

Aviso:

Esta cinta está exclusivamente realizada con propósitos educativos para psicoterapeutas certificados. Puede haber material confidencial en ella, y los clínicos que la visualicen deberán tratar el material de acuerdo a las guías estrictas profesionales. La visión de este video está expresamente prohibido por personas no autorizadas.

Zeig, Tucker & Co., Inc.

Presenta:

TERAPIA BREVE EN PROFUNDIDAD¹

Con:

Jon Carlson , PsY.D, Ed.D. Catedrático de Psicología y Consejo Psicológico
Y

Diana Kios, Ph.D. Catedrática de Psicología y Consejo Psicológico

J.C.: Toda terapia trata de ser breve. La terapia breve claramente intenta identificarse con un enfoque terapéutico en objetivos y eso lleva a intentar conseguir ese objetivo en tiempo limitado en una forma sistemática y eficiente. Estas series de videos muestran conjuntamente las estrategias líderes en el área de terapia breve. Cada una de ellas demuestra su acercamiento con gente real en un problema real.

TRABAJO CON DUELO (EMDR)

Con: Francine Shapiro, Psicoterapeuta

J.C.: Soy Jan Carlson. Bienvenidos a Terapia Breve en profundidad.

D.K: Yo soy Diana Kios. Y esta es nuestra invitada de hoy, Francine Shapiro, que nos va a hablar de EMDR.

(Saludos)

D.K: ¿Francine, qué es eso de terapia breve o qué quiere decir el concepto de terapia breve?

F.S.: Por lo que se refiere a EMDR, significa un procesamiento acelerado, es decir, realizar un proceso terapéutico que en otros tipos de terapia usuales tomaría semanas, meses o años, y abreviarlo a un tiempo mucho mas corto. De forma que las investigaciones nos dicen que un único trauma, como por ejemplo una violación, puede ser tratada en unas tres sesiones.

J.K.: ¿El tratamiento típico de EMDR suele tomar unas 3 sesiones?

F.S.: En el caso de un único trauma eso es lo que se tardaría, pero si alguien ha sido molestado en la infancia, y tiene una historia de abuso en la infancia, tomará mas tiempo Por tanto el asunto para mí no es que deba ser rapidísimo el proceso, sino que

¹ TRADUCIDO POR: Patricia Concellón Durán

en general todo el proceso terapéutico, va a moverse mucho más rápido que lo que la gente esperaría comparándolo con un procedimiento tradicional.

J.K.: Ayúdanos a entender como es la estrategia de terapia breve, como funciona exactamente el EMDR.

F.S.: El concepto es que las experiencias que una persona tuvo que resultaron molestas quedan atrapadas en su cerebro y simplemente no cambian con el paso del tiempo. Es el concepto que tenemos todos en el sistema de procesamiento de la información que es la guía para la salud mental si algo nos molesta: pensamos en ello, soñamos con ello, hablamos de ello... y pronto pasa el tiempo y deja de molestarnos. Entonces podemos decir que hemos llegado a una resolución adaptada. Ha sido aprendido lo útil, guardado junto con la emoción apropiada y puede guiarnos en el futuro. Pero lo que nos resulta inútil para guiarnos en el futuro, las creencias negativas, las emociones y sensaciones, todo eso, es mejor ser capaces de dejarlo ir. Cuando ocurre un trauma, sea este un trauma obvio, como una violación, secuestro u otros como humillaciones a un niño, parece que eso queda atrapado en el sistema con las percepciones que se tuvieron en el momento del hecho. Por ello la persona vuelve al pensamiento, aunque haya tenido lugar hace 40 años, y siente su cuerpo reaccionar y tiene las mismas emociones, el mismo tipo de pensamientos, y eso nos muestra que está guardado de forma disfuncional. Con EMDR accedemos a esa información, la sacamos fuera y estimulamos el sistema de procesamiento heredado, manteniéndolo activo, para que el aprendizaje pueda tener lugar y la situación pueda llegar a la resolución natural. De forma que la persona que ha sido traumatizada por experiencias difíciles en la infancia, que muestra en el presente creencias de entonces, como: “no soy suficientemente bueno”, “no puedo tener éxito”, “no merezco amor”... una vez que ha realizado ese procesamiento puede devolver esa experiencia a su lugar en el pasado, y es capaz de aliviarse de ello, sabiendo con certeza que están bien, que “sí merece amor”, que “puede tener éxito” y que puede ir adelante con sus vidas.

Lo que miramos en EMDR es un protocolo de 3 caminos: trabajamos con las experiencias anteriores que fueron el terreno para ese problema, el presente, las situaciones presentes que disparan el malestar, y lo que la persona necesita aprender desde un punto de vista adaptativo y de utilidad para el futuro. EMDR mira esas 3 cosas.

J.C.: ¿El cambio se produce como un proceso de aprendizaje en su teoría? ¿Es una teoría de aprendizaje?

F.S.: Así es. Nosotros catalizamos el proceso de aprendizaje, y automáticamente el cliente aprende lo que es útil y es capaz de dejar ir el resto. Por ello EMDR no es solo útil para superar los llamados traumas mayores, sino que cuando miramos el cuadro de patologías nos preguntamos cuál es el contribuidor experiencial, dónde esa persona aprendió que no era suficientemente buena, que no tendría éxito, que no merecía ser amada, de forma que no miramos desde el punto de vista de personalidad, de patologías, pues esto mueve al cliente a una montaña inamovible. Mas bien miramos qué características tiene el cliente, qué es lo que le ha empujado a estar en un lugar donde no desea estar, qué no le ayuda, qué es lo que ha evitado hacer que desearía haber hecho... Por ejemplo con personalidades borderline buscamos las relaciones explosivas, le que ha aprendido de ella, los abandonos, las relaciones con los padres, todas esas

situaciones que puedan haber sido la base de este tipo de reacciones. De forma que buscamos esas situaciones específicas que deben ser trabajadas.

