory Test Edinburgh. 6) **BAT**: Body Attitudes Test 7) **DES**: Dissociative Experiences Scale. 8) **DIS-Q**: Dissociation Questionnaire 9) **DDIS**: Dissociative Disorder Interview Schedule 10) **SCL-90-R** (Symptom Checklist-90 Revised)

### **Consideraciones para la Fase 2 (preparación).**

En esta fase y tomando el concepto “Intervención global” propuesta por Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999) para los TCA, se plantea la necesidad de mantener constantemente presente la multidimensionalidad ya explicada.

Para iniciar la preparación del paciente, un punto de partida que contribuye a proveer de herramientas para el cambio de estado (estabilización) durante el procesamiento, es la Psicoeducación. Este es un recurso que se inicia en esta fase y que se irá ampliando a lo largo de todo el tratamiento, respondiendo a la necesidad de cada momento. A medida que vaya avanzando en los objetivos irá siendo capaz de interiorizar nuevas informaciones que en las primeras sesiones podrían ser rechazadas o simplemente ignoradas. Es imprescindible pues, que se le enseñe al cliente el papel “mantenedor en el síntoma” que tiene el hecho de ponerse a dieta o el papel de la restricción alimentaria. Para ello puede ser muy ilustrador, en el caso de la bulimia o anorexia compulsiva-purgativa, explicar a los clientes, que tal y como explican (Johnson y Connors, 1987) citados por Schulherr, S. (2005), fisiológicamente, está determinado que cualquier persona con normopeso y sin conductas disfuncionales con la alimentación, puede convertirse en un comedor compulsivo si previamente ha pasado por una situación de dieta restrictiva. Siempre me ha ayudado a ilustrar esto, el mismo ensayo hecho en ratas. Si a un grupo de ratas

las dejas en una habitación llena de comida de manera mantenida, a lo largo del tiempo, cada una de ellas irá comiendo lo que ella necesite (regulación fisiológica) y su peso se mantendrá estable. A una de esas ratas se la lleva a otro espacio, en el que se la privará de comida haciéndole pasar hambre. Al cabo de los días, cuando se la devuelve a la primera sala donde dispone de todo el alimento que desee, se observa que este ejemplar iniciará sobreingestas que la llevarán a sobrepeso.

Así mismo desde lo más conductual a los más cognitivo, es necesario, entre otros recursos, explicar el cómo las emociones afectan el “hambre”, el papel del “ansia” o del “food-craving”, diferentes ideas irracionales relacionadas con los alimentos como las Ideas Erróneas recogidas por Sanders, T. y Bazalgette, P (1994), que pueden condicionar los TCA, y otras ideas falsas que condicionan los alimentos prohibidos por ejemplo, como que si como frutos secos aunque sean pocos, engordaré, pero a cambio me puedo comer las manzanas que quiera que no tienen calorías. Se pueden incluir ayudas conductuales para conseguir que se coma poca a poco y que se haga “sintiendo” gusto, textura, etc. y se permita al cerebro llegar a la sensación de saciedad, dejarse un poco de alimento en el plato, para evitar sensaciones de descontrol, etc. A nivel cognitivo enseñar cómo un pensamiento puede condicionar las emociones y las consecuentes acciones, el efecto de cambiar un pensamiento gusano, por un pensamiento mariposa (lenguaje para los adolescentes más jóvenes y niños) lo que es lo mismo que un pensamiento disfuncional y otro más adaptativo (lenguaje adulto)

Explicada pues la importancia de la interpretación cognitiva para entender las emociones sentidas, dedico un tiempo a algunas de ellas aunque obviamente, a medida que van apareciendo. Como ya es sabido, hay muchos pacientes que pueden contactar con el miedo, para evitar la rabia. Esta se deberá ayudar a permitir, legitimar y elaborar explicando el gran valor defensivo que tiene. Otra emoción de todas las que pueden presentar los TCA es la vergüenza. Hace tiempo aprendí una frase que repito para explicarla a mis pacientes y que siento, muchas veces inicia el propio proceso curativo la explicación que es, “la vergüenza es el cálculo del desprecio personal, implicando a todo mi yo” eso significa que se aplica etiquetas a su persona a partir de simples acciones. Un ejemplo que les pongo es: si una persona come un gofre en una dieta, en vez de decirse, me he saltado la dieta, se dice, soy un desastre, una gorda asquerosa”. Y eso, normalmente, nos hace sentir, que somos nosotros a quien nos pasa esto, sólo yo, estoy sólo, no podría compartirlo con nadie. Este estilo de ponerse etiquetas relacionadas con la vergüenza, seguramente lo extrapola al resto de sus acciones relacionadas con esta emoción. En este punto explico algunas de las distorsiones cognitivas que más frecuentemente hace. Entre todas ellas pues, destacar la importancia de trabajar la etiquetación. El paso del “hago” al “soy” y la importancia del uso del lenguaje en ayudarnos o ponernos palos a las ruedas a nuestra propia estima y capacidad de acción.

Respecto del desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones, a falta

de un estudio más controlado, una buena resolución de los casos de TCA está relacionada con una atención escrupulosa, tanto hacia esta fase, como hacia el hecho de que el cliente, sesión tras sesión, se ponga en contacto con nuevos o más integrados elementos positivos con los que manejarse en el día a día. Para este trabajo, los recursos más utilizados en EMDR son: el lugar seguro, los pilares de la vida, ejercicio de cable a tierra, respiración diafragmática, coherencia cardíaca, etc. Todas estas técnicas el lector las puede encontrar en el libro de Andrew Leed titulado *Instalación y desarrollo de Recursos (IDR o RDI)*. Otros recursos a utilizar son entre otros, el ejercicio de las camisetas (adaptación de un ejercicio de focusing), ejercicios de visualización con recursos hipnóticos, trabajo con metáforas, etc... Cada sesión debe acabarse con la certeza de que el paciente se va con una sensación positiva de la terapia Y en caso de tener una sesión incompleta, asegurarnos de un exhaustivo proceso de recuperación de su bienestar, personalmente, además de lo anteriormente citado, utilizo con excelentes resultados, el recurso del contenedor estanco. Para este último, es imprescindible asegurar una buena relajación o inducción hipnótica para la mejor instalación del recurso. En el campo de los TCA cabe la pena citar la adaptación que hace Freedland, E. (2001) del libro de Andrew Leed.

A la hora de escoger las dianas y establecer el orden con el que se trabajarán se pueden dar dos situaciones posibles. Por un lado, escoger trabajar primero las relacionadas con los síntomas conductuales del TCA y sus derivados. Esta elección suele dar los mejores resultados en el caso de que el cliente se sienta desbordado por el malestar que le supone encontrarse “irremediabilmente encadenado” a estas conductas (generalmente en casos de bulimia tanto purgativa, como no purgativa y trastorno por atracón). Pero en el caso de la anorexia y otros clientes con bulimia es mejor ir solucionando otras áreas o desensibilizando otras dianas, que poco a poco van a reportar una mejora de los síntomas conductuales o cognitivos y emocionales.

Sin lugar a dudas, las dianas más importantes que deberemos encontrar son las que vengan de “lo familiar”. Deben ser identificadas al inicio o en el momento en el que el paciente esté preparado para reconocer alguna concreta que se mantiene oculta bajo resistencias. En ocasiones estas son otras dianas del tipo “debo ocultar x para que nadie lo vea y ser así aceptada”.

Para plantear un inicio de la identificación de las dianas, se pueden emplear varias estrategias A parte de las preguntas propuestas en los entrenamientos del nivel 1 y 2 de EMDR como las que se han incluido en la “evaluación”, se pueden utilizar otras estrategias como la propuesta por Schulherr, S. (2005). La autora nos propone trabajar desde los pensamientos que hacen entrar en la espiral dieta-atracón o lo que es lo mismo control rígido-descontrol. Aunque ella la propuso para pacientes con bulimia, también puede utilizarse para la anorexia compulsivo-purgativa. En los casos puramente restrictivos los pacientes se mantienen estables

en el control. Sin inestabilidad este modelo no es aplicable.

Proveniente de lo familiar, he constatado que un pensamiento que se da con mucha frecuencia es Tengo miedo a quedarme sola/a que me rechaces (si no hago/soy lo que tu esperas). Este tipo de cognición genera conductas, muchas veces disfuncionales, que en vez de generar un acercamiento, puede producir más lejanía. En no pocas ocasiones se dan frases parecidas, como “tengo miedo de dejar que se acerquen demasiado y de que lleguen a oler mi porquería, o lo podrida que estoy por dentro”.

Otro recurso muy importante aplicado a bulimia y anorexia, es el trabajo con el binomio “persona y personaje”, lo que es lo mismo “lo que soy y lo que se espera o creo que se espera de mi” o en otras palabras “lo que necesito y lo que creo necesitar”. Una gran fuente de estrés emocional que mantiene a la persona en la lucha por el control y la perfección, acompañado de su inseparable sombra, la vergüenza. Los TCA, como se ha mencionado en apartados anteriores, se pueden dar en familias en las que en un entorno amoroso (o no amoroso), pero diariamente se le especifican sus defectos físicos, “qué pies más feos tienes, que piernas más gruesas”, o no se explicita el “ya está esto suficientemente bien” Es importante explicar cómo se intrinca esto llevando a la persona a la más estricta dieta, para ser la más delgada y seguir siendo alguien “valorado”, o al “como para no sentir, pero vomito por el pánico a engordar” y “desaparecer en importancia para el otro”. Siempre explico en el trabajo de este punto, las palabras aproximadas de una paciente anoréxica que me dijo: “antes no soportaba el malestar que provenía de la presión de las compañeras y profesoras en el colegio y de mis padres en casa; ahora, mi bienestar o malestar emocional dependen sólo de mi, de mi capacidad de mantenerme o no, en el comer poco”.

En caso de no haber “nada traumático” que reporte el paciente, podemos trabajar desde la búsqueda de dianas poniendo atención a conductas disfuncionales que presenten en otros ámbitos de su vida y que claramente guarden una relación directa con el TCA. Así mismo se puede enfocar en síntomas del TCA (Hudson, J.I., Chase, E.A. y Pope, Jr. 1996) como el recuerdo del atracón, o del vómito, o de la sensación de estar atrapada en la obsesión por la delgadez (muchas veces llamada jaula, prisión, madriguera, castillo de cristal sin puertas o ventanas, etc.), o el deseo de ser anoréxica que presenta una bulímica, etc.

A lo largo del tratamiento y dependiendo de los casos, será necesario para conseguir cambios en el paciente, plantear la necesidad de una intervención familiar del tipo de la propuesta por Jáuregui, I. (2005).

Para concluir el apartado y en relación a la anorexia, es importante tener en cuenta que en todos los casos un objetivo *per se*, es la amenorrea. Primeramente, para minimizar sus efectos lesivos generales a nivel físico, (ej. desarrollo sexual normal, absorción del calcio por los huesos), y en segundo lugar, desde el deseo de maternidad de una mujer adulta. Para el tratamiento de la amenorrea en general y

desde el EMDR, es básico tener en cuenta su etiología en tres ejes, el desorden alimentario con la alteración hipofisaria por el bajo peso, el ejercicio extremo y el estrés psicológico (Golden y col., 1997). A pesar de la existencia de este tipo de estudios, muchos médicos e incluso algunos psicoterapeutas más biologists, reducen su origen a la parte física y por lo tanto al papel central del peso. Es fundamental subrayar el importante efecto del componente psicológico, el cual se constata al revisar casos tratados en nuestros despachos. En estos la amenorrea se corrige a pesar de que las clientas no logran alcanzar el peso mínimo que los médicos aconsejaron para normalizar la fisiología hormonal. Con estas pacientes se había concluido o se hallaba muy avanzado el trabajo relacionado con cuestiones del tipo: ¿Quién soy verdaderamente yo?, ¿Qué me da sentido?, ¿Hacia dónde quiere caminar mi persona y en qué dirección lo estuvo haciendo mi personaje?, ¿Qué personas de mi cotidianidad me ayudan a avanzar, cuáles no y por qué?. Una vez recuperada la menstruación, las pacientes explican el significado personal de dicho logro, con afirmaciones del tipo “el período es en sí, vida. Mi cuerpo me dice que está vivo y que puede dar vida... debo vivir MI vida para conservarlo”.

