

Volumen VII
Número 2
Septiembre
2017



EMDR basic protocol variation for the increase in the threshold of tolerance for reexperimentation

Abstract: *In the following article, a variation of the Basic E.M.D.R. Protocol is presented, which the author has developed throughout years of clinical experience in the psychotherapeutic approach to trauma.*

This small but extremely effective modification of the standard Protocol would take place in Phase 2, or the Preparation Phase, and essentially consists in the use of some of the resources provided by the crisis intervention protocols (essentially the E.M.D. protocols) with the fundamental objective of widening the narrow window of tolerance of the internal experience that lies behind the so-called "fear of re-experimentation", and which is one of the greatest enemies of traumatic memory processing.

Keywords: *E.M.D.R., basic protocol, trauma, window of tolerance, dissociation, fear of re-experimentation.*

Variación del Protocolo Básico de EMDR para el aumento del umbral de tolerancia a la reexperimentación

Begoña Aznárez Urbietta

**Presidenta del Instituto para el Desarrollo y la Aplicación de EMDR (IDAE)
Vicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia**

Resumen: En el presente artículo se presenta, de manera abreviada, una variación del Protocolo Básico de E.M.D.R. que la autora ha desarrollado a lo largo de años de experiencia clínica en el abordaje psicoterapéutico del trauma.

Esta pequeña pero extremadamente eficaz modificación del Protocolo estándar se llevaría a cabo en la Fase II o Fase de Preparación y consiste esencialmente en la utilización de algunos de los recursos que nos proporcionan los protocolos de intervención en crisis (esencialmente los llamados protocolos de E.M.D.) con el objetivo fundamental de aumentar la estrecha ventana de tolerancia a la experiencia interna que está detrás de la llamada "fobia a la reexperimentación" y que es uno de los grandes enemigos del procesamiento de recuerdos traumáticos.

Palabras clave: *E.M.D.R., protocolo básico, trauma, ventana de tolerancia, disociación, fobia a la reexperimentación.*

INTRODUCCIÓN

Comenzaremos este artículo haciendo una breve referencia a lo que es E.M.D.R. y resumiremos el Protocolo Básico de desarrollo de la técnica y las fases que lo componen.

Qué es E.M.D.R.

Es el acrónimo en inglés de Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Da nombre a una técnica psicoterapéutica especialmente indicada para el trabajo con las experiencias traumáticas y que se traduce como: Desensibilización y Reprocesamiento por el Movimiento Ocular.

Fue desarrollado por Francine Shapiro en 1987 con el siguiente presupuesto teórico: la existencia de un sistema innato en todos los seres humanos fisiológicamente orientado hacia la salud. El sistema se activaría esencialmente, y de forma natural, durante la fase R.E.M. del sueño con el movimiento sacádico de los ojos lo cual se estima que favorece la sincronización de la información atesorada en sendos hemisferios cerebrales. En condiciones ideales, la información somato-sensorial, emocional y cognitiva quedaría así perfectamente integrada y esto conferiría al individuo la oportunidad de elaborar una respuesta adaptativa en relación a los retos del día a día y de producir aprendizaje.

La patología se crearía al bloquearse dicho sistema al que Shapiro llamó inicialmente S.P.I.A. (Sistema de Procesamiento de la Información de forma Adaptativa) y al que se conoce en la actualidad mayoritariamente por el acrónimo P.A.I. (Procesamiento Adaptativo de la Información). El bloqueo supondría que la información referente al suceso que se ha vivido queda aislada del resto de redes neuronales, y no integrada.

Reproducir voluntariamente y en la consulta el trabajo que el cerebro realiza espontáneamente en sueño R.E.M. fue la genial inspiración de la Doctora Shapiro. Treinta años de éxitos y cientos de estudios llevados a cabo para validar la herramienta y explicar por qué funciona, han demostrado la validez de la hipótesis inicial y la fiabilidad de la técnica y han llevado a E.M.D.R. a ser reconocida en 2010 como una psicoterapia basada en la evidencia y a ser recomendada en 2012 por la O.M.S. en el tratamiento del T.E.P.T. en niños y adultos.

Así pues, esto es lo que hacemos con nuestros pacientes cuando les indicamos que sigan el movimiento de nuestros dedos con sus ojos y procurando no mover la cabeza, reproducir voluntariamente un trabajo para el que ya venimos preparados “de fábrica”. También cuando les hacemos toques alternantes en sus manos, piernas u hombros (tapping), o les ponemos unos auriculares con un sonido igualmente alternante. Son las diferentes maneras de producir lo que es la esencia del funcionamiento de E.M.D.R. o de lo que hace nuestro cerebro en R.E.M.: la estimulación bilateral. Ésta es la responsable de esa sincronización hemisférica de la que hablábamos más arriba.