J.C.: Eso parece ser un acercamiento integrativo, parece que trabajan con el pasado, presente y futuro, que tienen en cuenta el pensamiento, sentimiento y comportamiento.

F.S.: Sí. EMDR realmente es un método muy complejo. Se produce a través del efecto del movimiento de los ojos, pero de hecho une todas las diferentes orientaciones, pues tiene aspectos de las terapias psicodinámicas, de la conductual, de la sistémica, de la centrada en el cliente, de todas ellas integradas en un acercamiento, que nos permite trabajar con el cliente desde una perspectiva comprehensiva, como una persona completa, dentro del marco clínico.

D.K.: ¿Cómo empezó todo? ¿Cómo adoptó este acercamiento y qué influencias recibió usted para realizarlo?

F.S.: De hecho empezó en 1989 o 1987. Paseando un día... y me di cuenta que algunos pensamientos molestos que estaba teniendo habían desaparecido súbitamente y cuando intenté recuperarlos ya no tenían la carga emocional de malestar. Sabía que no se debió a nada deliberado y no eran ese tipo de pensamientos en los que uno se mete y que hacen que haya un cambio. No había hecho nada de eso...

J.C.: ¿Podía atribuirse al ejercicio?. ¿Hay alguna teoría sobre eso, que si paseas, corres... es terapéutico?.

F.S.: No, no, bueno, había andado muchas veces anteriormente (risas) y había utilizado mi mente como un laboratorio en los 10 años anteriores y visto como hay algunas actividades que ayudan a aliviar el estrés. Llamó mi atención que había algo diferente en este caso, y presté mucha atención, mientras paseaba, al hecho de que cuando surgió ese pensamiento mis ojos empezaron a moverse muy rápidamente de una forma específica y que mi pensamiento entonces cambió y cuando traté de volverlo a traer ya no tenía la misma carga. Entonces, pensé que había tropezado con un proceso fisiológico natural. Así que me pregunté si funcionaría si lo realizaba deliberadamente, y probé. Traje algo a mi pensamiento que me molestaba, moví los ojos en la misma forma deliberadamente y encontré el mismo resultado, viendo como ese pensamiento cambiaba y que al recuperarlo no tenía la misma carga. Así que me propuse experimentar conmigo y también con más gente para ver si funcionaba. Les pedía a la gente que trajeran a la mente algo que les molestara, les enseñaba como debían mover los ojos. Encontré que la mayoría de la gente no tenía control muscular para mover así los ojos, de forma que comencé a mover mis dedos para guiarles. Y vi lo que yo pensé que era un proceso de desensibilización, bajando el nivel de ansiedad, de forma que en muchos casos la ansiedad paraba completamente... y que se trataba de un proceso de evolución que se daba alrededor del efecto de movimiento de ojos. En los 10 años siguientes el método se ha hecho mucho más elaborado para estar seguros que no estamos trabajando solo con preocupaciones de gente sana, que es con los que en un principio trabajamos, sino con todo tipo de patologías. Ahora tenemos un procedimiento fuerte, que puede tener muchos de los diferentes efectos.

J.C.: ¿ Puede hablarnos del procedimiento y de los pasos y etapas que se usan en EMDR.

F.S.: Usamos un modelo con 8 fases, en el que tratamos de situar la terapia dentro de todo el proceso clínico. Empezamos con la **primera fase**, en la que se toma la **HISTORIA CLÍNICA** del cliente. ¿Es este cliente apropiado para tratamiento con EMDR en este momento? ¿Cuándo ha comenzado a sentir esos sentimientos que está expresando, qué es lo que siente, qué síntomas tiene y de qué tipo de síntomas se trata?. etc. Queremos estar seguros que EMDR es apropiado para ese cliente concreto.

J.C.: ¿Qué razones pueden darse para no aceptar un cliente?

F.S.: Si la persona tiene un tipo de desorden disociativo, por ejemplo, tenemos que estar seguros de haber tratado ese desorden disociativo con todos nuestros conocimientos especiales para trabajar con este trastorno en primer lugar, para establecer una base para EMDR antes de comenzar a utilizarlo. Porque EMDR es un método que puede utilizarse en muchos tipos de aplicaciones, como abuso de sustancias... o el desorden disociativo, pero necesitamos coordinarlo con los conocimientos que hay para esta aplicación específica. Si un cliente está sufriendo exclusivamente de un problema, si hay una depresión bioquímica, no se puede esperar tener que EMDR tenga efecto, solo podemos aplicarlo en los casos que están basados en una experiencia, si un niño tiene Hiperactividad, no lo usaremos en el trastorno directamente, pues se trata de un mal orgánico, pero sí en las malas experiencias o los fallos que esa patología pueda haber producido en el niño, que a su vez contribuyen a empeorar el problema. Parte de la toma de datos de la Historia clínica, es identificar cuales deben ser los objetivos de la terapia, que es lo que debe reprocesarse, y que es lo que debemos enseñar al cliente. Porque por ejemplo, una cliente que ha sido abusada desde la infancia, y que en la actualidad tiene 40 años, y que solo ha besado a su padre y a ningún otro hombre en su vida, si solo procesamos las experiencias infantiles no vamos a curarla, debemos saber que muchas de las ventanas del desarrollo se han cerrado años antes de que ella tenga la capacidad aprender de confiar en sí misma, a cómo tener constancia, cómo crear vínculos apropiados, cómo hacer conexiones apropiadas, de forma que además del procesamiento del tratamiento de las memorias infantiles, tenemos que determinar qué necesitamos enseñar al paciente y utilizamos EMDR también para esta tarea. La Historia es también una forma comprender la totalidad del problema.