## **Conclusiones**

Los TCA son una realidad multidimensional que requiere una intervención global y a ser posible validada científicamente. Cada vez más, los clínicos están incorporando la investigación en el día a día, pero todavía se requiere multiplicar los esfuerzos. Es cierto que la investigación en la psicología es complicada por la falta de laboratorios que la financien, pero es cierto que tampoco necesitamos tantos recursos como las ciencias básicas. La propia Francine Shapiro está centrando mucho esfuerzo en los últimos años en fomentar la investigación en EMDR. Es cierto que es un modelo relativamente joven, y aunque a pesar de ello hay una gran producción de estudios para el PTSD, concretamente en TCA se ha constatado la insuficiencia.

TCA necesita validar un protocolo específico desde el EMDR, aunque a lo largo del presente escrito se han descrito multitud de datos que dificultan la posibilidad de elaborar uno estándar. Por eso propongo la realización de uno a modo de algoritmo.

En las formaciones sobre disociación se constata el hecho de la falta de profesionales formados en el tema, incluyendo los propios psiquiatras. Es fundamental que cualquier clínico, pero por supuesto los clínicos EMDR que manejan T y/o t, dispongan de un mínimo dominio del diagnóstico y tratamiento del mismo. Sin entrar en todos los aspectos de TCA sobre los que los profesionales debemos presentar destrezas del manejo, es importante destacar, el manejo de la anestesia emocional, el restablecimiento del apego, la terapia de familia, de pareja y sexual.

Y aunque está disminuyendo la severidad de los casos, los TCA todavía son considerados hoy en día como una epidemia en el primer mundo que se extiende ya

a otros países menos desarrollados. Los padres de hoy han de saber retomar las riendas de la educación reglada y humana mientras tratan de congeniar la vida laboral, la familiar. El deseo de un cuerpo delgado como símbolo de prestigio social debe dar paso a la educación en valores y límites, pero también en tolerancia, en inteligencia emocional, en asertividad, etc.

---

*El TCA es un síndrome diagnóstico concreto de origen complejo y afectación multidimensional, cuyo tratamiento debe ser capaz de llegar de la superficie al recoveco. Los profesionales de TCA disponen en el EMDR de un modelo psicológico capaz de dar una respuesta eficaz. Este escrito presenta una revisión bibliográfica de la eficacia del EMDR en TCA así como otros estudios y datos sobre aspectos que pueden darse en el cliente y en el tratamiento de 8 fases. Aparecen datos sobre el deseo de delgadez, el control y la vergüenza, TCC, reacciones defensivas condicionadas, imagen corporal, dificultades de apego, maltrato físico, sexual, negligencia, disociación, descontrol de los impulsos, TCA como anestesia emocional, automutilaciones, necesidad de límites, etiquetas, personaje, figura masculina de apego, familias disfuncionales, etc.*

Palabras clave: TCA, EMDR, disociación, trauma, dieta

## Notas:

- <sup>1</sup> Estos son estímulos del presente que generan una conexión con memorias del pasado y sus respuestas. Estas, en el caso de los TCA, son co-responsables de sus síntomas
- <sup>2</sup> T mayúscula en la literatura del trauma se utiliza para describir traumas de carácter único tales como el abuso sexual, maltrato físico, un accidente de coche, etc. Por t minúscula se entienden traumas, que aunque parezcan de menor envergadura, y no sean generalizables, han ocurrido de manera crónica por lo que tienen consecuencias en todo el periodo de maduración de la persona. Un ejemplo de t en una paciente mía anoréxica es el recuerdo de una madre que jamás la fue a buscar al colegio ni le preparaba bocadillos para merendar. Al llegar a casa, esta chica no podía ir a molestar a su madre que estaba en el despacho atendiendo sus negocios.
- <sup>3</sup> En EMDR se entiende por diana la T o t que se escoge para ser desensibilizada y reprocesada

## Referencias bibliográficas

- Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 561-571.
- Bloomgarden, A y Calogero, R.M. (2008). A Randomized Experimental Test of the Efficacy of EMDR Treatment on Negative Body Image in Eating Disorder Inpatients. *Eating Disorders*, 16: 418-427
- Brauna, D.L.; Sundaya, S. R. y Lamía. K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24:859-867
- Conde V.; Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América*; 12: 217-236.

- Dalle Grave, R Rigamonti, R., & Todisco, P. (1995). *Trauma and dissociative experiences in eating disorders*. Paper presented at the Fifth Annual Spring Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Amsterdam.
- De Roos, C. y De Jongh, A. (2008). EMDR Treatment of Children and Adolescents With a Choking Phobia. *Journal of EMDR Practice and Research*; 2,3 pp. 201-211
- Elgin, J, Pritchard, M. (2006). Adult attachment and disordered eating in undergraduate men and women. *Journal of College Student Psychotherapy*
- Espina, A. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. *Familia*, 31,35-48
- Everill, T.J., & Waller, G. (1995). Dissociation and bulimia: Research and theory, *European Eating Disorders Review*, 3 129-147.
- Everill, T.J., Waller, G, & Macdonald, W. (1995). Dissociation in bulimic and non-eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 127-134.
- Fairburn C. Wilson G, ed.(1983) *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford; p. 317-60.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1983). *Anorexia nervosa. A multidimensional Perspective*: New York. Brunner/Mazel
- Garner,D.M.; Olmsted,M.P.; Polivy; J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*;2:15-34.
- Gleaves, D.H., & Eberenz, K.P. (1994). Sexual abuse histories among treatment-resistant bulimia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 227-231.
- Godart, N. T.; Flament, M. F.; Lecrubier, Y. y Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*. Vol. 15, I. 1 Pp. 38-45
- Golden, NH.; Jacobson, MS.; Schebendach, J.; Solanto, MV.; Hertz, SM. y Shenker, IR. (1997). Resumption of menses in anorexia nervosa. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 151: 16-21.
- Goldfarb, L. (1987). Sexual abuse antecedent to anorexia nervosa, bulimia and compulsive overeating: There case reports. *International Journal of Eating Disorders*,6, 675-680.
- Gunter, R.W. y Bodner, G. E. (2009). EMDR Works... But how? Recent Progress in the Search for Treatment Mechanisms. *Journal of EMDR. Practice and Research*, 3, 3, 161-168
- Irena, S., Ferenc, T., Agnes, H. et al. (2001). The prevalence of eating disorders in a Hungarian representative sample of young women. *Psychiatria Hungarica*,16, 374 –383.
- Jáuregui, I. (2005). Autoyuda y participación de la familia en el tratamiento de los TCA. *Trastornos de la conducta alimentaria*. 2. 158-198.
- Kowal, J.A. (2005). Analysis of Treating PTSD and Bulimia Nervosa Using EMDR. *Journal of neurotherapy* 9; 4, 114-115
- Henderson, M.; Freeman, C.P. (1987). A self-rating scale for bulimia. The “BITE”. *British Journal of Psychiatry*; 150:18-24.
- Holderness, C.C., Brooks-Gunn, J. Y Warren, M.P. (2003) Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *International Journal of Eating Disorders* Vol. 16. I p. 1-34
- Hudson, J.I., Chase, E.A. y Pope, Jr. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing in eating disorders: Caution against premature acceptance. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 1–5.
- Kearney-Cooke, A. (1988). Group treatment of sexual abuse among women with eating disorders. *Women and Therapy*, 7, 5-22.
- Manual for the State-Trait Inventory. (1970). *Consulting Psychological Press*. Palo Alto (CA)
- Marquis, J. (1991). A report on seventy-eight cases treated by eye movement desentization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22.187-192
- McFarlane, A.C., McFarlane, C., & Gilchrist, P.N. (1988). Pots-traumatic bulimia and anorexia nervosa. *International Journal Disorders*, 7, 705-708.
- Quílez, R. y Sánchez (2007). *Resolución del TCA desde el modelo EMDR*. I Congreso Ibero-Americano de EMDR. Brasilia. 1-4 Noviembre
- Sancho, C (2009). *Estudio longitudinal de una muestra de estudiantes catalanes con conductas de riesgo de TCA*. Tesis doctoral. Universidad Rovira i Virgili. Tarragona
- Sanders, T. y Bazalgette. P (1994). *You don't have to diet!*. London:Bantam Press
- Sanfiz, J (2007.). Síntomas disociativos en el trabajo con EMDR, *Conferencia en el 1er Congreso Iberoamericano EMDR*, Brasilia

- Schechter, I.D., Schwarts, H.P., & Greenfeld, D.G. (1987). Sexual assault and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 313-316.
- Schulher, S. (2005). Exiting the Binge-Diet Cycle. En Shapiro, R. Ed. *EMDR solutions*. Norton: NY
- Sloan, G., & Leichner, P. (1986). Is there a relationship between sexual abuse or incest and eating disorders?. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 656-660.
- Suyemoto, K.L. y MacDonald, M.L. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy*, 32, 162-171.
- Swinbourne, J.M. y Touyz, S.W. (2007)The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*. Vol. 15 I. 4, Pp. 253 - 274
- Torem, M.S. (1986a). Dissociative states presenting as an eating disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29,137-142.
- Torem, M.S. (1986b). Eating disorders and dissociative states. In F.E.F. Larocca (Ed.), *Eating disorders: effective care and treatment* (pp. 141-150). Saint Louis, MO: Ishiaky Euro-America.
- Torem, M.S. (1986c). Psychodynamic ego-estate Therapy for eating disorders. *New Directions for Mental Health Services*, 31,99-107.
- Torem, M.S. (1987) Egostate therapy for eating disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30 94-103.
- Torem, M.S. (1990). Covert multiple personality underlying eatin disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 44, 357-368.
- Torem, M.S. (1993). Eating disorders in patients with multiple personality disorder. In R.P. Kluff & C.G. Fine (Eds.) *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp.343-353). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Troisi, A.; Di Lorenzo, G.; Alcini, S. Nanni, R.C. Di Pasquale, C. & Siracusano, A. (2006) Body Dissatisfaction in Women With Eating Disorders: Relationship to Early Separation Anxiety and Insecure Attachment. *Psychosomatic Medicine*. 68:449-453
- Vanderlinden, J.y Vandereycken, W. (1999). *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios*. Granica: Barcelona
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., & Probst, M (1995). Dissociative symptoms in eating disorders: A Follow-up study. *European Eating Disorders Review*, 3, 174-184.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R., & Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 187-194.
- Van der Hard, O y Solomon, R. (2010). *Workshop. Tratamiento de la disociación desde el EMDR*. Madrid
- Waller, G. (1992) Sexual abuse and the severity of bulimic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 161, 90-93.
- Waller, G., & Ruddock, A., (1993). Experiences of disclosure of child hood sexual abuse and psychopathology, *Child Abuse Review*, 2, 185-195.
- Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios*. Granica: Barcelona
- Zachrisson, H.D, y Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 18, 2, 97 - 106

# LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS Y DEL TRAUMA: PRESENTACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE TRAUMA ACUMULATIVO (CTS)

Robles, M. E., Badosa, J. M., Roig  
VIAbcn, Barcelona

A. Pina, B.

Feixas, G.  
Universitat de Barcelona

*This paper reviews some of the most usual definitions of stress and trauma including the notion of accumulative trauma. Then, the Spanish version of the Cumulative Trauma Scale by Kira et al (2008) is presented. It has been developed by following a process of translation and by applying it to two small groups of subjects to test it for comprehension (pilot test).*

Keywords: *Trauma, stress*

---

Se ha puesto mucho énfasis en la literatura científica del estrés y el trauma en explicar y entender los mediadores y moderadores que influyen en la respuesta de nuestro cuerpo ante las situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes con el fin de conseguir mejores métodos de evaluación, intervención y prevención (Dulmus & Hilarski, 2003). Aún así, el lector suele confundirse en el uso de la terminología, ya que normalmente se intercambian los conceptos (Lewis & Roberts, 2002).