La información acerca del suceso traumático que ha quedado aislada se almacena de forma excitatoria en espera a ser atendida, narrada, explicada, legitimada y, consecuentemente, correctamente integrada.

Hablar y pensar sobre lo que ocurrió para después soñar y poderlo procesar en fase R.E.M. sería el camino adecuado para integrar esas experiencias emocionalmente impactantes. Y es por eso que reproducir ese mismo modelo de trabajo con las experiencias vividas (y no integradas) en la consulta, proporciona tan buenos resultados.

Inicialmente, Shapiro pensó que solo estaba desarrollando una manera extraordinariamente eficaz para desensibilizar (y, de hecho, inicialmente denominó a su técnica E.M.D.) pero los llamativos e interesantes resultados que iban consiguiendo sus pacientes, le llevaron a pensar que había algo más que desensibilización, que se producía lo que ella llamó reprocesamiento y que supone esencialmente un cambio drástico y duradero en el sistema de creencias del individuo cuando se trabaja adecuadamente con la estimulación bilateral. Esto es lo que convierte a la técnica, a mi juicio, en una forma revolucionaria de trabajo. Pues supone estar presenciando cómo un proceso que genera inexorablemente (en un momento vital determinado) una narrativa tan incompleta e incoherente con la experiencia vivida como consecuentemente falsa y desadaptativa, es invertido y transformado en otro muy distinto: el de la saludable integración de la experiencia, con una narrativa radicalmente distinta: completa, coherente y adaptativa.

No hay nada que otorgue más poder que saber, conocer, experimentar con consciencia. Por eso las sesiones de E.M.D.R. en las que vemos transformarse la experiencia implícita en explícita son tan empoderantes. Por eso es tan importante la desensibilización que permite el desbloqueo y el reprocesamiento que genera creencias tan prodigiosas como “yo puedo”. Sobre esto vamos a seguir hablando más adelante.

Protocolo básico de E.M.D.R.

Está dividido en ocho fases: 1. Historia, 2. Preparación, 3. Medición, 4. Desensibilización, 5. Instalación de la cognición positiva, 6. Chequeo corporal, 7. Cierre y 8. Reevaluación.

La base de trabajo con la estimulación bilateral supone el enfoque en los siguientes aspectos del suceso diana que se ha elegido para la desensibilización y el reprocesamiento: el Input sensorial, la Creencia asociada, la Emoción que se experimenta al evocar de nuevo el suceso y las Sensaciones corporales que se registran. Recogiendo las iniciales de esos aspectos del suceso (y que he puesto en negrita) construimos el acrónimo I.C.E.S. Durante la fase 3 del protocolo, “construir el ICES” es una tarea primordial para el psicoterapeuta. Así garantizamos la presencia simultánea de todos los elementos constituyentes de la experiencia y eso es fundamental para que se produzca el procesamiento.

Este protocolo es sumamente eficaz para el trabajo con trauma simple pero es más complicada su aplicación para los casos que situamos dentro del espectro de lo que nos gusta considerar (siguiendo a Judith Herman) “Trauma Complejo”. En estos casos, es imprescindible alargar la fase de preparación y trabajar los aspectos asociados a la disociación para garantizarnos una correcta forma de abordaje y el éxito en el funcionamiento de la técnica.

TRAUMA PSÍQUICO

Definición

Trauma es una palabra que procede del griego y que significa herida. Las heridas emocionales dejan una huella característica que debería guiar la intervención psicoterapéutica. Vamos a repasar algunas de estas características para conocer la idiosincrasia del trabajo clínico con las experiencias traumáticas y así poder entender el porqué de la modificación en un protocolo que se ha demostrado, por otra parte, muy eficaz.

Lo primero que abordaré será la tarea de organizar una definición acerca de lo que entendemos por traumático que esté en la base de todo el manejo posterior que vamos a sugerir.

Este intento de definición ha venido siendo una preocupación de clínicos así como de instituciones dedicados a la materia y, afortunadamente, ha evolucionado desde que en 1980 la A.P.A. al incluir por fin en 1980 una categoría que llamó “Trastorno de Estrés Postraumático”, calificó las experiencias traumáticas como algo que ocurre fuera de la experiencia humana normal. Por desgracia, la práctica profesional nos ha ido demostrando que las experiencias traumáticas están mucho más presentes de lo que imaginamos en el día a día de cualquier ser humano normal.