Luego nos movemos a la **segunda fase**, la de **PREPARACIÓN DEL CLIENTE**. Enseñamos al cliente técnicas de autocontrol, y sistemas o metáforas, que le permitan observar y revivir sus memorias desde una posición segura.

J.C: Esa es la preparación para la intervención?

F.S.: Sí, pero nosotros incluimos en esta fase también la **alianza terapéutica**. Que el cliente se sienta seguro con el clínico. Que sea capaz de contarle la verdad de la experiencia. No necesitan contar todos los detalles, pues el proceso está teniendo lugar en su cabeza, pero sí decirle al clínico si va poniéndose peor o mejor en su cabeza, de forma que sepa si debe intervenir más directamente. Y una vez que esta fase de preparación se ha terminado nos movemos a la **siguiente fase** que es la de **EVALUACIÓN**, en la que ponemos juntos diferentes aspectos de la memoria. Las investigaciones dicen que los traumas son guardados en fragmentos, de forma que traemos juntas las imágenes, ponemos juntos los pensamientos, se reconoce qué tipo de

pensamiento alternativo a ese se podría encontrar, se identifican las sensaciones y en que lugar del cuerpo están, se utilizan ciertas escalas que nos dicen desde que punto empezamos, no solo para el clínico, sino también para el cliente, de forma que tanto uno como otro sepan si el tiempo se ha utilizado de forma efectiva. Cuando hemos terminado con la fase de Evaluación nos movemos a **la fase de PROCESAMIENTO**, a lo que llamamos **DESENSIBILIZACIÓN**. Tomamos un objetivo, que se trata de recuerdos. Esas memorias están guardadas en unos puntos o nodos. Traemos el problema que la persona tiene en el presente y la razón de que esto sea molesto en la actualidad se debe a que hay una disfunción en las asociaciones que tiene con todas las conexiones que aparecen durante la desensibilización de la memoria que hemos tomado como objetivo al inicio de la sesión. Cuando el paciente está procesando esa memoria, va recordando otras que están conectadas a aquella, que pueden ser experiencias anteriores o posteriores a aquella, otras emociones u otras sensaciones que van apareciendo. Una vez que hemos limpiado todos esos canales, pasamos a lo que llamamos la **fase de INSTALACIÓN**. En esta fase traemos las mejores creencias positivas que hayan aparecido sobre sí mismo en la terapia. Incluso en el caso de una persona que ha sido abusada muchas veces, no es necesario tratar todas las memorias con EMDR. Se elige una imagen que representa la totalidad de las experiencias que es la que instalamos.

J.C.: ¿Entonces tu enfoque es sobre la solución, intentando instalar una creencia positiva sobre uno mismo?

F.S.: Instalamos la mejor creencia positiva que haya aparecido. Por ejemplo, si el cliente ha dicho que se sentía culpable al principio, y después llega a la afirmación “soy una buena persona”, “lo hice bien”, esa es la creencia positiva que ha aparecido espontáneamente y es la que se usa para darle aún mas poder. Se busca interconectarla con otros eventos para maximizar el efecto. Y cuando esa fase está completa pedimos al cliente que traiga su objetivo y se hace un repaso de todo el cuerpo para ver si aún existe tensión residual en alguna parte que pueda estar ligada a alguna otra información que necesite ser tratada. Cuando esto se ha limpiado también, pasamos a la **fase de CIERRE** donde nos aseguramos que el cliente está en un estado de equilibrio. En ella le explicamos al cliente que es lo que esperamos entre sesiones. Le sugerimos al cliente que mantenga, si lo necesita, un diario. La siguiente sesión siempre comenzamos con una **fase de REEVALUACIÓN**, en la que recordamos el objetivo, vemos si el tratamiento ha sido mantenido y si hay algo nuevo que necesite ser tratado. Con esa información entre ambos llegamos al objetivo que debe ser trabajado en esa sesión.

D.K.: Hay algún otro tipo de clientes, además de los disociados, con los que no se puede utilizar EMDR en absoluto?

F.S.: Si el cliente está sufriendo de algo que es puramente orgánico no miraremos EMDR como una primera opción. Por ejemplo, si hay una depresión mayor, la medicación será la mejor elección, sin embargo hemos encontrado muchas personas la depresión es causada por experiencias tempranas de su vida que les han enseñado a creer que no son suficientemente buenos, que no merecen la pena, que están fuera de control... y EMDR sería útil para esos clientes. Lo que estamos buscando a menudo en EMDR, porque se tienen rápidos efectos del tratamiento, es separar lo que es orgánico de lo que es experiencial, porque se puede traer la lección que aprendieron en una experiencia anterior y al reprocesarla ellos pueden ver lo que necesitan ver, darse cuenta

que no necesitan estar estancados en la medicación para toda su vida, sino que reprocesando esas experiencias anteriores y enseñándoles qué es lo que lo dispara les puede aliviar.

J.C.: Al oírle hablar de sus ideas, parece complicado, pero también parece muy lógico cuando habla de sus ideas, ¿pero funciona? ¿Hay alguna investigación que soporte esto?