## *Estrés*

El estudio del estrés incluye un gran número de diferentes perspectivas y descripciones del mismo. Desde entenderlo como una respuesta a la situación ambiental (Selye, 1950, 1973), un desafío del contexto situacional (Dohrenwend, 2000), la relación entre las demandas del medio ambiente y la capacidad de satisfacer dichas demandas (Taylor & Roberts, 1995), hasta una relación particular

entre una persona y el contexto que es apreciada por la persona como superior a sus recursos (Lazarus, 1984). Más recientemente, se ha planteado que el ser humano cuenta con un sistema de procesamiento de valores e interiorización previos a la presentación de un acontecimiento. Este sistema se activa de forma automática ante el acontecimiento y pone en marcha la activación o inhibición del procesamiento emocional y cognitivo, así como un estado de alerta y de respuesta (Kira, 2001). Con diferentes matices, estas definiciones entienden el estrés como una percepción (Resick, 2001); así, el mismo acontecimiento activará diferentes respuestas en diferentes personas.

### *Trauma*

Algo similar sucede en el caso del trauma. Usualmente esta palabra se refiere tanto a los eventos negativos que producen malestar como al propio malestar en sí (Briere & Scott, 2006). Técnicamente, trauma se refiere sólo al evento, no a la reacción. Para el DSM-IV-TR (APA, 2002) un evento traumático se limita a hechos que representan un peligro real para la vida o cualquier otra amenaza para la integridad física (p. 518). Esta limitación ha generado cierta controversia (Bracken, 2002; Gorman, 2001; Lykes, 2000; North, et al., 2009; Ray, 2008; Summerfield, 2004), puesto que muchos eventos pueden ser traumáticos aunque no exista amenaza vital o daño físico (Briere & Spinazzola, 2005). Según esta definición, quedarían excluidos de ser considerados como trauma la humillación, las pérdidas significativas o el abuso emocional extremo (Ford et al., 2006; Giacaman et al., 2007).

Existe un mayor consenso en entender el trauma psicológico como una experiencia súbita e inesperada, que excede la capacidad individual percibida del sujeto para satisfacer lo demandado y tiene como resultado la alteración del marco de referencia propio (Linden, 2007; McCann & Pearlman, 1990). Es decir, un incidente puede ser considerado traumático cuando los recursos internos del sujeto no son capaces de asumir el impacto producido. Considerarlo así permite un mayor rango de acción a nivel terapéutico, al poder usar terapias focalizadas en el trauma, como la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma o el EMDR (Ehlers et al., 2010), pero no modifica el ámbito diagnóstico, que sigue limitado a la propuesta del DSM. De esta manera, la teoría del trauma será un caso especial de la teoría de la respuesta de estrés; los sucesos traumáticos son la última o más grave clase de estrés (Kira, 2001).

### *Clasificación estrés/trauma*

Existen tantas clasificaciones del continuo estrés/trauma como definiciones sobre estos conceptos. Dos de las más usadas son las que diferencian según el tipo de vivencia sufrida –directa o indirecta– y las que clasifican el estrés según su funcionalidad –adaptativa o desadaptativa–.

En la primera clasificación, surge la diferenciación entre estrés primario –directo– o estrés secundario –indirecto–. Así, el estrés primario es la vivencia de un incidente crítico de manera directa, entendiendo al propio sujeto como víctima. En contraste con el estrés primario, el estrés secundario se define como los comportamientos y las emociones naturales derivados de conocer acerca de un incidente traumático sufrido por un otro significativo o el estrés resultante de ayudar o desear ayudar a una persona que sufre o está traumatizada (Figley, 1995). Este tipo de estrés, también es conocido con el nombre de trauma vicario (McCann & Pearlman, 1990) o fatiga por compasión (Figley, 1995). Otro constructo relacionado que se halla en la literatura es el *burnout*, que se caracteriza por un agotamiento físico, emocional y mental, además de despersonalización, causado por vivencias emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado (Pines & Aronson, 1989). Estrés secundario y *burnout* se diferencian como constructos y parece que tienen distintos efectos sobre el bienestar profesional (Figley, 2002; Jenkins & Baird, 2002; Robinson et al., 2003; Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Si se les atribuyera dominios afectivos a estos constructos, el estrés secundario podría establecerse cercano al miedo, a la ansiedad y a la depresión, y el *burnout* al cansancio emocional y a la sensación de falta de auto-eficacia (Figley, 2002; Larsen, Stamm, & Davis, 2002).

En la segunda clasificación, el estrés se clasificaría en cuatro tipos: estrés general, estrés del incidente crítico, estrés postraumático y estrés acumulativo (Mitchell, 2003). Los dos primeros son presentaciones adaptativas del estrés. Así, el estrés general aparece frente a las demandas diarias de la vida y el estrés relacionado con el incidente crítico, también llamado estrés agudo, es una reacción estresante normal de una persona normal frente a una situación anormal. Se trata de una reacción displacentera, un estado de activación que se deriva de una exposición a un acontecimiento traumático de gran alcance (Flannery, 1999). En cambio, los otros dos tipos de estrés, tanto el postraumático como el acumulativo, son capaces de producir una ruptura en la vida de aquellos que sufren estas condiciones. Las características del postraumático parten de una triple sintomatología (Everly & Mitchell, 1999). La re-experimentación incluye síntomas como flashbacks, recuerdos intrusivos, pesadillas y angustia cuando la persona se expone a estímulos relacionados con el incidente. La evitación incluye pensamientos o emociones fuera de sí mismo, así como la evitación de personas, lugares o incluso la incapacidad de hablar de ciertos aspectos del incidente. Y la hiperactivación se caracteriza por constantes reacciones de alerta, irritabilidad y alteraciones en el sueño (Briere, 1998).

En el estrés acumulativo se da una acumulación excesiva de estrés general sin resolver (Mitchell, 2003) y la exposición repetida frente al evento, aumenta la probabilidad de una respuesta patológica (van der Kolk, McFarlane y Weisaeth, 1996). En efecto, es la suma del número total de los factores de estrés, además de

la gravedad de cada factor, más la longitud de tiempo en que el estrés se ha producido. Aquí se incluyen diferentes dinámicas que no están presentes en los modelos restantes, como son las dinámicas de acumulación y estimulación (*kindling*). El estrés acumulativo implica, al menos, dos tipos de experiencias estresantes, las nucleares y las desencadenadas por un acontecimiento. Las primeras sensibilizan y predisponen a un sesgo de respuestas de re-traumatización; y las desencadenadas por un acontecimiento son las que realmente ponen en marcha la respuesta post-acumulativa, son la gota que colma el vaso (Kira et al., 2008).

Estas clasificaciones son complementarias entre sí. En efecto, por ejemplo, en un caso de estrés postraumático, dependiendo del tipo de exposición al trauma, directa como víctima o indirecta como cuidador, se clasificaría como estrés postraumático primario o secundario (Figley, 1995).

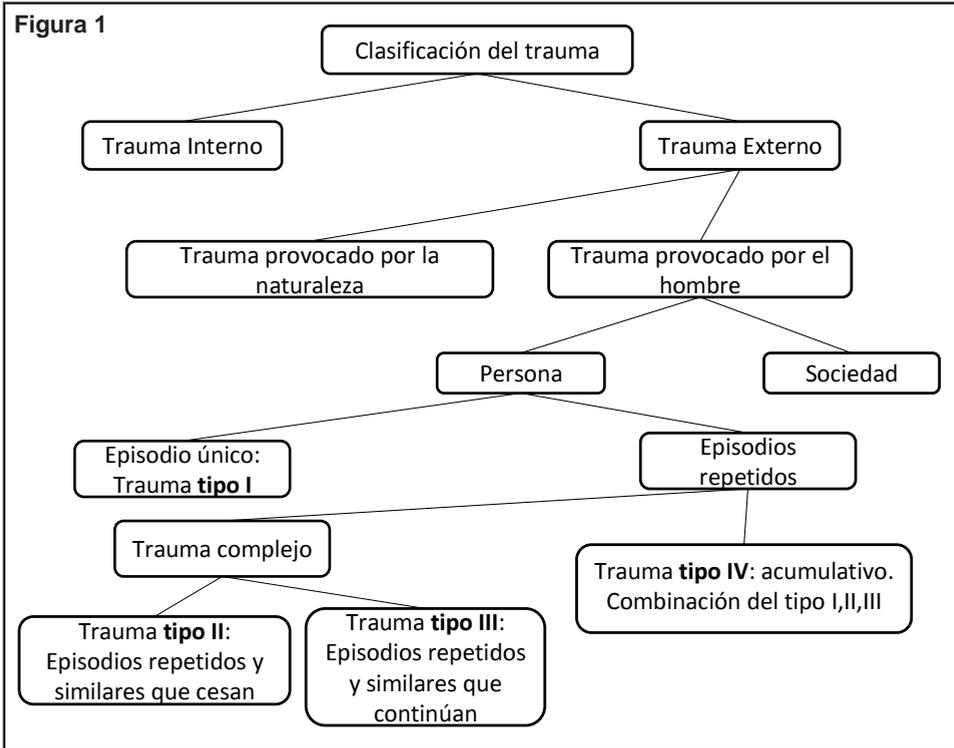
Más recientemente, Kira et al. (2008) ha propuesto dos clasificaciones diferentes o taxonomías de los estímulos psicológicos traumáticos. Cada una de estas taxonomías describe una dimensión diferente del incidente traumático. La primera, cubre las áreas de funcionamiento individual y clasifica las experiencias traumáticas según la función del desarrollo que queda afectada por el trauma. Así, se obtienen cinco tipos de áreas afectadas por un trauma: apego, identidad (personal o colectiva), interdependencia, autorrealización y supervivencia física. La segunda está basada en las características de los eventos traumáticos e incluyen el trauma acumulativo, el trauma interno (p.ej. dolor a consecuencia de un accidente automovilístico), el trauma provocado por la naturaleza (p.ej. huracanes) y el trauma provocado por el hombre. Este último se divide en traumas provocados por la persona y traumas provocados por la sociedad (p.ej. pobreza extrema). Los traumas provocados por la persona incluyen dos tipos, los traumas de un solo episodio o tipo I (p.ej. violación) y los traumas complejos. A su vez, los complejos incluyen dos tipos: el tipo II, episodios repetidos y similares que cesan (p. ej. abuso sexual) y el tipo III, episodios repetidos y similares que continúan (p.ej. racismo). En esta clasificación, el trauma acumulativo sería el tipo IV, que sería la resultante de los traumas anteriores, la combinación de todos ellos (véase figura 1).

### *Correlato fisiológico/psicológico*

En lo referente a los efectos del estrés sobre el organismo, tanto a nivel fisiológico como psicológico, es ampliamente reconocido los efectos nocivos del estrés postraumático (Chu, Lieberman, 2010; Galloucis, Silverman y Francek, 2000; Haslam y Mallon, 2003; Hegadoren, Lasiuk y Coupland, 2006; Heim y Nemeroff, 2009) y, en los últimos años, también se ha investigado sobre los efectos del estrés acumulativo.

De manera más detallada, el cerebro es el órgano clave de la respuesta al estrés, ya que determina lo que es amenazador y, por tanto, potencialmente estresante, así como las respuestas fisiológicas y comportamentales, que pueden ser adaptativas

Figura 1



o desadaptativas (Calabrese et al., 2007). El estrés afecta las vías de comunicación que unen el cerebro con, por un lado, los sistemas cardiovascular e inmunológico y, por otro lado, con los mecanismos neurales y endocrinos (Mc Ewen, 2007). Más allá de la respuesta de huir o luchar (*flight-or-fight*) al estrés del incidente crítico, hay acontecimientos de la vida diaria que producen un tipo de estrés acumulativo y, con el paso del tiempo, provocan un desgaste en el cuerpo, la llamada carga alostática (Marloes et al., 2009).