A este respecto merece la pena hacer referencia a las cifras que nos presenta Bessel van der Kolk en su último libro “El cuerpo lleva la cuenta”. En él, Van der Kolk afirma que uno de cada cinco estadounidenses sufrió abusos sexuales de niño; uno de cada cuatro fue físicamente maltratado por uno de sus progenitores hasta el punto de dejarle alguna marca en el cuerpo; y una de cada tres parejas recurre a la violencia física. Un cuarto de nosotros creció con familiares alcohólicos, y uno de cada ocho ha sido testigo de cómo pegaban a su madre. (1)

En otra publicación, el Doctor Van der Kolk comparte más información acerca de la incidencia de experiencias traumáticas:

- *Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de EE.UU. estiman que 1 de cada 8 niños entre las edades de 2 y 17 es víctima de maltrato.*

- *El Estudio de la Victimización en el Desarrollo descubre que 71% de los niños en EE.UU. han padecido por lo menos una forma de victimización.*

- *El Estudio de Great Smokey Mountain descubre que 67.8% de los niños han sido traumatizados de alguna manera antes de cumplir 16 años.*

En otros países, incluido España, los resultados son similares:

- En su artículo ¿Uno de cada cinco? Victimización sexual infantil en España, Noemí Pereda, de la Universidad de Barcelona (2016),

tras analizar los resultados de tres grandes estudios de metaanálisis llevados a cabo por diferentes autores analizando otros trabajos publicados en distintos países de los cinco continentes, llega a la siguiente conclusión: Estos destacados trabajos han permitido confirmar que la victimización sexual de menores es un grave problema que afecta a todas las sociedades en las que se ha estudiado, en un porcentaje que no varía demasiado entre estudios y se sitúa en un 8% de los varones y cerca de un 20% de las mujeres.

En este mismo artículo, la autora termina exponiendo: Cabe tener en cuenta que el propio Consejo de Europa, consciente de la extensión de la victimización sexual contra menores en los distintos países europeos, ha impulsado una campaña de sensibilización titulada 'One in five' [Uno de cada cinco], que resume los porcentajes obtenidos en los estudios retrospectivos de prevalencia y en los diferentes metaanálisis publicados al respecto. Como se ha observado, si se tiene en cuenta esta fuente, en España entre un 10 y un 20% de la población ha sido víctima de abuso sexual en su infancia, generalmente antes de cumplir los 13 años de edad. Los estudios llevados a cabo con muestras comunitarias y de estudiantes universitarios confirman estas cifras, tanto en el ámbito nacional (López, 1994), como en regiones específicas (Cantón y Justicia, 2008; De Paúl et al., 1995; Pereda y Forn, 2007).

- En otro interesante artículo, la autora presenta las primeras cifras sobre victimización y polivictimización en España en un estudio llevado a cabo utilizando el cuestionario Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ) (Hamby, Finkelhor, Ormrod y Turner, 2006). En el 83% de los 1107 participantes reportó al menos una forma de victimización.

Obviamente es imposible pensar, atendiendo a esas cifras, que el trauma lo constituyen sucesos que ocurren fuera de la experiencia humana normal.

Tras este primer acercamiento a la realidad de la situación de los niños en lo que se refiere a la posibilidad de ser víctimas de alguna experiencia traumática, vamos a proponer una definición de traumático que integre esa idea de algo cotidiano (más de lo que creíamos) y que explique por qué:

Traumático es para cualquier ser humano tener que guardar silencio en relación con

cualquier acontecimiento vivido que genera cierto impacto emocional. Traumático puede llegar a ser pues todo aquello de lo que no puede hablar. Traumático es que sus experiencias no sean vistas, legitimadas, escuchadas y sostenidas. Traumático es que su voz sea silenciada. Traumático es tener que protegerse a través de la división, el síntoma o la locura... porque sus figuras de protección no están en sintonía con sus necesidades y no encuentra otra salida porque no la hay.

Así, en mi opinión, **el trauma psíquico es la herida resultante de verse obligado a silenciar, negar e incluso disociar las experiencias vividas con alto impacto emocional que debieran haber sido compartidas con las figuras de apego para adquirir significado así como para generar las adecuadas creencias sobre uno mismo y el mundo y, consiguientemente, posibilitar la adaptación y el aprendizaje.**

Consecuencias más frecuentes tras la experiencia traumática

Dependiendo de cuál sea la naturaleza del acontecimiento traumático y cuál el discurso que el contexto (macro o micro sistema) tiene que pronunciar sobre dicho acontecimiento, se permitirá hablar o se invitará (o incluso empujará) a callar. Se silenciarán las voces que asustan y remueven y se invitará a pensar lo menos posible y a pasar página. Así es como se instala definitivamente una herida...