F.S.: En este punto EMDR ha sido objeto de mas investigaciones que ningún otro tipo de tratamiento de trauma. Hay doce estudios que han sido realizados con EMDR para el tratamiento del trauma, estudios de control, cuando el resto de tratamientos del trauma tienen como máximo tres. Los últimos cuatro estudios independientes que han sido publicados, todos independientemente han mostrado que de 84% de víctimas de un solo trauma, por haber vivido un desastre... no mostraba síntomas de PTSD después de tres sesiones de 90 minutos. Es decir, que las investigaciones son muy fuertes.

J.C.: Su técnica es especial para desastres...o tragedias nacionales?

D.K.: La de Kansas City, Oklahoma, lo que ocurrió dentro de los EEUU?

F.S.: Hay una amplia gama de aplicaciones para tratar el trauma y hay muchos clínicos que están formados en tratamiento de urgencia y que pueden utilizarlo muy rápidamente después de un desastre. Yo estoy trabajando con departamentos de policía para que podamos utilizarlo inmediatamente después de un suceso, y también hemos utilizado para sucesos del pasado como por ejemplo de la guerra de Vietnam (hace 30 años) con clientes que están sufriendo todavía de los daños producidos entonces. Siempre hemos pensado que ese tipo de trauma es extremadamente difícil de tratar. Esas investigaciones de EMDR han mostrado que después de 12 sesiones, el 75% de estos pacientes ya no tienen síntomas de PTSD, trayendo la esperanza para ellos.

J.C.: Parece que usted no tiene tan solo una base de investigación, sino también una demanda que está surgiendo del público que está solicitando tratamiento... que la gente está interesada en este enfoque.

F.S.: Hay una necesidad tremenda para el tratamiento del trauma alrededor del mundo, y una de las cosas que estamos haciendo es hacerlo accesible en todos los países, porque verdaderamente creemos que el dolor trae dolor y estamos entrenando de clínicos gratis en muchos países. Tenemos la esperanza de poder resolver el problema del ciclo de violencia que estos hechos han desatado, dejando a la próxima generación libre de ello.

D.K.: En unos minutos vamos a verla trabajar en una sesión con alguien que ha perdido un ser querido. ¿qué es en lo que piensa..., qué es lo que hace antes de empezar a trabajar con un paciente?

F.S.: La mayoría de las veces les pedimos que rellenen un cuestionario de Experiencias Disociativas (Dissociative Experiencie Skill) o de Habilidades en Situaciones de Impacto (Impact Event Skills) para conocer el tipo de pensamientos que surgen y toda esta información está realizada con anterioridad para que tengamos la información disponible antes de comenzar a trabajar. Después de revisar toda esta información, la dejo a un lado y toda mi atención se dirige para estar cien por cien con el cliente para

dejarle que vaya al lugar donde necesita ir y solo me permito intervenir cuando el proceso se ha estancado. Me hago cien por ciento conectada y disponible para el cliente.

J.C.: Al verte trabajar con Angie, a qué cosas debe el vidente prestar atención en términos de setting de su procedimiento?

F.S.: Vamos a mirar una combinación de varios temas. EMDR es un sistema estructurado y hay guías clínicas que tiene el terapeuta para ayudarles desde el principio hasta el final de la sesión. Pero lo más importante es estar presente con cliente, crear fluidez y responder a todas las necesidades del cliente en cada momento... de forma que es siempre un acercamiento dual.

J.C.: Así que hay buenas habilidades de ayuda para tratar clientes que podremos ver en tu demostración.

Vamos a verte ir de un lado a otro con tu mano?. Puede hablarnos de eso?

F.S.: Bueno, originalmente surgió de la observación del efecto del movimiento de los ojos, pero después vimos que también funcionan los golpecitos con las manos o los sonidos, así que lo que hacemos son estimulaciones rítmicas. Algunas investigaciones han mostrado que después de tres sesiones de EMDR nuevas estructuras en el cerebro aparecen alineadas. El Profesor Van der Khol ha mostrado, por ejemplo, como después de tres sesiones de EMDR, lo que aparece alineado es lo que se ha llamado “**anterior singlet**”, que es como decir al cliente que no está en peligro en el presente y hasta el cortex se ilumina y ellos ven que están en el presente. Así que se vemos la diferencia entre estar atascado en el pasado, en sensaciones físicas, en el dolor del pasado, y al final de la sesión estar liberados en el presente, estar conectados en el presente con una sensación mucho mayor de qué es lo apropiado, lo que está bien, que el aprendizaje ha tenido lugar a un nivel integrativo.

J.K.: Hay algo que debe el vidente ver específicamente, en términos de movimiento de los ojos, en como funciona u opera este sistema?

F.S.: EMDR es un sistema muy activo, en ver qué es lo que necesita el cliente, en términos de cuanto tiempo debe el terapeuta continuar con el movimiento en relación a lo que se necesita en ese momento, más largo si está teniendo una respuesta emocional, más corto cuando hay una respuesta cognitiva, habrá diferentes direcciones del movimiento de ojos dependiendo de lo que es apropiado en ese momento concreto para las necesidades del cliente. Hay que reconocer que no va a ser un video que sirva de training para los videntes, porque se trata de un método complejo, pero van a tener la oportunidad de verlo en acción.

J.K.: Vamos a ver tu trabajo.

D. K.: Gracias

F.S.: Gracias

Por motivos de privacidad la entrevista no está disponible.

(De nuevo en la sala de entrevistas con los entrevistadores)

J.K. Vamos a tomar un momento para hacer una mirada de cerca a esta sesión tan dramática. En la primera escena te vimos hablando con Angie de qué sería un éxito para la sesión y luego hablándole del proceso de duelo. ¿podrías clarificarnos qué es lo que haces ahí y que es lo que esperas que ocurra?