En cambio, a corto plazo, las hormonas asociadas con el estrés protegen al cuerpo y promueven la adaptación o alostasis (Mc Ewen, 2007). El cerebro es un objetivo-diana del estrés, y el hipocampo es la primera región del cerebro, además del hipotálamo, que ha sido reconocida como un objetivo-diana de los glucocorticoides. Las hormonas del estrés y el estrés en sí producen efectos tanto adaptativos como desadaptativos en esta región del cerebro de manera continua. Incluso los primeros sucesos vitales ya comienzan a influir en los patrones de la emotividad y en la respuesta al estrés que tendrá la persona a lo largo de su vida. El hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal sufren una remodelación estructural inducida por el estrés, que altera las respuestas conductuales y fisiológicas (Marloes et al. 2009)

Lo mismo sucede con el recuerdo de las experiencias traumáticas. El aumento

de la memoria declarativa es adaptativo, por el evidente beneficio para la supervivencia, pero puede ser desadaptativo, culminando en estrés postraumático. Las hormonas del estrés mejoran la consolidación de los recuerdos adversos, pero también se cree que tienen efectos inmediatos en los procesos atencionales, sensoriales y mnemotécnicos de formación de la memoria (Admon et al., 2009). El estrés asociado al incidente crítico afecta a los correlatos neuronales de la formación de la memoria de un modo inesperado (Chen et al., 2010). Deteriora el aprendizaje y la memoria a través de mecanismos que alteran la integridad de las espinas dendríticas del hipocampo. Estos descubrimientos pueden explicar los mecanismos neurológicos subyacentes en la etiología del trauma psicológico.

### *La Escala de Trauma Acumulativo*

Aunque, existen varios instrumentos que evalúan la presencia y la intensidad del trauma, el inconveniente surge cuando comparten las mismas limitaciones que la literatura científica sobre el estrés y el trauma, es decir, la mayoría de los instrumentos psicométricos no se basan en una taxonomía comprensiva integral, no ofrecen una definición clara del estrés traumático y de sus tipos (Kira et al., 2008) o simplemente se circunscriben a la definición DSM-IV-TR. Por otro lado, la única escala que mide el trauma acumulativo es la de Kira et al (2008) en inglés. Se trata de una escala autoadministrada (véase anexo) compuesta por 33 ítems que evalúan diferentes tipos de experiencias traumáticas. El sujeto debe puntuar dos aspectos de cada ítem, la frecuencia de presentación (que se puntúa en una escala Likert de 5 puntos) y la intensidad vivida (que se puntúa en una escala Likert de 7 puntos)

La traducción y adaptación lingüística del instrumento al español se realizó usando un complejo procedimiento de traducción-retraducción, la traducción inversa conceptual (Sartorius y Kuyken, 1994). La versión resultante se aplicó de forma voluntaria a un grupo piloto de 22 sujetos (13 estudiantes de la escuela de policía de Catalunya y 9 estudiantes de psicología). Ello permitió que usuarios no familiarizados con el instrumento (y posibles sujetos diana en su aplicación futura) lo probaran y expresaran sus comentarios. Con ello se identificaron aspectos mejorables que no habían sido captados en la versión inicial. A nivel anecdótico, estos sujetos encontraron dos dificultades con nuestra fiel traducción que nos parecieron legítimas y nos llevaron a consultar al Dr. Ibrahim A. Kira. Resultó que se trataba de errores en la publicación del artículo en inglés, y nos mandó la versión correcta, su manuscrito. Por supuesto, la versión en castellano corrige estos errores de la publicación original en inglés.

### *A modo de conclusión*

Aunque el estrés y el trauma cuentan ya con una extensa literatura psicológica, la noción de trauma acumulativo supone una aportación importante a nivel

conceptual y de gran relevancia clínica. En especial, se cree que algunas profesiones (p. ej., bomberos, policía) pueden llegar a experimentar este tipo de trauma por las características de su actividad. Al disponer de un instrumento, primero en inglés y ahora en español, se potencia la posibilidad de estudiar esta modalidad del sufrimiento humano de una forma más sistemática, estimando su prevalencia en distintas profesiones de riesgo y explorando su influencia en la salud y la enfermedad.

---

*En este artículo se revisan las definiciones al uso de estrés y trauma, incluyendo la noción de trauma acumulativo. Seguidamente, se presenta la versión española de la primera escala existente que lo mide: la Escala de Trauma Acumulativo (CTS) de Kira et al (2008). Para obtener esta versión se ha seguido un proceso de traducción-retraducción y también se ha aplicado a dos grupos reducidos de sujetos a modo de prueba piloto.*

Palabras clave: Trauma, estrés

## Referencias bibliográficas

- Admon, R.; Lubin, G.; Stern, O.; Rosenberg, K.; Sela, L.; Ben-Ami, H. & Hendler, T. (2009), Human vulnerability to stress depends on amygdala's predisposition and hippocampal plasticity. *PNAS*, 106 (33), 14120–14125.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson: Barcelona.
- Bracken, P. (2002). *Trauma: Culture, meaning and philosophy*. London: Whurr Publishers.
- Briere, J. & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy. A guide to symptoms, evaluation and treatment*. London: Sage Publications.
- Briere, J. (1998). *Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States*. Ed. American Psychological Association: Washington.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 401-412.
- Calabrese, E.; Bachmann, K.; Bailer, A. et al. (2007). Biological stress response terminology: Integrating the concepts of adaptive response and preconditioning stress within a hermetic dose–response framework. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 222 (1), 122–128.
- Chen, Y.; Rex, C.; Rice, C.; Dubé, C.; Gall, C.; Lynch, G. & Baram, T. (2010). Correlated memory defects and hippocampal dendritic spine loss after acute stress involve corticotropin-releasing hormone signaling. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107 (29), 13123-13128.
- Chiappeli, F.; Manfredi, E.; Franceschi, C.; Cossarizza, A. & Black, K. (1994). Steroid regulation in cytokines: relevance for Th1 to Th2 shift? (pp. 204-215). En: de Kloet, E.; Azmitia, E. & Landfield, P. (Eds.). *Annals of the New York Academy of Sciences: Vol. 746. Brain corticosteroid receptors: Studies on the mechanisms, functions, and neurotoxicity of corticosteroid action*. New York: New York Academy of Sciences.
- Chu, A. & Lieberman, A. (2010). Clinical implications of traumatic stress from birth to age five. *Annual Review Clinical Psychology*, 6, 469-494
- Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health & Social Behavior*, 41 (1), 1-19.
- Dulmus, C. & Hilarski, C. (2003). When Stress Constitutes Trauma and Trauma Constitutes Crisis: The Stress-Trauma-Crisis Continuum. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3 (1), 27-35

- Ehlers, A.; Bisson, J.; Clark, D.; Creamer, M.; Pilling, S.; Richards, D.; Schnurr, P.; Turner, S. & Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30 (2), 269-276
- Everly, G. & Mitchell, J. (1999). *Critical Incident Stress Management (CISM): A new era and standard of care in crisis intervention*. Ellicott City: Chevron Publishing.
- Figley, C. (2002). *Treating compassion fatigue*. Ed. Brunner-Routledge: New York.
- Flannery, R. (1999). Critical Incident Stress Management and the Assaulted Staff Action Program. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1 (2), 103-108.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promises. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Ford, J.; Stockton, P.; Kaltman, S. & Green, B. (2006). Disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (11), 1399-1416.
- Galloucis, M.; Silverman, M. & Francek, H. (2000). The impact of trauma exposure on the cognitive schemas of a sample of paramedics. *International Journal of Emergency Health*, 2, 5-18.
- Giacaman, R.; Abu-Rmeileh, N.; Husseini, A.; Saab, H. & Boyce, W. (2007). Humiliation: the invisible trauma of war for Palestinian youth. *Public Health*, 121(8), 563-571.
- Gorman, W. (2001). Refugee survivors of torture: Trauma and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 443-451.
- Haslam, C. & Mallon, K. (2003). A preliminary investigation of post-traumatic stress symptoms among firefighters. *Work & Stress*, 17, 277-285.
- Hegadoren, K.; Lasiuk, G. & Coupland, N. (2006). Posttraumatic stress disorder part III: health effects of interpersonal violence among women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42 (3), 163-173.
- Heim, C. & Nemeroff, C. (2009). Neurobiology of Posttraumatic stress disorder. *CNS Spectrums*, 14 (suppl. 1), 13-24.
- Jenkins, S. & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 423-432.
- Joseph, R. (1998). Traumatic amnesia, repression, and hippocampus injury due to emotional stress, corticosteroids and enkephalins. *Child Psychiatry and Human Development*, 29, 169-185.
- Kira, I. (2001). Taxonomy of Trauma and Trauma Assessment. *Traumatology*, 7 (2), 73-86.
- Kira, I.; Lewandowski, L.; Templin, T.; Ramaswamy, V.; Ozkan, V. & Mohanesh, J. (2008). Measuring Cumulative Trauma Dose, Types, and Profiles Using a Development-Based Taxonomy of Traumas. *Traumatology*, 14 (2), 62-87.
- Larsen, D.; Stamm, B. & Davis, K. (2002). Telehealth for prevention and intervention of the negative effects of caregiving. *Traumatic Stress Points*, 16 (4).
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7 (4), 375-389.
- Lewis, S. & Roberts, A. (2002). Crisis assessment tools (pp. 208-212). En: Roberts, A. & Greene, G. (Eds.). *Social workers desk reference*. New York: Oxford University Press.
- Linden, J. (2007). Hypnosis in childhood trauma (pp. 135-160). En: Wester, W. & Sugarman, L. (Eds.). *Therapeutic Hypnosis with Children and Adolescents*. Vermont: Crown House Publishing.
- Lykes, M. B. (2000). Possible contributions of a psychology of liberation: Whither health and human rights? *Journal of Health Psychology*, 5(3), 383-397.
- Marloes, J.; Henckens, A.; Erno, J.; Hermans, J. Pu, Z.; Joëls, M & Fernández, G. (2009). Stressed memories: how acute stress affects memory formation in humans. *The Journal of Neuroscience*, 29 (32), 10111-10119.
- McCann, L. & Pearlman, L. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner Routledge.
- McEwen, B. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338, 171-179.
- McEwen, B. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87, 873-904.
- Mitchell, J. (2003). *Crisis Intervention and Critical Incident Stress Management: A research summary*. Ellicott City, MD: International Critical Incident Stress Foundation.
- North, C.; Suris, A.; Davis, M. & Smith, R. (2009). Toward Validation of the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166 (1), 34-41.
- Ray, S. (2008). Evolution of Posttraumatic Stress Disorder and Future Directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22 (4), 217-225.

- Resick, P. (2001). *Stress and trauma*. New York: Psychology Press.
- Robinson, J.; Clements, K. & Land, C. (2003). Workplace stress among psychiatric nurses: Prevalence, distribution, correlates, and predictors. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41, 32-51.
- Sabin-Farrell, R. & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implication for the mental health of health workers. *Clinical Psychology Review*, 23, 449-480.
- Sachs-Ericsson, N.; Blazer, D.; Plant, E. & Arnow, B. (2005). Childhood sexual abuse and the 1-year prevalence of medical problems in the National Comorbidity Survey. *Health Psychology*, 24, 32-40.
- Sartorius, N. & Kuyken, W. (1994). Translation of health status instruments (p.1-18). En: Orley, J. & Kuyken, W. (Eds.). *Quality of life assessment: International perspectives*. Berlin: Springer.
- Segerstrom, S. & Miller, G. (2004). Psychological stress and human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601-630.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, 1 (4667), 1383-1392.
- Selye, H. (1973). The evolution of the stress concept. *American Scientist*, 61 (6), 692-699.
- Summerfield, D. (2004). Cross-cultural perspectives on the medicalisation of human suffering (pp. 1-15). En: Rosen, G. (Ed.). *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies*. New York: John Wiley.
- Taylor, R. & Roberts, D. (1995). Kinship support and maternal and adolescent well-being in economically disadvantaged African-American families. *Child Development*, 66 (6), 1585-1597.
- Taylor, S. & Stanton, A. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 129-153.
- van der Kolk, B.; McFarlane, A. & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- Zuckerman, M. (1999). Vulnerability to Psychopathology: A biosocial model. American Psychological Association: Washington DC.

## Anexo

### Cumulative Trauma Scale (short form)

-Versión en español-

Mucha gente ha experimentado diferentes tipos de eventos y situaciones a lo largo de su vida. Los siguientes ítems le preguntarán acerca de algunos eventos determinados. Por favor indique cuántas veces le han sucedido. Y **sólo si le ha sucedido**, conteste cómo le ha afectado.