Para garantizar que el silencio se mantiene la mente humana ha generado lo que Pierre Janet llamaba un "automatismo psicológico", un sofisticado "Plan B" (como a mí me gusta llamarlo) que garantizará el mutismo y, consiguientemente, la vinculación, la sensación de pertenencia al sistema. Este mecanismo es la **Disociación**.

¡Ah, la disociación! Aparente sencillo mecanismo protector que consigue indiscutiblemente su objetivo: evitar a toda costa (a costa sobre todo de la integración de la experiencia) la desvinculación. Así, a mayor riesgo de desvinculación, mayor nivel de disociación.

Por eso cuando hay herida traumática psíquica hay siempre (en mayor o menor medida) disociación. Y por eso afirmó Pierre Janet hace ya más de un siglo que la naturaleza de la

disociación es traumática. Aquí el fin justifica los medios... Y la disociación garantiza, por un lado, que el material traumático permanezca fuera de la consciencia y, por otro, que parte de la regulación se realice a través de las somatizaciones, el insomnio, la falta de concentración, la ansiedad generalizada, etc.

La disociación es la responsable de mantener fuera de la conciencia una gran parte de la información relativa a la experiencia traumática. Es pues la que no permite la integración de la que hablábamos más arriba. La experiencia interna se convierte en enemigo, el cuerpo envía señales que no pueden ser escuchadas. La conexión emocional se convierte en disparador. Sentir es peligroso. El trauma conlleva desconectarse y también (y como resultado de esa desconexión) desconocerse.

Las tres grandes maneras de expresión de los efectos del impacto del acontecimiento traumático y la consiguiente disociación son: los síntomas intrusivos, el incremento de la "excitación" (arousal) general y la evitación. Estas formas de expresión se observarán tanto en el campo de lo somático como de lo cognitivo y/o conductual. Así encontraremos pensamientos recurrentes, pesadillas, flashbacks, trastornos del sueño, irritabilidad, falta de atención y concentración, ansiedad, huidas para no hablar del tema o no encontrarse con personas o en lugares relacionados con el acontecimiento, etc.

Cuando la disociación se instala reina el desequilibrio y la persona que lo sufre no siente paz interior a pesar de haber conseguido zafarse de un gran peligro...

Y es que la salud es una cuestión de equilibrio. Equilibrio a nivel psíquico, somático y contextual. Pero mantener el equilibrio dentro de cada uno de esos tres niveles y, a su vez, en la relación de cada uno con el otro, no es tarea fácil. Si la relación vincular con las figuras de apego se siente en riesgo, no hay duda, la vinculación prima, la integración pierde, la mente se desdobla...

En resumen, a pesar de la importancia que tiene el equilibrio para estar bien, para tener salud, el ser humano está preparado para sabotearse y perderla en aras de un fin más grande: la vinculación, la pertenencia. Parece que, en este caso, el fin justifica los medios...

Así pues, tenemos que decir que durante la infancia, un niño se va a encontrar en su día a día con muchas experiencias que no puede compartir, que está obligado a silenciar y, por lo tanto, a dividir, a no integrar. Tales experiencias no se podrán transformar en aprendizaje y quedarán en la sombra produciendo dolor, sufrimiento, síntomas, inquietud, angustia... y lo que es casi peor que todo ello: creencias sobre uno mismo y sobre el mundo, totalmente erróneas, además de limitantes y empobrecedoras.