F.: Es muy importante para mí saber cuál es su objetivo. Eso es lo que hago en la primera fase. También quería ver sus expectativas. No quiero que ella piense que le voy a hacer renunciar a sus memorias, pues eso puede a menudo ser causa en algunas personas de que se resistan a dejarlo ir porque piensan que no van a estar honrando la muerte de su ser querido u olvidándolo. De forma que parte de esto es para hacerle saber lo que puede esperar y hacerle saber que puede mantener su conexión.

J.K. Vamos a verte en esa escena.
(se pasa de nuevo la escena de esa parte de la sesión)

D.K.: He notado que le dices a ella que no va quitarse completamente el dolor, pero que puede hacerse más suave... ¿qué... qué quieres decir con eso?

F.: Se trataba de dejar claro que va a seguir habiendo sentimientos ahí, que va a seguir habiendo una conexión... asegurarme que las expectativas en ese tema están claras. Que es un proceso natural, normal, tener dolor y estar en duelo después de la pérdida de alguien querido... que lo que vamos a intentar sólo es hacerlo más soportable. Porque a menudo lo que ocurre tras una muerte traumática, es que la experiencia queda atascada en el sistema y no cambia. Lo que intentamos hacer es reactivar el proceso natural de curación, para permitir el duelo, que éste tenga lugar, que siga su proceso y se vaya haciendo más suave con el paso del tiempo. Desafortunadamente, lo que ocurre a menudo, cuando se da una situación traumática es que reaparecen la imágenes y los sentimientos una y otra vez y retraumatizan a la persona... de forma que en vez de ir mejorando, a veces se pone peor. Por ello lo que hacemos es ver cómo podemos hacer para que el proceso natural funcione.

J.C.: En la siguiente escena vamos a verte hablando de lo que llamas “pensamientos negativos”... ¿Puedes hablarnos de eso?

F.: Si, los pensamientos negativos son los que van unidos con imágenes y sensaciones en el cuerpo... son en realidad los de la información que están atascada. Y lo que buscamos en EMDR es cómo podemos acceder a esa red en el cerebro, donde está archivada esa información de forma que el procesamiento pueda comenzar y se mueva a un archivo apropiado donde no haya el afecto negativo, las creencias negativas y la entrada negativa, de forma que hacemos eso antes de ir al objetivo. Necesitamos llegar a ellos, pues son los que está causando el mayor dolor.
(se pasa de nuevo la escena de esa parte de la sesión)

D.K.: Aquí introduces ese concepto de “culpa”. Ella habla de eso, de la culpa... Porqué lo haces... era porque tú esperabas eso en este punto?... A dónde querías ir?

F.: Parece que en la mayoría de las víctimas de un trauma lo primero que necesitan manejar es el tema de la responsabilidad, de quién es la responsabilidad del hecho. Muy a menudo aparece el tema de “yo debería haber tenido controlarlo”, “yo debería haber hecho algo”, todas las cosas que no estaban completadas, que no se habían manejado, o esas cosas que tiene que ver con ...”desearía que yo hubiera hecho ...” son cosas muy, muy frecuentes después de un suceso trágico, como una muerte repentina. Así que estoy haciendo una prueba donde los puntos atascados podrían estar, y al introducirlo de una forma abierta, en la que no estas forzando, no estás diciendo que “tiene que ser así”, lo dejas abierto y puedes ver si encaja en el cliente o no, y si lo hace es un punto muy importante con el que comenzar.

J.C.: Cuando nos movemos hacia otra pieza de la terapia, haces algo como para darle poder, le hablas a ella de elegir palabras, elegir creencias y luego te mueves una escala, y los pones en una escala. ¿Puedes hablar de esto?

F.: Lo que hacemos es dar un procedimiento que une los diferentes aspectos de la memoria. Comenzamos con lo negativo para conocer cual es el nivel de partida. Luego nos movemos al contrapunto, “si tuviéramos éxito, qué te gustaría conseguir...” y también le damos un lugar en la escala para ver adónde necesitamos ir.

J.C.: y la escala significa...?

F.: La escala va de 1, completamente falso a 7, completamente verdadero. Es decir cuán verdadero se siente eso. La gente viene a terapia porque saben que no deberían sentirse tan mal como se sienten, pero eso es lo que dice su cabeza, nosotros buscamos la respuesta de sus vísceras. Así que no sabemos adonde vamos, pero debemos saber de donde partimos. Al sacar juntos los aspectos, las imágenes, los pensamientos, las emociones, saber dónde la están sintiendo, lo que estamos haciendo es dibujar juntos los aspectos con el foco puesto en conocer donde está físicamente guardado en el cerebro. La escala nos ayuda a ver de dónde partimos y luego la utilizamos generalmente al finalizar par ver lo que hemos conseguido.

D.K. y J.C.: Bien.
(se pasa de nuevo la escena de esa parte de la sesión)

D.K.: En un momento le preguntas que cuál emoción siente, y luego que dónde la siente en su cuerpo... de qué se trata eso, qué quieres decir?

F.: Hablamos de cómo la información en el cerebro es archivada. Muchos investigadores hablan de dos diferentes memorias, la motórica y la narrativa. Cuando ocurre un trauma se archiva disfuncionalmente en la memoria motórica, es decir, se archiva junto con las emociones y las sensaciones físicas que hubo en ese momento. Así que lo que hacemos es ligarlo a las sensaciones en el cuerpo encontrando que cuando algo es traumático y no ha sido procesado hay una resonancia física que es la que vamos a utilizar como nuestra guía. Al final de la sesión, o al final del tratamiento, cuando chequeamos y le preguntamos sobre ello, al interrogarle sobre qué pasa cuando piensa en eso no habrá sensaciones físicas allí. Es importante para los clientes conectarlos con

donde lo siente en su cuerpo porque automáticamente, diga lo que diga la cabeza, es el cuerpo el que va por delante marcando el camino.