**1.- He visto o he sufrido desastres naturales, por ejemplo, huracanes, tornados o inundaciones.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**2.- He sufrido accidentes con riesgo vital; p.ej. accidentes de tráfico**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**3.- Me he visto involucrado o he presenciado un combate o una guerra.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**4.- He sufrido la muerte súbita de uno de mis padres, de un íntimo amigo o de un ser querido.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**5.- He experimentado un acontecimiento que amenazó o incapacitó permanentemente la vida de un ser querido.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**6.- He padecido una enfermedad potencialmente mortal o un acontecimiento que produce una incapacidad permanente.; p. ej. cáncer, accidente vascular, una grave enfermedad crónica.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**7.- He sufrido un robo o asalto a mano armada.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**8.- He sido testigo de un asalto grave hacia un conocido o un extraño (fue tiroteado, apuñalado o severamente golpeado).**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**9.- He sido amenazado de muerte o de ser gravemente herido/apalizado.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**10.- He sufrido abusos físicos, empujado hasta resultar herido o golpeado por un cuidador, p.ej. un padre.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**11.- He visto u oído a uno de mis padres/cuidadores golpeando, hiriendo y/o amenazando al otro padre/cuidador.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**12.- He sido empujado a mantener relaciones sexuales por alguien mayor que yo.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**13.- He sufrido abusos sexuales, he sido violado, o me he visto envuelto en relaciones sexuales no deseadas con una o más personas.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**14.- He sido encarcelado y/o torturado.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**15.- Mi madre me abandonó o se separó de mi cuando yo era joven.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**16.- Mi padre me abandonó o se separó de mi cuando yo era joven.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**17.- He sido menospreciado, amenazado, o discriminado por las actitudes negativas, estereotipos o acciones de otros, a causa de mi etnia, raza, cultura, religión o nacionalidad de origen.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**18.- Mis padres se divorciaron/separaron.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**19.- Mi raza tiene una historia de opresión, discriminación y amenaza de genocidio.**

Nunca	Poco de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
-------	-----------------	-------------------------	---------------------	----------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**20.- He experimentado un ataque de nervios o me he sentido a punto de tenerlo (perder el control), debido a factores crónicos de estrés, aparentemente pequeños, pero recurrentes o constantes.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**21.- Al menos uno de mis padres o hermanos-as ha participado en una guerra, combate o, ha sido torturado.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**22.- He sufrido fracaso escolar.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**23.- He sido desarraigado y obligado a desplazarme de mi entorno favorito de la ciudad, del pueblo o del país.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**24.- He sido atacado, golpeado por alguien (persona más fuerte o grupo de personas), resultando herido.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**25.- He sido empujado a mantener relaciones sexuales por uno de mis cuidadores/padres.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**26.- He sido menospreciado, denigrado en mis derechos o discriminado socialmente (no por miembros de la familia), por causa de ciertas actitudes negativas, estereotipos o acciones de otros, o por instituciones, a causa de mi género.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**27.- He sufrido un rechazo evidente o fracaso en mis relaciones.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**28.- He sufrido la pérdida de un hijo o esposo-a.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**29.- He vivido la finalización de un contrato laboral, he sido despedido o he fracasado en los negocios.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**30.- Me he vuelto a casar.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**31.- He crecido en el seno de una familia pobre con muchas penurias.**

Nunca	Algo pobre	Realmente pobre	Muy pobre	Extremadamente pobre
-------	------------	-----------------	-----------	----------------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**32.- He sido menospreciado, denigrado en mis derechos o discriminado por miembros de la familia, por ciertas actitudes negativas, estereotipos, o acciones, a causa de mi género.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

**33.- He sido discriminado a causa de mi género por personas ajenas a mi familia, las instituciones o mi comunidad.**

Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Muchas veces
-------	---------	-----------	------------	--------------

Si esto le ha sucedido, ¿cómo le ha afectado?

Extremadamente positivo	Muy positivo	Algo positivo	Neutro	Algo negativo	Muy negativo	Extremadamente Negativo
1	2	3	4	5	6	7

# ENTRE LA LIBERTAD Y LA CONSTRICCIÓN: EL DILEMA DE LA AGORAFOBIA

Marco Castiglioni

Università degli Studi di Milano-Bicocca

e-mail: marco.castiglioni@unimib.it

Laura Contino

Master en Terapía Sexual y de Pareja Centro Dendros, Barcelona

Manuel Villegas Besora

Universidad de Barcelona

mvillegas@ub.edu

*This study aimed to empirically test the clinical theory, common to different psychotherapeutic approaches, that agoraphobia is psychologically linked to the semantics of freedom. The hypothesis was that personal constructs of "free-constrained" and associated meanings are predominant for people suffering from agoraphobia.*

*Participants and method. The Repertory Grid Technique (Kelly, 1955) was carried out with 30 agoraphobic patients to elicit their personal constructs. A group of 30 of patients suffering from other psychological disease was used as a control group. Participants' constructs were grouped into semantic categories using hermeneutic criteria and the data compared using appropriate statistical techniques.*

*Results: The constructs of agoraphobic group were found to be significantly more connected to the semantics of freedom than those of the control Group. The empirical data seems to confirm the hypothesis. These results and their limitations are discussed in the light of their possible clinical applications and of methodological and epistemological issues raising from the study.*

*Keywords: Agoraphobia; Psychopathology; Meaning; "Free-constrained" semantics; Personal Constructs; Repertory Grid Technique.*

---

## Introducción

Según diferentes enfoques psicoterapéuticos, uno de los rasgos característicos comunes de las psicopatologías del espectro fóbico<sup>1</sup> es la presencia de intensas vivencias de ansiedad y miedo que se desencadenan en situaciones donde está en juego la esfera de la libertad y de la constricción. Los síntomas, incluidos los ataques

de pánico, constituirían una especie de metáfora reificada del estar constreñidos, oprimidos, ahogados, o bien solos, en peligro, inermes, sin vía de huida.

El objetivo del presente estudio es someter a examen empírico, por medio de la técnica de la rejilla de repertorio (Kelly, 1955), la tesis elaborada en el ámbito clínico sobre la conexión entre psicopatología fóbica y semántica de la libertad.

Los psicoterapeutas de orientación cognitivo-construivista relacionan los diferentes cuadros psicopatológicos (*in primis* los fóbicos que constituyen el ámbito elegido de estudio y de intervención de dicha orientación) con modalidades específicas de organizar el “significado personal” (Bara, 1996; Guidano 1987; Guidano & Liotti, 1983; Nardi, 2007; Neimeyer & Mahoney, 1995; Veglia, 1999). Guidano (1987) define la psicopatología como una “ciencia del significado”. Cada organización psicopatológica está conectada a premisas semánticas específicas y a patrones emocionales que el sujeto experimenta y elabora, a menudo nivel tácito, en la relación de apego con figuras significativas.

También según la perspectiva sistémica el desarrollo de la psicopatología está estrechamente conectado al modo peculiar que las personas tienen de atribuir – dentro de las matrices relacionales y comunicativas más complejas y articuladas de las relaciones de diadas de apego– un significado a sí mismo y al propio mundo. Ugazio (1998) relaciona las semánticas típicas de las diferentes organizaciones psicopatológicas al contexto familiar del paciente. La identidad típica o atípica de los individuos depende de cómo los miembros de una familia se *con-ponen* en la trama de significados y de relaciones que los vincula.

Más allá de las diferencias teóricas y de método que caracterizan a los diferentes modelos explicativos, parece que hay un amplio consenso sobre la conexión entre fobias y vivencias de libertad-constricción. “La organización fóbica se caracteriza por la constante, repetida oscilación entre dos dimensiones esenciales: la de la *seguridad*, que se traduce en *constricción* cuando se vuelve dominante, y la de la *libertad*, que se percibe como *soledad* cuando no se halla compensada por la primera” (Glauber, Copes & Bara, 1996, p. 214). La necesidad de *apego* y la de *exploración*, aunque continúan siendo irrenunciables, son percibidas como inconciliables (Sassaroli, Lorenzini, & Ruggiero, 2005). *Miedo* y *coraje* son las emociones implicadas en esta dinámica: miedo de un mundo externo construido como amenazante y lleno de peligros, y que para afrontarlo es necesario el apoyo de una figura de referencia; coraje para afrontar autónomamente los peligros del mundo renunciando al tranquilizante pero constrictivo ambiente familiar que garantiza protección. Por tanto, nos sentimos libres en la medida en que se tiene coraje y capacidad de afrontar los peligros del mundo; constreñidos por el miedo que nos vincula a situaciones familiares y tranquilizadoras. En este universo semántico, libertad significa independencia *de la* relación y *de* sus vínculos (Ugazio, 1998).

La tesis de Haley (1963) según la cual los síntomas permiten controlar el

funcionamiento en las relaciones encaja especialmente en el caso de las fobias: el sujeto fóbico activa en la relación con la figura protectora maniobras manipuladoras encaminadas a tenerla a disposición en caso de necesidad, sin implicarse con ella en una relación estrecha y sofocante. También la literatura psicodinámica subraya cómo las marcadas características somáticas de los ataques de pánico, sin aparentes correlatos psicológicos, permiten al sujeto fóbico obtener la proximidad del otro, pero negando la dependencia de él (Busch 1995). Para que se de “miedo al miedo” (Lorenzini & Sassaroli, 1987), o sea, la ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de que el ataque de pánico ocurra inesperadamente, es necesario disponer *siempre* del otro como ancla de salvación, pero sin renunciar a la posibilidad de desvincularse.

Villegas (1995; 2005; 2008) construye su propio modelo psicoterapéutico “cognitivo-social” en base a las teorías de estadios del *desarrollo moral* (Kohlberg, 1981; Selman, 1980). A cada estadio del desarrollo moral (prenomía, anomía, heteronomía, socionomía, autonomía) corresponde la posibilidad de desarrollar cuadros psicopatológicos diferentes como respuesta a *dilemas*, o sea, a instancias conflictuales internas o externas del sujeto derivadas de necesidades típicas de estadios evolutivos diferentes. El tema de la libertad<sup>2</sup> es central en cada tipo de psicopatología, en la medida que es premisa de la acción moral. Una acción puede considerarse “moral” y por esto evaluable en relación a los valores éticos del contexto de pertenencia del sujeto agente, sólo si se presupone que su actuación es libre y autodeterminada y, por tanto, *responsable* de ella. La intervención psicoterapéutica se pone como meta hacer que el paciente alcance un nivel evolutivo que le permita actuar de modo libre y responsable, a través de una regulación autónoma. (Villegas, 1993).

Sin embargo, la agorafobia, respecto a otras psicopatologías, implica especialmente la esfera de la libertad y de la constricción, según modalidades que incluyen los elementos elicitados por los enfoques citados. La agorafobia se encuadra en un nivel de “socionomía oblativa”, o sea una posición sacrificial sustitutiva del amor que anula la autonomía del sujeto en el espacio social. Las personas agorafóbicas, generalmente mujeres, viven recluidas en su casa dedicadas en cuerpo y alma al cuidado de los familiares sin nunca salir si no van acompañadas. No existe ningún espacio para su mundo social, debido a la imposibilidad de desvincularse de una relación demasiado estrecha, con los padres, con los hijos, pero sobre todo con la pareja: lo privado sustituye a lo público. Presas de una idea sacrificial de amor, intentan salvar una unión que en realidad las aplasta. En esto sentido, resultan emblemáticas las palabras de una paciente agorafóbica de 54 años, separada y posteriormente casada de nuevo, respecto a su primer matrimonio:

*Hubo una época de mi vida, cuando estaba casada con mi primer marido, en la que teníamos tanto trabajo que no salíamos de la tienda hasta las diez de la noche. Se comía allí y no había ni domingos, ni días festivos ni vacaciones.*

*Y a mi no me gustaba esa vida. Yo sabía que no me gustaba, pero no sabía decir porqué. Cada mañana, al inicio de la jornada sentía que me desmayaba. Cada noche tenía el mismo sueño donde yo volaba y volaba, pero no conseguía entender qué significaba. Después de separarme dejé de tener ese sueño y también de experimentar esa sensación de desmayo [...] Ahora entiendo porqué me sucedían estas cosas: yo no podía soportar aquella situación, casi un secuestro, aquella opresión, sentía que me ahogaba...*

## **Objetivo e hipótesis**

El objetivo de la presente investigación es verificar si la semántica de la libertad –y especialmente el constructo “libre vs. constreñido” con sus correlatos– tanto la dimensión de significado dominante en los sujetos agorafóbicos, tal como se sostiene en la literatura clínica citada. El polo de la libertad, de la autonomía y de la independencia es en la actualidad tan valorado que justifica la duda de que se trate de una especie de “universal” compartido en la mentalidad- sentir común de las sociedades occidentales contemporáneas y por esto no sólo sea distintivo únicamente de la organización fóbica.