PROCESAMIENTO DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS

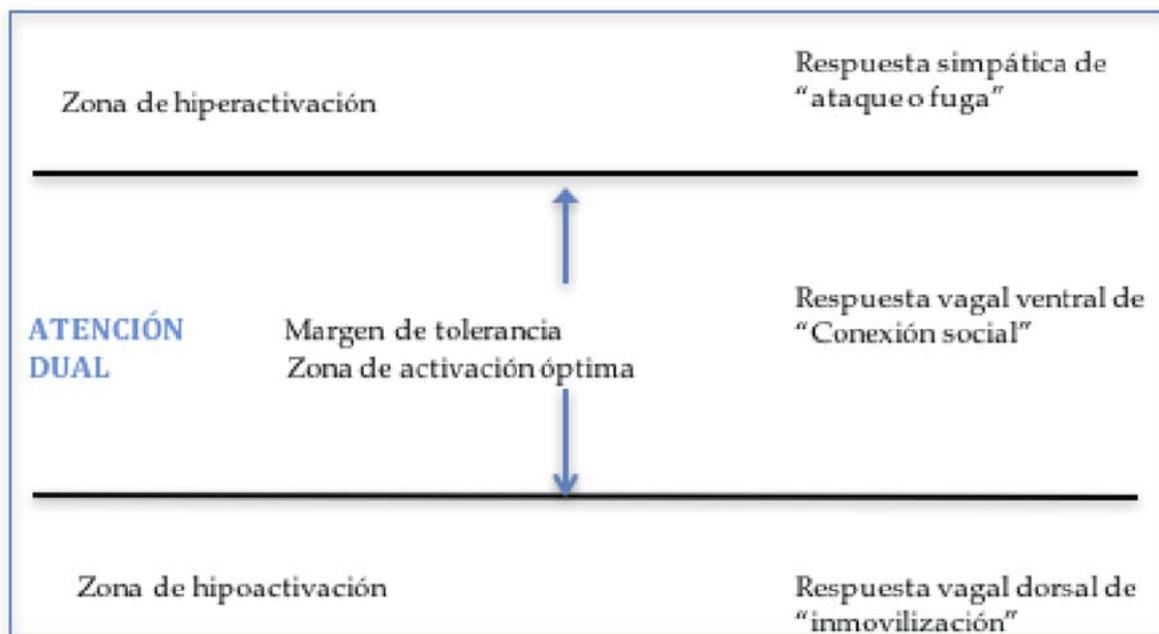
Teóricamente, el Protocolo básico de E.M.D.R. supone una manera indiscutiblemente eficaz de afrontar todas esas experiencias emocionalmente impactantes bloqueadas y latentes que tanto malestar pueden llegar a producir en el día a día de cualquier individuo pero, en la práctica encontramos un enemigo fundamental a la hora de conseguir pasar de la fase 2 a la 3 del Protocolo y sobre todo de la 3 a la 4. Se trata, como ya hemos mencionado, de la llamada **fobia a la reexperimentación**.

Cuando un acontecimiento ha sido vivido con un importante impacto emocional, volver a recordarlo suele desbordar a la persona que inicia la tarea. Esto es porque, debido a ese bloqueo que produce la disociación y su particular manera de condicionar el almacenamiento de la información alrededor de todo lo que ocurrió, en realidad las experiencias no se recuerdan sino que se reviven, se reexperimentan. El paciente, por tanto, vuelve a sentirse tal y como se sintió en el momento en el que se produjeron los hechos. Es razonable, entonces, que sienta que tiene que evitar que esto suceda. Sobre todo si aquello ocurrió durante su infancia donde el ser un niño con toda seguridad le hizo sentirse más desprotegido y más vulnerable, poco capaz de defenderse y en una situación imposible de controlar y tremendamente peligrosa...

A partir de que un ser humano califica un acontecimiento de peligroso y genera las creencias de falta de control, desprotección, vulnerabilidad e incapacidad de manejo va a tratar de evitar, consciente e inconscientemente, todo (situaciones, personas, sonidos, olores, etc.) lo que le recuerde a aquello. Extrapolará a otras situaciones con cierta semejanza y vivirá en un constante estado de alerta que le hará sentir desconfianza y necesidad de control absoluto.

Esta es la base de lo que Daniel Siegel llamó “ventana de tolerancia”, ese estrecho margen de experimentación tanto de inputs externos como de señales internas donde es posible manejarse con comodidad y sin sobresalto. Cuando el impacto emocional de un acontecimiento sobrepasa ese umbral en el que el individuo puede permanecer conectado lo que hará será

hiperactivarse o hipoactivarse. Perderá lo que llamamos atención dual, que supone poder permanecer conectado con la experiencia interna que está produciendo el input desencadenante sin dejarse inundar por el pasado y ser arrastrado hasta allí (fobia a la reexperimentación).



La atención dual (poder permanecer en el presente mientras se “viaja” al pasado) es clave para el procesamiento seguro y eficaz de los recuerdos traumáticos. Debemos garantizar que se produce antes de proceder con las fases 4,5,6,7 y 8 del protocolo estándar.

Para garantizar la atención dual en el procesamiento de experiencias traumáticas es para lo que vamos a recurrir a los Protocolos de E.M.D. y a realizar una pequeña variación en la Fase 2 del Protocolo Básico.

PROTOSCOLOS DE E.M.D. Y NUESTRA RECOMENDACIÓN DE VARIACIÓN

Estos protocolos son exclusivamente de Desensibilización. En ellos no se busca (e incluso se evita activamente) el Reprocesamiento.

Su objetivo primordial es reducir la intensidad de la experimentación del recuerdo para poder garantizar la atención dual. Por eso tiene tanto sentido utilizarlos en la fase de Preparación del Protocolo Estándar, porque no deja de ser una forma de preparar al paciente para las siguientes fases.