D.K. Entiendo. Quería chequear eso. La otra cosa que deseaba preguntarte es que veo que estás usando dos escalas diferentes y resulta un poco confuso, porqué usas dos escalas? Porqué una es de 0 a 7 y la otra de 0 a 10?

F.: La de 0 a 10 es la de las emociones, llamada de SUDs, escala de Unidades Subjetivas de Malestar, donde 0 es neutral y 10 es la peor. Y la de 1 a 7 es la que llamamos “Escala de Diferencia Semántica” y mide en Vocs. Va de “completamente falso” a “completamente verdadero”. Son dos escalas tradicionales diferentes porque miden cosas diferentes, una es de cero a 10 y mide el malestar subjetivo, la otra es la que nos ayuda a ver donde esperamos llegar con el tratamiento.

D:K.: Una es pensamiento y otra sentimiento?.

F.: En una vemos como van bajando los SUDs con el tratamiento, mientras que en la otra van subiendo los VOCs.

J.C.: Se te ve como trabajando duro, ocupada tomando notas... ¿qué cosas son las que escribes en ese papel?

F.: Simplemente estoy intentando captar sus palabras, apuntar de donde está partiendo, para recordárselo, y donde quiere terminar, con sus palabras, y luego, al final de la sesión, le traigo sus propias palabras positivas y permito que tomen más énfasis. Así que es muy importante que yo recuerde que es lo que trajo inicialmente, para irlo recordando a lo largo de la sesión. También es porque deseo crear un buen mapa de la información y escribo los diferentes pasos del protocolo. Para algunos clientes, también apunto las nuevas conexiones, o nuevas memorias que tiene por si deseo trabajar con ella mas tarde.

J:C.: Has hablado de pasos del protocolo, podrías enfatizar eso?

F.: EMDR es un modelo de 8 fases. Hay diferentes pasos que debemos cubrir, y que son los que nos guían en el proceso. En este punto los elementos del procedimiento deben incluir las creencias negativas, las positivas, las emociones y las sensaciones físicas, y en diferentes escalas. Luego hay que poner juntos todos los diferentes aspectos de la memoria. Si no tenemos la imagen y el pensamiento negativo conectados es como si tuviéramos dos diferentes capas de rayos desde la conciencia hasta el lugar donde esa información está archivada. Si los pones juntos, accedes a un grado mayor y entonces la persona puede etiquetar la emoción y puede identificar la sensación. Una vez que tenemos estos, yo le pido a la persona identificar la imagen, la creencia negativa y donde lo siente en su cuerpo, y estos tres juntos accederán a esa información en un nivel mucho mas alto y entonces comenzamos el reprocesamiento. Según va teniendo lugar el reprocesamiento se ve como todos se van moviendo, las imágenes cambiarán, los pensamientos cambiarán, las sensaciones físicas cambiarán... de forma que ella ya tendrá una idea de qué es lo que necesita buscar. Y según vamos adelantando en el recorrido, el resto del proceso se va haciendo mas fluido.

J.C.: Parece que la siguiente pieza de trabajo que vamos a ver es una extensión es eso. Tú describes una metáfora de un tren y eso es para poner las piezas juntas?

F.: Siempre que hay un desorden por estrés postraumático, uno de los síntomas, una de las manifestaciones que los mantiene estancados ahí es el comportamiento de evitación. Tan pronto como esos elementos aparecen, la persona trata de deshacerse de ellas. Así que lo que hacemos es enseñarles que está bien simplemente darse cuenta, notarlo, Yo uso la metáfora de estar en el tren, y eso les da la sensación de estar a salvo, de confianza en que eso que aparece no les va a dañar. Lo que quiero es que lo acepten, que lo noten y pasen a otra escena. También les da una idea de movimiento, de que estamos yendo de un lugar a otro, que tan solo tiene notarlo..., notarlo..., notarlo..., sin tener que entrar en ello, hacerlo importante o tratar de deshacerse de ello, pues lo que hacemos es estimular su propio sistema heredado de curación... y ellos han estado intentando hacer algo con eso por mucho tiempo, que es lo que lo mantenía atascado. A menudo utilizo es la metáfora del tren y eso les ayuda, de forma que cuando les digo solo nóvalo, no hagas nada con ello, sienten que es seguro acceder a eso.

J.C.: Es un tema interesante. Vamos a verte.
(se pasa de nuevo esa escena de la sesión)

J.C.: En esta parte, la confirmación es necesaria?, es necesario el tener su confirmación de que todo está bien?.

F.: Ella necesita saber que hay una coparticipación. Siempre que alguien sufre un trauma siente falta de control, falta de afecto y pueden sentir que “no merecen”. También el hecho de que sepa que puede parar le puede dar una sensación de seguridad. Pueden surgir muchas emociones y no queremos que ella crea que está forzada a hacer algo o que no tiene elección. De forma que sabiendo que puede levantar su mano y parar es importante. También saber que ella comprende y que esta consintiendo, que es un tema de coparticipación, sin el que no vamos a ir a ninguna parte.

D.K.: Entonces ella no es traumatizada por tu tratamiento, en este sentido.

F.: Exacto. Así es. Y también es importante que sepa que si pone la mano arriba tu vas a parar ahí mismo, que lo harás.

D.K.: Claro.