Con este objetivo, han sido identificados y analizados los *constructos personales* (Kelly, 1955) elicitados de un grupo de pacientes agorafóbicos comparándolos con los de un grupo de pacientes que sufren otras psicopatologías.

La hipótesis formulada es que en el grupo de agorafóbicos los constructos referidos a la semántica de la libertad prevalecerán (tanto en términos cuantitativos como cualitativos), mientras que en el “grupo de control” no encontramos dicha prevalencia.

## **Método**

La investigación se enmarca dentro de un amplio proyecto sobre psicopatología y significado, del cual toma el planteamiento teórico y metodológico (para una descripción más detallada véase Castiglioni, Contino & Golzio, 2003).

### *Participantes*

Han tomado parte en la investigación 60 pacientes españoles adultos (12 hombres y 48 mujeres), de edad comprendida entre 20 y 55 años (edad media 36,3 años) y de nivel socioeconómico medio, en tratamiento desde 2 años; sus terapeutas están vinculados al Centro de Terapia Cognitivo-Social de Barcelona<sup>3</sup>. Los pacientes han sido subdivididos equitativamente en dos grupos: Grupo 1 de sujetos agorafóbicos con ataques de pánico (6 hombres y 24 mujeres) y Grupo 2 (de idéntico número y composición) compuesto por sujetos que sufren otras patologías.

Para aislar la variable “psicopatología” y minimizar, en la medida de lo posible, la influencia de posibles variables que puedan interferir, se han adoptado

dos criterios para la selección de sujetos: a) el diagnóstico; b) los datos anagráficos y las condiciones socioculturales.

a) *Diagnóstico*. Se han excluido del Grupo 1 los sujetos que presentan sintomatologías “mixtas” o otras patologías asociadas a la “principal” objeto del diagnóstico (por ejemplo síntomas depresivos, que se correlacionan frecuentemente al cuadro agorafóbico). Esto ha llevado a descartar un número importante de pacientes que no satisfacen este criterio de manera pura, *incluidos los agorafóbicos que no presentan ataques de pánico*. Los pacientes agorafóbicos han sido diagnosticados mediante una entrevista conducida por el propio terapeuta siguiendo los criterios del DSM IV; antes de su inclusión en la investigación, el diagnóstico y el cuadro sintomatológico de cada uno de estos pacientes ha sido cuidadosamente controlado por el Director del Centro. El mismo criterio ha sido adoptado para seleccionar a los sujetos del Grupo 2, aunque, al tratarse de un grupo heterogéneo respecto al diagnóstico, no ha sido posible aplicarlo con el mismo rigor<sup>4</sup>.

b) *Características anagráficas y socioculturales*. Este criterio (evaluado a través de indicadores tales como la edad, proveniencia geográfica, residencia, nivel de escolaridad y profesión de los pacientes) ha servido para formar el “grupo de control” de modo especular al “grupo experimental”. Las características anagráficas y socioculturales de los sujetos son, por tanto, análogas en los dos grupos. No habiendo sido posible controlar todas las variables potencialmente influyentes (en particular la composición del núcleo familiar), no se puede hablar desde el punto de vista estadístico de “apareamiento” de los sujetos (Kazdin, 1992).

En el momento de la pasación de las pruebas psicodiagnósticas, ninguno de los sujetos estaba hospitalizado o en tratamiento farmacológico.

### *Instrumentos y procedimiento*

Los datos de la investigación han sido obtenidos aplicando individualmente a cada sujeto la *técnica de la rejilla de repertorio* (Kelly, 1955), muy difundida tanto en ámbito clínico como en el ámbito de investigación por la posibilidad que ofrece de combinar observaciones clínicas sofisticadas y elaboraciones estadísticas rigurosas (Feixas & Cornejo, 1998; Fransella, Bell & Bannister, 2004; Jankowicz, 2004). La técnica consiste en una entrevista semiestructurada, mediante la cual emergen las dimensiones semánticas significativas para el sujeto. Los datos recogidos pueden después sintetizarse en una “rejilla de repertorio”, compuesta por: a) una serie de *elementos* representativos del ámbito que se quiere estudiar, en nuestro caso el Si mismo y el contexto relacional del sujeto; b) de un conjunto de *constructos personales bipolares* que el sujeto usa para atribuir significado a los elementos según un criterio de semejanza-contraste; c) de una *escala de evaluación* que ordena a los elementos respecto a la estructura bipolar de cada constructo (Feixas & Cornejo, 1998).

La entrevista semiestructurada se articula en cinco fases.

1. *Identificación de las personas significativas del contexto relacional de cada sujeto* (a partir de aquí denominadas “elementos”), según el *método de elicitación mediante el diálogo* (Easterby-Smith, 1981)<sup>5</sup>.
2. *Elicitación de los constructos bipolares mediante el método diádico* (Epting, Suchman, Nickeson, 1971; Keen & Bell, 1980). Los elementos identificados en la fase anterior se comparan de dos en dos<sup>6</sup>, en base a criterios de semejanza y de diversidad, obteniendo de este modo parejas de opuestos semánticos (los “constructos”) del tipo “bueno-malo”, inteligente-estúpido”, etc.
3. *Aplicación a cada constructo de la técnica del laddering* (Fransella *et al.*, 2004), para incrementar la producción de constructos, tanto a los más generales como a los más específicos.
4. *Evaluación del grado de aplicabilidad de cada constructo a cada elemento sobre una escala de 7 puntos*; las puntuaciones obtenidas de este modo se convierten en los datos cuantitativos de los cuales se compone la rejilla de repertorio, de los cuales es posible extraer varios índices de medida.
5. Aplicación de la *Resistance to Change Technique* (Fransella *et al.*, 2004), mediante la cual el sujeto ordena los constructos en términos de importancia.

La pasación de las rejillas de repertorio a los pacientes se ha realizado en la fase inicial del tratamiento, a fin de evitar que la identificación de los constructos personales se viera influida por significados co-construidos con el terapeuta en el curso del proceso psicoterapéutico.

#### *Análisis de los datos*

El número total de constructos y de elementos elicitados por los dos Grupos de sujetos es análogo y por tanto comparable a nivel estadístico (Cfr. Tab. 1).

<b>Tabla 1</b> - Constructos y elementos elicitados en los dos grupos: media, rango (número mínimo y número máximo) y número total.						
	CONSTRUCTOS			ELEMENTOS		
	Media	Rango	Total	Media	Rango	Total
<b>Grupo 1</b>	17.6	10-20	528	16.3	10-22	489
<b>Grupo 2</b>	17.2	10-28	518	15.6	11-18	470

Todos los constructos han sido clasificados en base a su contenido semántico (Landfield, 1971; Procter, 2002) por dos jueces independientes en 21 categorías (cfr. Tab. 2) excluyentes recíprocamente, utilizando un criterio de tipo hermenéutico<sup>7</sup>.

**Tabla 2** - Categorías semánticas de los constructos y sus frecuencias: denominación de la categoría; frecuencias en valores absolutos y frecuencias proporcionales en el Grupo 1; frecuencias en valor absoluto y frecuencias proporcionales en el Grupo 2.

Categoría	Frec. abs. Grupo 1	% sobre total Grupo 1	Frec. abs. Grupo 2	% sobre total Grupo 2
1. Libertad	56	10.60	10	1.93
2. Constructos relacionados con libertad	106	20.07	12	2.31
3. Sociabilidad	23	4.35	42	8.10
4. Confianza	25	4.73	35	6.75
5. Inteligencia	15	2.84	10	1.93
6. Edad	12	2.27	9	1.73
7. Timidez	11	2.08	25	4.82
8. Tranquilidad	16	3.03	12	2.31
9. Egoísmo	25	4.73	20	3.86
10. Celos	16	3.03	14	2.70
11. Bondad/maldad	20	3.78	40	7.72
12. Poder	20	3.78	50	9.65
13. Emotividad/aprensión	25	4.73	35	6.75
14. Seguridad	19	3.59	41	7.91
15. Determinación	24	4.54	21	4.05
16. Pereza	25	4.73	19	3.66
17. Meticulosidad/orden	3	0.57	22	4.24
18. Optimismo	12	2.27	32	6.17
19. Seriedad	15	2.84	9	1.73
20. Vínculo/Relación	26	4.92	20	3.86
21. Otros constructos caracteriales	34	6.43	40	7.72
<b>TOTAL</b>	<b>528</b>	<b>100</b>	<b>518</b>	<b>100</b>

En relación a las hipótesis de investigación, se ha tenido especial cuidado en la clasificación de los constructos referidos a la semántica de la libertad. Estos constructos han sido reagrupados en 2 categorías:

1. *Libertad*, que incluye todos los constructos verbalizados explícitamente por los pacientes con las palabras “libre-libertad”, “constreñido”, “dependiente”, “independiente” o sus derivados, tales como sustantivos, adjetivos, breves locuciones, por ej.: “libre/obligado”; “libre/ligado”, “vínculo/

libertad”;

2. *Constructos relacionados con libertad*, que incluye los constructos que evocan significados relacionados con la esfera de la libertad aunque *sin nombrarlos explícitamente*; se incluyen igualmente los constructos emocionales correlacionados con “coraje vs. miedo”; por ejemplo: “cobarde vs. valiente”, “miedoso vs. temerario”, “viajar vs. no abandonar nunca el nido”, “decidido vs. indeciso”.

Las otras categorías semánticas han sido tomadas del citado trabajo, donde habían sido definidas inductivamente en base a lo expresado por los sujetos<sup>8</sup>.

Al final del proceso de clasificación han sido calculadas las frecuencias proporcionales<sup>9</sup> de cada categoría sobre el total de los constructos elicitados por los dos grupos, considerados separadamente (Cfr. Tab. 2). Para la comparación estadística entre los dos grupos ha sido utilizado el test *z* de la diferencia entre proporciones (Ercolani, Areni, & Leone, 2002).

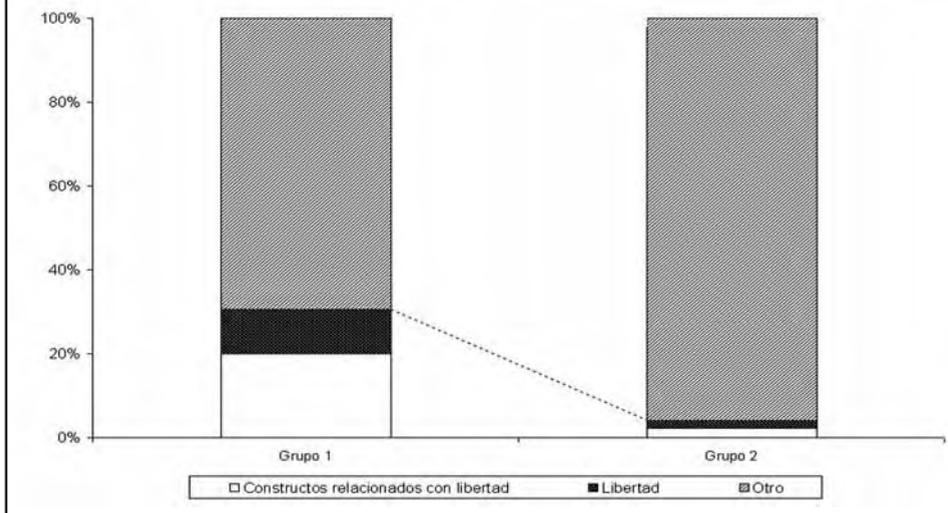
## Resultados

Un primer resultado interesante se evidencia del análisis de las frecuencias (cfr. Tab. 2). Mientras los datos del grupo de control aparecen distribuidos en las diferentes categorías, casi un tercio de los constructos elicitados por los pacientes agorafóbicos se concentran en las categorías relativas a la semántica de la libertad. En el Grupo 1 los porcentajes de las categorías “libertad” (10.60 %) y de los “constructos relacionados con libertad” (20.07 %) son de un 30.67 %, en contraste con el 4.24 % encontrado en el Grupo 2. La Fig. 1 evidencia gráficamente este dato.