Estos protocolos comenzaron a utilizarse para la intervención en crisis o con trauma agudo y han ido influenciando los llamados Protocolos de Trauma Reciente. Lo que tienen en común todos ellos es la focalización en la desensibilización de la imagen intrusiva y la limitación de las asociaciones. Se busca una narración que permita ir aproximándose a los hechos sin detenerse a la experimentación total de emociones y sensaciones.

También es común a este tipo de Protocolos el conseguir al final de su aplicación la generación de una creencia positiva en el paciente relativa a la capacidad que se experimenta para enfrentar lo sucedido.

En resumen: lo que se consigue con su aplicación es colocar al paciente en una situación emocional óptima (por estar dentro del margen de tolerancia) y manejando una idea “empoderante” (puedo hacerme cargo, soy capaz de afrontarlo, esto no va a poder conmigo) que le permita seguir avanzando en el procesamiento de esos acontecimientos tan perturbadores.

Hemos podido constatar que, en esta tarea, mantener el tono narrativo es fundamental. Esto permite, naturalmente, que el paciente se sienta en el presente, en su adulto, y con cierto grado o garantía de control sobre sus reacciones, capaz de traer el pasado al momento actual sin sentirse desbordado o arrastrado por él. Narrar lo sucedido con Estimulación Bilateral garantiza que mientras se desarrolla esta labor se vaya experimentando una reducción gradual de la activación que produce el recordar.

Además, nosotros sugerimos que el tipo de estimulación que se emplee en esta tarea sea la estimulación auditiva. Desde nuestra experiencia, la eficacia de esta medida radica en que de esta manera se garantizan la conversación y el sostenimiento de la mirada. Esto incide en proporcionar la permanencia en el presente y, por tanto, la atención dual.

En algunos estudios llevados a cabo para analizar la eficacia de los diferentes tipos de estimulación, la estimulación auditiva parece que demostró ser la menos “potente”. Esto resultaría una ventaja para el clínico porque garantizaría la lenta y gradual desensibilización de los acontecimientos.

Recomendamos regular el volumen del tono que se emplea en la estimulación bilateral auditiva de forma que resulte suficientemente alto para que sea escuchado pero suficientemente bajo para que no estorbe la comunicación. Estaremos permitiendo así que el paciente pueda hablar y pensar sobre lo que ocurrió (tan necesario para la integración) dentro de una relación vincular y en unas condiciones que le van a permitir sentirse cómodo y seguro.

A modo de resumen o de concreción, podríamos decir que esta forma de utilizar la estimulación auditiva permite llevar a cabo tres grandes tareas de preparación que redundan en el posible reprocesamiento de los acontecimientos traumáticos:

- La paulatina disminución de la intensidad con que es experimentado el material perturbador y el consiguiente aumento de la ventana de tolerancia al mismo.

Esto no solo redundaría en la disminución de la fobia a la reexperimentación y el mantenimiento de la atención dual como ya hemos comentado sino que además, contribuye a revertir la disociación. Trabajar para revertir la disociación es imprescindible en el caso de individuos con

experiencias traumáticas y el aumento de la ventana de tolerancia proporciona una ayuda incalculable, por ejemplo, en la tarea de manejo de la llamada “fobia entre partes” (otro gran enemigo del procesamiento que es necesario neutralizar)

- Como consecuencia directa de lo anterior, se genera el **gradual incremento de la conexión con la experiencia interna y el consiguiente aumento de consciencia respecto al mismo**. Sentir deja de ser peligroso y comienza a ser posible la utilización de emociones y sensaciones como guía para la toma de decisiones.

- Todo lo anterior permite contrarrestar el bloqueo de información y contribuye a **la generación de una narrativa más completa** (pues contribuye a la recuperación de recuerdos), **coherente con la experiencia interna. Y empoderante**.

Esto permite, entre otras muchas cosas, una mejor selección de dianas para el posterior trabajo con ellas en las siguientes fases del protocolo (relacionado con los llamados Puntos de Perturbación del Protocolo de Evento Traumático Reciente R-TEP de Ellan Shapiro, 2008)

DESENSIBILIZACIÓN CON LA LÍNEA DE VIDA

Una manera particularmente eficaz de llevar a cabo estas tareas que hemos expuesto más arriba y que se ha demostrado muy conveniente en nuestra experiencia clínica, es proceder con lo que hemos bautizado como “Desensibilización de la línea de vida”.