J.C: En la siguiente pieza de trabajo lo que veremos es lo que hace este tratamiento mas especial, el movimiento de las manos, y el apretar los dedos con los ojos. Podías describir este proceso y porqué lo elegiste?.

F.: Bueno, en un principio comenzó porque yo noté en mi misma el efecto del movimiento de los ojos para cambiar el pensamiento, pero cuando intenté que la gente lo imitara, vi que la mayoría de la gente no tiene el control muscular para mantener ese movimiento cierto tiempo. Si pensamos en la fase REM de los sueños, donde se dan movimientos de los ojos, cuando hablamos de PTSD, sabemos que una de las características de los que lo sufren es que se despiertan a mitad del sueño, y puede que al hacerlo inhiban el proceso del movimiento de los ojos. Hay muchas teorías sobre porqué esto puede funcionar, pero lo que buscamos aquí es provocar, mediante un

movimiento rítmico, el mantener a la persona en el presente, a la vez que le permitimos que se concentre en ese material. Al hacer que mueva los ojos siguiendo mis dedos, por un lado me estoy asegurando que está en el presente conmigo, que está participando conmigo, y a la vez está dándose cuenta del material que está apareciendo sin sentirse abrumada por ello.

J.C.: Así que no es nada de un efecto tipo teatral, sino que está basado en hechos y en una teoría.

F.: Esto empezó con la observación del movimiento de los ojos, y luego ha evolucionado a un procedimiento muy complejo en los últimos 10 años. Así que si se quita el movimiento de los ojos o el otro tipo de estimulación, se sigue teniendo un procedimiento fuerte y efectivo. Pero lo que hemos observado en diferentes investigaciones es que la estimulación bilateral hace que el proceso se realice más rápido, y que hay una ventaja para el tratamiento clínico.

J.C.: Vamos a observarlo de cerca ahora.
(se pasa la escena de esa escena de la sesión)

D.K.: Dices: “empuja mis dedos”. ¿Qué quieres decir con eso?

F.: Hay personas que tienen dificultad con el movimiento de los ojos, y lo que yo estoy anticipando es asegurarme que están conmigo y no llegando a abrumarse por el material que va apareciendo, y que no para el movimiento de los ojos. A veces digo lo de “empuja mis dedos” pues les da una mayor sensación de control, que van a estar conmigo de una forma más fluida. Hay personas con las que no se puede utilizar el movimiento de ojos en absoluto y hay que pasar a los golpecitos con las manos (tapping) o tonos. Es decir, que se trata de ese tipo de estimulación que nos da una conciencia dual, por un lado al material y por otro a estar a salvo en el presente.

D.K.: ¿Se pueden utilizar, entonces, otros tipos de estimulación en vez de los movimientos de ojos?

F.: Bueno, desafortunadamente, le puse el nombre de “Movimiento de Ojos, Desensibilización y Reprocesamiento” basado en mi experiencia. Más tarde, cuando aparecieron algunos ciegos en las consultas, los clínicos comenzaron a intentar otras cosas y encontraron que con muchos clientes se puede utilizar tapping o tonos. Así que si lo tuviera que hacer de nuevo no diría lo de “movimiento de los ojos”, pero es un poco tarde. Así que le llamamos EMDR, es parecido a lo de la ATT (Compañía de Teléfonos y Telégrafos Americana), que sigue llamándose así aunque ya no se utilizan más los telégrafos.
(todos ríen)

J.C.: En la siguiente pieza de trabajo escuchamos a Angie hablando de un “bastón de oración”. ¿qué significa eso para ti?

F.: Bueno, lo importante es el significado que tiene para ella. Ella dice que tiene profundos principios espirituales, pero que, como vimos al principio de la cinta, se siente desconectada de ellos, quizás sea porque no se sentía suficientemente buena o

fuerte para agarrarse a ellos. Ella pasa de la culpa y del dolor a la conexión positiva, a las memorias positivas... y el bastón de oración es, en toda esta experiencia, lo que representa para ella la conexión con los principios espirituales. El bastón se convierte en un icono para ella.

J.C.: Muy bonito. Es muy poderoso. Vamos a verlo.
(se pasa de nuevo esa escena de la sesión)

D.K.: Tenemos una bonita metáfora aquí. (pausa) Una de las cosas que tú haces cada vez que paras es preguntarle ¿qué estabas pensando? o ¿qué está pasando ahora? Para qué es eso, para guiarte o para qué.

F.: Pensamos en ello como redes de memoria. Con lo que está guardado es el equivalente a lo de los puntos o nodos que son nuestro objetivo. Y tenemos diferentes canales de asociaciones, diferentes recuerdos que están conectados con ello, pensamientos, sonidos... o sea, que cuando empezamos con EMDR comenzamos con nuestro objetivo, y estimulamos el proceso interno de curación, y cuando esto está ocurriendo nuevos pensamientos y nuevas asociaciones emergen, así que al final de cada set de movimientos, lo que yo le pregunto es qué ha aparecido, queriendo decir ¿dónde te encuentras en ese canal? Y depende de donde se encuentre eso me guía para saber si todavía debemos continuar en ese canal o debo volver al punto de partida u objetivo inicial o cuando ya está lista para pasar a la siguiente fase del procesamiento. Así que lo que hacemos es seguir el proceso natural de curación del cliente. Yo me pongo más activa si veo que se atasca en algún momento, entonces puedo preguntar diferentes cuestiones o traer algunas cosas,...

D.K.: Por eso sigues preguntando lo mismo una y otra vez?