Aplicando el test de la diferencia entre proporciones se obtiene un resultado estadísticamente significativo ( $z = 7.46$ ;  $p < 0.001$ ); no se evidencian otras diferencias significativas entre los dos grupos.

Habiendo sido utilizada hasta este punto una definición operativa de la *relevancia* en términos puramente cuantitativos (o sea de frecuencia), se podría objetar que, aunque siendo más frecuentes, los constructos relativos a la semántica de la libertad pueden no ser los que los sujetos agorafóbicos consideren más importantes<sup>10</sup>. Por esa razón, han sido tomados en consideración para cada sujeto los 3 constructos de nivel jerárquico más elevado, identificados mediante la aplicación de la *Resistance to Change Technique*. Para cada uno de los 2 Grupos se han obtenido 90 constructos (3 constructos X 30 sujetos), cada uno de los cuales había sido ya adscrito a una categoría; luego han sido calculadas las frecuencias de las categorías semánticas correspondientes a los constructos de más elevada jerarquía. Los resultados no dejan ninguna duda al respecto. En el Grupo 1, el 85,5% de los tres constructos de alto nivel jerárquico se refieren a la semántica de la libertad (categoría “libertad” = 55, 5 %; categoría “constructos relacionados con libertad” = 30 %), mientras en el Grupo 2 no se encuentran semánticas dominantes. En este Grupo 2 las categorías más representativas son la de “poder” (9%) y la de “bondad”

**Figura 1-** Gráfico de la diferencia entre Grupo 1 (sujetos agorafóbicos) y Grupo 2 (sujetos que sufren otras patologías) respecto a los porcentajes de las categorías “libertad” y “constructos relacionados con libertad” (N.B.: “Otro” indica aquí el conjunto de todas las otras categorías de la Tabla 2).



(9%), pero los datos se distribuyen sin diferencias significativas en todas las categorías.

## Discusión

Los resultados de la investigación parecen corroborar las hipótesis formuladas en el ámbito clínico, tanto en términos de frecuencia como en términos de importancia atribuida a la semántica de la libertad de los pacientes agorafóbicos. En cambio, esto no se verifica en el “grupo de control” de pacientes que sufren otras patologías donde no es posible identificar una semántica distintiva o dominante.

Sin embargo es necesario precisar los límites de tales resultados. En primer lugar, en el plano de la generalización estadística, el grupo analizado no constituye una muestra representativa de la población de pacientes agorafóbicos. Más allá del número no elevado de sujetos, los criterios utilizados para formar los grupos de los participantes en la investigación son los mismos que limitan la posibilidad de extrapolar la validez de los resultados a otras condiciones. Los sujetos pertenecen a una cultura determinada (la catalana) y a una clase social común, lo cual impide extrapolar las conclusiones a otros grupos con características diferentes. Una ampliación de la muestra, incluso en sentido multicultural, y análisis estadísticos más sofisticados de los datos recogidos podrían otorgar una mayor validez a los resultados. Por otra parte, los terapeutas (sin conocer la hipótesis de la investigación, igual como uno de los dos jueces que han categorizado los constructos) poseen

una misma formación teórico-clínica, condición necesaria para aplicar la técnica de la rejilla de repertorio según modalidades comparables. Sería en un futuro deseable poder comparar rejillas de repertorio elicítadas por pacientes en tratamiento por terapeutas de diferente orientación, construyendo un sistema de categorización que incluya los principales temas semánticos teorizados en el marco de los diferentes paradigmas clínicos.

Otra hipótesis de investigación verificable en un futuro mediante las rejillas de repertorio se refiere a las diferencias de *positioning* entre agorafóbicos y pacientes que sufren otras patologías dentro del espectro fóbico (en particular claustrofobia) sobre el continuum semántico “libertad-constricción” (Negri, Fellin, & Zanaboni, 2007). Una vía prometedora desde una óptica comparativa entre modelos psicoterapéuticos sería la comparación de datos obtenidos mediante métodos diferentes, en particular, el análisis de las transcripciones de las sesiones psicoterapéuticas. Diversos estudios han sido realizados en este ámbito, según perspectivas no siempre mensurables (Bercelli, 2000; Bucci, 1999; Gandino, 2003; Lai, 2003; Mergenthaler & Kachele, 1998; Ugazio, Negri, Zanaboni, & Fellin, 2007a; Viaro, 2003; Villegas, 2000).

Los trabajos realizados sobre la patología fóbica desde una perspectiva sistémica-construccionista del grupo de Ugazio (Di Pasquale & Rivolta, 2003; 2004; Gandino & Salamino, 2005; Negri *et. al.*, 2007; Ugazio, Negri, Zanaboni, & Fellin, 2007b) han dado resultados que corroboran la hipótesis del predominio de la semántica de la libertad-constricción, comparables con los que nosotros hemos obtenido. En estos trabajos se establece una comparación entre pacientes que sufren diversas psicopatologías, y se plantea la hipótesis –también en la base del presente trabajo– de que cada psicopatología se caracteriza por el predominio de una semántica específica: libertad para las fobias, bondad para los trastornos obsesivos, poder para los trastornos alimentarios, pertenencia para la depresión. A la luz de todo esto, sería posible explicar porqué en el “grupo de control” (donde, recordemos que *no* había sido encontrada ninguna semántica predominante) una de las categorías con más representación ha sido la del poder: en efecto, en el Grupo 2 existe un número relativamente elevado de pacientes que sufren trastornos alimentarios (alrededor del 17 % del total de la muestra), que han elicitado los constructos referidos a dicha semántica<sup>11</sup>.

Otro desarrollo futuro de la investigación podría plantear la comparación entre los resultados obtenidos mediante la técnica de la rejilla de repertorio y los derivados de otros instrumentos que hagan operativos los rasgos característicos de las diferentes organizaciones de significado personal teorizadas por Guidano (Picardi, 2003).

Esta investigación no tiene ninguna intención de tomar partido a favor o en contra de alguno de los modelos explicativos descritos, ni tampoco de confirmar o de falsear a nivel empírico la idea de la “psicopatología como ciencia del significa-

do”. Tal como nos enseña la epistemología contemporánea y el mismo Kelly (1955) había afirmado a propósito de la relación entre constructos e hipótesis predictivas derivadas de dichos constructos, siempre hay un cierto desfase entre una teoría y su operativización.

El método clínico no sustituye, en aras a la exigencia de rigor metodológico, al método experimental (Battacchi, 2006). Esto no sólo es válido a nivel de intervención, sino que también en el de elaboración conceptual. “Convertida en exclusiva especialmente en un campo como la psicología clínica y la psicoterapia, la preocupación metodológica anula su propio objeto” (Ugazio 1998, p. 14). El control riguroso de todas las variables, propio del método experimental, puede llegar a ser “completamente equivocado” en estos ámbitos, o sea metodológicamente perfecto, pero inadecuado respecto al objeto de investigación. Contrariamente, el método clínico, más sensible a la globalidad y unicidad de los significados expresados por las personas en la relación con el terapeuta, es “imperfectamente correcto”, adecuado aunque técnicamente espurio. Esta es la razón porque ha sido elegida una modalidad relativamente tosca de análisis de los datos pero más “cualitativa” y adecuada a los datos originales, respecto a las sofisticadísimas técnicas estadísticas disponibles para el análisis de las rejillas de repertorio (Cfr. por ejemplo, Bell, Faccio, & Castiglioni, 2009). Método clínico y método experimental deberían pues operar de modo sinérgico en la construcción de un saber común, superando rígidas dicotomías conceptuales a favor de una complementareidad no ecléctica de métodos y perspectivas. La finalidad de este estudio, no por casualidad inspirado en un método cuali-cuantitativo, es ofrecer una contribución empíricamente fundamentada para una *convergencia entre orientaciones teóricas diferentes que, en el respeto de su recíproca diversidad, colaboren en pos de una visión “compleja” de los fenómenos psicopatológicos, donde puedan coexistir puntos de vista múltiples y complementarios.*

*El objetivo de la presente investigación es someter a examen empírico la tesis clínica, común a diferentes enfoques psicoterapéuticos, sobre la conexión entre agorafobia y semántica de la libertad, planteando la hipótesis que los constructos personales relacionados con la esfera de la “libertad-constricción” son predominantes en los pacientes agorafóbicos.*

*Método y participantes. La técnica de la rejilla de repertorio (Kelly, 1955) ha sido aplicada a 30 pacientes agorafóbicos, a fin de elicitar sus constructos personales más significativos. Como “grupo de control” han sido utilizados otros 30 pacientes que sufren otras psicopatologías. Los constructos personales de los dos grupos de pacientes han sido categorizados según criterios hermenéuticos y comparados mediante pruebas estadísticas.*

*Los resultados corroboran la hipótesis formulada: entre los pacientes agorafóbicos existe una significativa prevalencia de los constructos relativos a la semántica de la libertad, mientras que esto no se da en el grupo de control. Dichos resultados y sus limitaciones se ponen en discusión a la luz de sus posibles aplicaciones clínicas y de cuestiones epistemológicas y metodológicas más amplias inherentes a la investigación.*

*Palabras clave: agorafobia; psicopatología; significado; semántica “libertad-constricción”; Constructos Personales; Técnica de la Rejilla de Repertorio.*

Traducción: Empar Torres i Aixalà

## Notas:

- 1 Nos referimos en particular a la agorafobia y claustrofobia, clasificadas por el DSM-IV como *trastornos de pánico con agorafobia* (300.21), *agorafobia sin anamnesis de trastorno de pánico* (300.22) y *fobia específica de tipo situacional* (300.29). Según Glauber, Copes y Bara (1996) las diferentes fobias se consideran de manera unitaria. “Las razones que llevan a una persona a temer a los aviones y a otra a las arañas pueden buscarse en la historia individual, pero todas las fobias comparten un esquema etiopatogénico y una imagen del Si mismo. Las trataremos, por tanto, de manera unitaria, siguiendo también el *DSM-IV*, que las clasifica bajo el término general de agorafobia” (p. 214).
- 2 El autor distingue dos acepciones fundamentales del término: “libertad *de*” y “libertad *para*”. La primera se refiere a la libertad *de* constricciones ligadas a obstáculos materiales o a condicionamientos humanos; la segunda en cambio se refiere a la libertad de elección y de autodeterminación responsable del sujeto *para* actuar de modo autónomo e independiente.
- 3 Los terapeutas, uno para cada sujeto de la investigación, estaban realizando una formación especializada en el Máster en Psicoterapia dirigido por el tercer autor, en el citado centro.
- 4 El grupo de control resulta de este modo compuesto por: 10 sujetos que sufren trastornos depresivos, 5 trastornos alimentarios (4 anoréxicas y 1 bulímica), 3 trastornos de ansiedad generalizada, 4 trastornos de adaptación, 2 trastornos obsesivos, 6 otras patologías (3 trastornos “existenciales”; 1 trastornos psicósomáticos; 1 trastorno límite de personalidad; 1 dependencia de sustancias). Dicha distribución representa bastante verosímilmente la de la población de pacientes que se atienden en el Centro (con exclusión obviamente de los trastornos del espectro fóbico).
- 5 Kelly (1955) propone para la elicitación de los elementos una lista de 24 roles significativos. Se usan los siguientes: “Yo como soy”, “Yo como quisiera ser”; madre, padre, hermanos/hermanas; pareja; hijos; amigos/amigas; otros adultos significativos; una persona admirada y una detestada (si no

- coinciden con las ya citadas).
- 6 Existen diferentes modalidades para la elicitación de los constructos, en particular el método diádico y el triádico. Se ha elegido el primero porque permite obtener más fácilmente constructos organizados en polaridades opuestas.
  - 7 El porcentaje de acuerdo interjueces ha sido igual al 77.2 %; en caso de duda, los dos jueces tenían que acordar una solución común.
  - 8 La categoría residual “otros constructos caracteriales” incluye las dimensiones semánticas que según los jueces no eran adscribibles a las categorías precedentes.
  - 9 Tal medida ha sido obtenida dividiendo la frecuencia absoluta de cada categoría por el número total de constructos elicitados. Multiplicando por 100 se obtienen los porcentajes.
  - 10 Según Kelly (1955), los constructos personales se organizan en un sistema con relaciones de superioridad y de subordinación: no todos los constructos son igualmente importantes y centrales.
  - 11 No ha sido por el momento posible verificar si al alto número de pacientes depresivos corresponda una frecuencia congruente de constructos relativos a la semántica de la “pertinencia-exclusión”.