En nuestra opinión, el abordaje del procesamiento de las experiencias traumáticas requiere una buena evaluación y en ella siempre recomendamos incluir la elaboración de una exhaustiva y completa línea de vida. Tomar dicha línea de vida como referencia para que el paciente se vaya narrando, vaya consiguiendo tolerancia, generando insights y, con todo ello, consciencia y empoderamiento, resulta altamente eficaz.

Recomendamos, en este sentido, utilizar unas cuantas sesiones al principio de la terapia para colocarse frente a dicha línea de vida e ir permitiendo al paciente la generación de un relato que ordene, complete, explique y vaya dando sentido y coherencia. Puede abordarse por tramos o en global. La experiencia siempre resulta muy útil y enriquecedora.

Como hemos venido diciendo a lo largo de estas páginas, esta manera de proceder contribuye a enriquecer la Fase de Preparación del Protocolo Básico de E.M.D.R y supone una garantía de que el paciente se encontrará en la situación óptima para pasar a las fases siguientes de dicho protocolo.

Esperamos que esta pequeña aportación resulte útil a todos los clínicos que cada día enfrentan el reto de ayudar a las víctimas de experiencias traumáticas.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN BREVE CON EMDR EN EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA

Introduciendo esta variante en la Fase 2 del Protocolo Básico, hemos desarrollado un

protocolo específico para manejarnos con un una intervención en la que se limita el número de sesiones. El protocolo (del cual presentamos un resumen a continuación), fue diseñado inicialmente para facilitar la integración del modelo de Terapia Breve en el tratamiento del trauma de nuestros alumnos y actualmente (con algún pequeño ajuste) es el que utilizaremos en el estudio clínico que estamos llevando a cabo en coordinación con el Hospital Universitario Infanta Cristina de la localidad madrileña de Parla, estudio titulado "Impacto del tratamiento con E.M.D.R. sobre los síntomas somáticos en pacientes con fibromialgia y trastorno de estrés postraumático".

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CON EMDR EN EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA ASOCIADO A LA FIBROMIALGIA.

Begoña Aznárez

El diseño de la intervención se divide en **cuatro fases**.

Es conveniente explicar aquí que este protocolo de intervención está diseñado para intervenir después de una adecuada evaluación en la que además de trabajar en el vínculo y la alianza terapéutica como principales herramientas de garantía de efectividad de cualquier intervención psicoterapéutica, se habrá elaborado una exhaustiva línea de vida y recogido información relevante sobre la historia del paciente hasta llegar a completar la imprescindible labor de comprensión de la relación entre los síntomas que producen sufrimiento en la actualidad a nuestro paciente y su historia vital.

Así, después de este exhaustivo trabajo de comprensión será posible para nosotros dividir la intervención de la siguiente manera:

1ª FASE: Estabilización y aumento de la ventana de tolerancia.

La intervención aquí está basada en los protocolos de EMD. La idea es llevar al paciente a una situación óptima en relación con los acontecimientos vividos a lo largo de su historia y que en el presente resultan difíciles de tolerar, para que la intervención sea eficaz. Para ello debemos trabajar en garantizar sensación de seguridad y atención dual.

Por lo tanto, abordaremos la tarea de instalar recursos positivos por un lado y la de la progresiva desensibilización de su historia vital traumática por otro.

Primer día: explicación sobre EMDR y el tipo de intervención que vamos a realizar tras la evaluación realizada; sobre el impacto de los acontecimientos traumáticos en nuestro cuerpo y nuestra mente y el por qué de la eficacia del proceso que proponemos.

Instalación de Recursos Positivos de las dos naturalezas aprendidas en el curso de Experto de Clínica e Intervención en Trauma (Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia- IDAE). Esta instalación nos permitirá observar el tipo de Estimulación Bilateral (EB) con el que más a gusto se encuentra el paciente.

Segundo día: Dividiremos la línea de vida en tres franjas vitales: infancia; adolescencia y primera juventud; y desde el diagnóstico de fibromialgia hasta el momento actual.

Esta división es orientativa y podrá variar según la conveniencia que se juzgue en cada caso por el clínico o su supervisor.

Obtención del SUD y el VOC asociados a toda la narrativa, para su posterior cotejo al final del tratamiento y el trabajo final para conseguir los valores: SUD: 0, VOC: 7

Pasaremos, una vez obtenida esta división y hecha la medición, a trabajar con la primera parte (infancia). Aplicaremos protocolo de EMD trabajando con la narrativa y con el exclusivo objetivo de desensibilizar ese tramo de la historia del paciente y aumentar la ventana de tolerancia respecto al mismo. La EB que emplearemos aquí será la auditiva.