## Referencias bibliográficas

- BARA, B.G. (1996) (comp.). *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- BATTACCHI, M.W. (2006). *La conoscenza psicologica. Il metodo, l'oggetto, la ricerca*. Roma: Carocci.
- BELL, R.C., FACCIO, E., & CASTIGLIONI, M. (2009). An introduction to iGRIDSTAT: an Italian language version of repertory grid analysis program GRIDSTAT. *XVIIth International Congress on Personal Construct Psychology*, Venezia.
- BERCELLI, F. (2000). Le sedute di terapia familiare sistemica e di terapia cognitiva: un confronto. *Terapia familiare*, 63, 79-86.
- BUCCI, W. (1999). Schemi del discorso nelle ore buone e in quelle problematiche. *Psicoterapia*, 14-15, 30-47.
- BUSCH, F. N. (1995). Agoraphobia and panic states. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43, 207-221.
- CASTIGLIONI, M., CONTINO, L., & GOLZIO, P. (2003). La semantica dell'obesità: un contributo empirico. *Terapia Familiare*, 72, 63-83.
- Di PASQUALE, R., & RIVOLTA, A. (2003). Dai significati alle strutture contestuali: fobia e disturbi alimentari psicogeni a confronto. *Psicoterapia*, 26, 107-120.
- Di PASQUALE, R., & RIVOLTA, A. (2004). Fobia e disturbi alimentari psicogeni: narrazioni a confronto. *Terapia Familiare*, 74, 43-66.
- EASTERBY-SMITH, M. (1981). The design, analysis and interpretation of repertory grids. En Shaw, M.L.G. (Ed.), *Recent advances in personal constructs technology*. London: Academic Press.
- EPTING F.R., SUCHMAN, D.I., & NICKESON, C.J. (1971). An evaluation of elicitation procedures for personal constructs. *British Journal of Psychology*, 62, 4, 513-517.
- ERCOLANI P., ARENI, A., & LEONE, L. (2002). *Statistica per la psicologia II. Statistica inferenziale e analisi dei dati*. Bologna: Il Mulino.
- FEIXAS G., CORNEJO, J. M. (1998). *Manuale per lo studio delle griglie di repertorio con il programma "Griglia"*. Milano: Vita e Pensiero.
- FRANSELLA, F., BELL R., & BANNISTER D. (2004). *A manual for Repertory Grid Technique*, 2nd ed. Chichester: Wiley.
- GANDINO, G. (2003). *La conversazione terapeutica: un'analisi semantica*. *Terapia familiare*, 71, 80-88.
- GANDINO, G., & SALAMINO, F. (2005). Le organizzazioni fobiche al test di Rorschach. *Psicopatologia cognitiva*, 2, 83-92.
- GLAUBER L., COPES N., & BARA B.G. (1996). L'organizzazione cognitiva di tipo fobico. En Bara, B.G. (1996), *op. cit.*
- GUIDANO, V. (1987). *La complessità del Sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri, 1988.
- GUIDANO, V., LIOTTI G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.

- HALEY, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton (tr. it. *Le strategie della psicoterapia*. Firenze: Sansoni, 1974).
- KAZDIN, A.E. (1992). *Research design in clinical psychology*. Englewood Cliffs, Hew Jersey, Allyn & Bacon (trad. it. *Metodi di ricerca in psicologia clinica*. Il Mulino: Bologna, 1996).
- KEEN, T. R., BELL, R. C. (1980). One thing leads to another: a new approach to elicitation in repertory grid technique. *International Journal of Man-Machine Studies*, 13, 25-38.
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton (ed. it.: (comp.) M. Castiglioni, Cortina, 2004).
- KOHLBERG, L. (1981). *Essay on moral development. The philosophy of moral development*. San Francisco: Harper & Row.
- JANKOWICZ, D. (2004). *The easy guide to Repertory Grids*. Chichester: Wiley.
- LAI, G., (2003). Le conversazioni conversazionali. *Terapia Familiare*, 71, 76-80.
- LANDFIELD, A.W. (1971). *Personal construct systems in psychotherapy*. Chicago: Rand McNally.
- LORENZINI, R., SASSAROLI, S. (1987). *La paura della paura*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- MERGENTHALER, E., KACHELE, H. (1998). The Ulm texbank management system. A tool for psychotherapy research. En Dahl, H., Kachele, H., Thoma, H. (eds.), *Psychoanalytic process research strategies*. Berlin-New York: Springer-Verlag.
- NARDI, B. (2007). *Costruirsi. Sviluppo e adattamento del sé nella normalità e nella patologia*. Milano: Angeli.
- NEGRI, A., FELLIN, L., ZANABONI, E. (2007). Il dilemma fobico: un problema di positioning all'interno della semantica della libertà?. En Ugazio, V. (2007), (comp.). *Quaderni del Dottorato in Psicologia Clinica*. Bergamo: Bergamo University Press.
- NEIMEYER, R.A., MAHONEY, M.J. (1995) (Eds.). *Constructivism and psychotherapy*. Washington: APA.
- PICARDI, A. (2003). First steps in the assessment of cognitive-emotional organisation within the framework of Guidano's model of the self. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 363-365.
- PROCTER, H. G. (2002). Constructs of individuals and relationships. *Context*, 59, 11-12.
- SASSAROLI, S., LORENZINI, R., RUGGIERO, G.M. (2005). Le fobie e il loro trattamento. En Bara, B.G. (comp.), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Vol. II. Clinica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- SELMAN, R.L. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic Press.
- UGAZIO, V. (1998). *Storie permesse storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- UGAZIO, V., NEGRI, A., ZANABONI, E., FELLIN, L. (2007a). Libertà, potere, bontà, appartenenza. Griglia delle semantiche familiari (GSF). En Ugazio, V. (2007) (comp.), *Quaderni del Dottorato in Psicologia Clinica*. Bergamo: Bergamo University Press.
- UGAZIO, V., NEGRI, A., ZANABONI, E., FELLIN, L. (2007b). La conversazione con i soggetti fobici è dominata dalla semantica della libertà?. En Ugazio, V. (2007) (comp.), *op.cit.*
- VEGLIA, F. (1999.) (comp.). *Storie di vita. Narrazione e cura in psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- VIARO, M. (a cura di) (2003). Opinioni a confronto: Parole. *Terapia Familiare*, 71, 69-88.
- VILLEGAS, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-87.
- VILLEGAS, M. (1995). Psicopatología de la libertad (I). La agorafobia o la constricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 21, 17-40.
- VILLEGAS, M. (2000). *L'analisi del discorso in psicoterapia*. Torino: Quattro Venti.
- VILLEGAS, M. (2005). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Revista de Psicoterapia*, 63/64, 59-132.
- VILLEGAS, M. (2008). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Apuntes de Psicología*, 26, 199-228.

# INDICE GENERAL AÑO 2009

## Nº 77 ESTUDIOS DE CASO ÚNICO

DIFERENCIAL SEMÁNTICO DE OSGOOD COMO INSTRUMENTO DE PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA Y MEDIDA DEL CAMBIO EN PSICOTERAPIA COGNITIVO-ANALÍTICA: ESTUDIO DE UN CASO

María Vicenta Gómez de Ramón Fuster y Carlos Martín Fernández-Mayoralas

EVOLUCIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA Y REDUCCIÓN SINTOMÁTICA EN LAS OCHO PRIMERAS SESIONES DE PSICOTERAPIA: UN ESTUDIO DE CASO

Gerard Segarra Gutiérrez

LA PSICOTERAPIA COMO RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA. A PROPÓSITO DE UN PROCESO DE DUELO

Manuel Villegas Besora

"LA BAILARINA". INTERFERENCIA EN EL SENTIDO DE CONTINUIDAD DE SU IDENTIDAD PERSONAL, SINTOMATOLOGÍA, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Marcial Arredondo Rosas

UN CASO DE INSOMNIO: ¿QUÉ HAY DETRÁS DE LOS SÍNTOMAS?

Glòria Ribas Serra

## Nº 78/79 SECTAS Y FAMILIA

SOCIALIZACIÓN DE LOS HIJOS EN CONTEXTOS FAMILIARES SECTARIOS

Pepe Rodríguez

LA VINCULACIÓN A SECTAS COERCITIVAS Y LA PERSPECTIVA FAMILIAR

Álvaro Rodríguez-Carballeira, Carmen Almendros

LOS MOTIVOS DE VINCULACIÓN A SECTAS COERCITIVAS

Carmen Almendros, Álvaro Rodríguez-Carballeira, José Antonio Carrobes y Manuel Gámez-Guadix

SECTAS Y PSICOPATOLOGÍA

Adolfo Jarne Esparcia, Mila Arch Marin y Álvaro Aliaga Moore

SECTADEPENDENCIA: LA AFILIACIÓN A UNA SECTA COMO CONDUCTA ADICTIVA

Pepe Rodríguez

TRIBUS URBANAS, FAMILIA, SECTARISMO Y DELINCUENCIA

Carme Guil

APROXIMACIÓN PSICOTERAPÉUTICA A LAS FAMILIAS CON MIEMBROS AFILIADOS A SECTAS

Pepe Rodríguez y Begoña Odriozola

EVALUACIÓN PERICIAL DE LA GUARDA Y CUSTODIA DE LOS HIJOS DE FAMILIAS BAJO SITUACIÓN SECTARIA

Mila Arch Marin, Adolfo Jarne Esparcia, Asunción Molina Bartumeus y Álvaro Aliaga Moore

SECTAS Y FAMILIA EN LA DOCTRINA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

José María Calero Martínez

LIBERTAD RELIGIOSA DEL PROGENITOR FRENTE AL BENEFICIO DEL HIJO MENOR

Aurelia María Romero Coloma

## **Nº 80 TERAPIAS PSICONEURÓLOGICAS DEL TRAUMA**

**EL TRAUMA PSICOLÓGICO: UN PROCESO NEUROFISIOLÓGICO CON CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS**

Mario C Salvador

**EMDR Y EL MODELO DE PROCESAMIENTO ADAPTATIVO DE LA INFORMACIÓN (PAI) MECANISMOS POTENCIALES DE CAMBIO**

Roger M. Solomon y Francine Shapiro

**BRAINSPOTTING, UN NUEVO MODELO DE SINTONÍA DUAL PARA LA PSICOTERAPIA**

David Grand, Ph.D.

**TRATAMIENTO DE UN CASO DE ORIGEN TRAUMÁTICO DE FOBIA A LA SANGRE CON EMDR EN UNA SOLA SESIÓN**

Jesus Sanfiz Mellado

**TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL CON EMDR**

Anabel Gonzalez y Dolores Mosquera

**EMDR EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: REVISIÓN**

Raquel Quílez Pardos

**LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS Y DEL TRAUMA: PRESENTACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE TRAUMA ACUMULATIVO (CTS)**

Robles, M. E., Badosa, J. M., Roig, A. Pina, B., Feixas, G.

\* \* \*

**ENTRE LA LIBERTAD Y LA CONSTRUCCIÓN: EL DILEMA DE LA AGORAFOBIA**

Marco Castiglioni, Laura Contino y Manuel Villegas Besora

# **REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**EDITA:**

**REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.**

**Dirección y Redacción:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**Numancia, 52, 2º 2ª**

**08029 BARCELONA**

**Fax.: 933 217 532**

**e-mail: [mvillegas@ub.edu](mailto:mvillegas@ub.edu)**

**Gestión y Administración:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**EDITORIAL GRAÓ**

**c./ Hurtado, 29**

**08022 BARCELONA**

**Tel.: 934 080 464**

**Fax: 933 524 337**

**e-mail: [revista@grao.com](mailto:revista@grao.com)**