Tercer y cuarto días: Continuaremos en cada uno de estos dos días desensibilizando la historia vital con EB auditiva y aumentando, de esa manera, la ventana de tolerancia de nuestro paciente a los acontecimientos ocurridos en su historia.

Como cabe esperar tras la aplicación de protocolos de EMD durante el trabajo con EB auditiva y la narrativa de vida, se obtendrán los llamados Puntos de Perturbación (PP) que servirán después al clínico para seleccionar las dianas a trabajar con Protocolo Básico en los días posteriores.

2ª FASE: Desensibilización y reprocesamiento con los recuerdos diana.

Quinto día: Localización de los PP y chequeo de posible construcción de los ICES correspondientes tomando cada uno de ellos como dianas independientes.

En caso de considerar inoportuno el comienzo del trabajo con Protocolo Básico, comenzaremos a trabajar según el Protocolo de Procesamiento Telescópico de E. Shapiro (EMD, EMDr, EMDR)

Sexto, séptimo, octavo y noveno días: trabajo con los PP y chequeo del SUD y el VOC globales (asociados a la narrativa vital completa) que ya fueron obtenidos en la fase anterior. Se trabajará con EB la posible desensibilización hasta llegar a SUD:0 y la consecuente opción de conseguir una VOC:7. En caso de no ser posible, se buscará la instalación de una Cognición Positiva en relación a la posibilidad de enfrentar su historia desde una perspectiva diferente (más empoderado) y sintiéndose más capaz de hacerlo así.

El tipo de EB en esta fase puede ser ya distinto a la estimulación auditiva. Podemos pasar a utilizar los toques (tapping) o los movimientos oculares (según preferencia y comodidad del paciente principalmente o criterio del clínico).

Hasta aquí habremos trabajado con el pasado del paciente

3ª FASE: Trabajo con los disparadores del presente

Décimo, undécimo, duodécimo y décimo tercer días: Protocolo básico con los disparadores del presente.

4ª FASE: Trabajo con ansiedad anticipatoria asociada al futuro.

Décimo cuarto y décimo quinto: localización de posibles situaciones que despierten ansiedad anticipatoria y trabajo con protocolo de trabajo a futuro.

Décimo sexto día: reevaluación y cierre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*
- Aznárez, B. (2014). Madrid: Curso de Experto en Clínica e Intervención en Trauma. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia- IDAE.
- Aznárez, B. (2014). Madrid: Curso de Experto en Formación Superior en Trauma con EMDR. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia- IDAE.
- Aznárez, B. (2016). Madrid: Curso de Experto en Psicoterapia Breve con Niños y Adolescentes. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia- IDAE.
- Buydens, S.L., Wilensky, M., and Hensley, B.J. (2014). Effects of the EMDR Protocol for Recent Traumatic Events on Acute Stress Disorder: A Case Series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8 (1).
- Bruit, L. (2011). A Developmental/Integrative Perspective of the Recent Traumatic Episode Protocol. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(2).
- Cantón, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4).
- Fernandez, I. (2008). EMDR after a critical incident: Treatment of a tsunami survivor with acute posttraumatic stress disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2)
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect*, 29.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31.
- Jarero, I., Artigas, L., & Hartung, J. (2006). EMDR integrative group treatment protocol: A post- disaster trauma intervention for children and adults. *Traumatology*, 12 (2).
- Jarero, I., Artigas, L., & Luber, M. (2011). The EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: Application in a Disaster Mental Health Continuum of Care Context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5 (3).
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*.
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan de mayores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Pereda N, et al. (2015). Victimización sexual autorreportada en adolescentes españoles comunitarios y en colectivos de riesgo. *Gac Sanit*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.05.003>
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco? Victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo*, Vol.37 (2)
- Pereda, N., Guilera, G., y Abad, Judit. (2014). Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample. *Child Abuse & neglect. The International Journal*. Elsevier.
- Rocchietta, L. and Wheeler, K. (2011). The Recent-Traumatic Episode Protocol: Outcome Evaluation and Analysis of Three Case Studies. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(3).
- Shapiro, E. (2009). EMDR treatment of recent trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3).
- Shapiro, E., y Laub, B. (2009). The new recent traumatic episode protocol (R-TEP). In M. Luber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basics and special situations*. New York: Springer Publishing.
- Shapiro, E., & Laub, B. (2008). Early EMDR intervention (EEI): A summary, a theoretical model, and the Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2).
- Shapiro, F. (2001). *EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)*. Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular. Mexico: Pax.
- Siegel, D.J. (2007). *La mente en desarrollo*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4)
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., et al. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1).
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria, S.L.