F.: Sí. Si vemos que sigue en un looping, en el que las conexiones apropiadas no se están realizando, entonces puedo hacer una pregunta o traer una idea, para que haga las conexiones apropiadas, pero lo más que se pueda, en EMDR el clínico debe estar fuera del camino, para que el cliente pueda ir a donde necesita ir. En este caso, para que hiciera la conexión más profunda posible, no pude evitar esa bella metáfora que era para ella la del cañón. Ella sabía, en su cerebro, donde estaba archivada y fue a por ella.

J.C.: En la siguiente escena que vamos a volver a ver, saltamos de la sesión unos 20 minutos hacia adelante, y vamos a ver de nuevo el cañón y el cuervo volando libre. Vamos a verlo.
(se pasa de nuevo esa escena de la sesión)

J.C.: Parece tan aliviada!... parece que el movimiento de los ojos le ha cambiado dramáticamente. ¿Este tipo de cosa realmente pasa?

F.: A menudo lo que vemos es que cuando va realizándose el proceso, el malestar va desapareciendo y el movimiento de ojos se hace más fluido, las emociones se hacen más fáciles, y esa es una de las guías que usamos en EMDR

J.K. Desde ahí, en el camino de terminar la sesión, usas un registro en papel. Puedes explicar algo más sobre el uso de ese listado.

F.: Bueno ese registro sirve para guiar al clínico en la fase de reevaluación. Porque necesitamos estar seguros que volvemos sobre los temas tratados. Nosotras no terminamos el proceso. De hecho, cuando ella habla de la autopsia y los sentimientos al ver el cuerpo sobre la mesa, quedaba poco tiempo, y dado que queremos que cuando salga el cliente esté mejor que cuando llegó, acorté la sesión y lo que hice es acceder a la memoria del cañón para terminar el proceso. Además tenía otros dos objetivos: para darle alivio al conectarlo con sus creencias espirituales, y también para recordarle que su amante no era este cuerpo mutilado en la autopsia, sino que su amante era un espíritu volando libre. Así que en este caso tenía un objetivo dual. Entonces uso el movimiento de ojos para crear la conexión para darle esa sensación de alivio. Generalmente, lo que hubiera hecho en una sesión completa sería tomarle el nivel de Suds para asegurarme que estos han bajado a 0 o 1 y asegurarme que todas las diferentes conexiones han sido limpiadas. También en la fase de instalación habría traído la mejor creencia positiva que hubiera aparecido y la habría chequeado para ver si el nivel de Vocs es 7, de forma que se sienta como completamente verdadera. Habría hecho un escaneado del cuerpo para asegurarme que todas las sensaciones físicas han desaparecido, y entonces habría hecho el cierre, que es donde estaba aquí, haciendo el registro... El registro lo que hace es que prepara la próxima sesión, porque el proceso puede continuar entre sesiones durante toda la semana. El registro les prepara mirando las cosas en un patrón específico, pues necesitan mirarlo haciendo las mismas conexiones que nosotros hacemos al fijar un objetivo. Saber qué es lo que lo dispara, hacerse consciente que hay una causa, que ciertas cosas que pasan y causan una respuesta... entonces ya no se sienten fuera de control, al saber que hay algo que ocurre y que está disparando la experiencia interna. Toman una información que les ayuda mucho de esto. Luego ponemos juntas más cosas, que cuando una imagen aparece, una creencia aparece, ponemos juntas todas esas piezas, porque a menudo cuando la persona dice “yo tengo miedo” hay una ecuación semántica entre “yo” y “miedo” y de alguna forma les abruma al definirse a sí mismos como “ser con miedo”. De esta forma, al distinguir las partes, hay una imagen, un pensamiento, hay una emoción, hay una sensación física, y este es el nivel de malestar. Al escribirlo les ayuda a poner distancia y luego pueden ir a una imagen positiva, por ello le digo en este caso, que después vuelva al cañón, para poder dejarlo ir.

D.K.: Esto parece darles mucho control, porque ella ahora tiene una forma de enfrentar estas cosas de forma sistemática.

F.: EMDR es un acercamiento muy integrativo y une todos esos aspectos de diferentes psicoterapias. Así que buscamos qué técnicas de autocontrol puede el cliente tener de forma que puedan observar el malestar y luego dejarlo ir y que tengan una forma alternativa de sentir. El objetivo en EMDR no es que deben recordar usar las técnicas de autocontrol, el objetivo de la terapia es que todas esas cosas que estaban molestando a esa persona dejen de estar archivadas de esa forma y no vuelvan a aparecer de esa manera. Pero la vida es complicada, y todos necesitamos técnicas de autocontrol a veces. Y durante la fase de procesamiento es importante que el cliente sepa que puede entrar y salir de lo que le molesta, no solo en la sesión terapéutica, sino también durante la semana siguiente.

D.K.: Usas esa información en la siguiente sesión que tienes con ella?

F.: Sí.

D.K.: Vas sobre ello y ¿cómo lo usas?.

F.: Vamos sobre el registro para ver qué cosas han aparecido, si ha habido pesadillas... nunca empezamos con un nuevo objetivo hasta que todo en el anterior ha sido limpiado. Por ejemplo, si dice que ha estado teniendo pesadillas, al tenerlo vemos, cual es la imagen, cual es el pensamiento, etc... y todo estará ahí. O bien, si ella dice: “he estado teniendo estos pensamientos repetidamente”, y los describe, y dice que han ocurrido en estos momentos precisos, entonces tenemos un buen patrón, tenemos una buena imagen para el tratamiento clínico. Además, por el nivel de malestar que describa en cada caso, el clínico puede elegir cual es el mejor objetivo para la sesión. En este caso, dado que no habíamos completado el trabajo, habríamos automáticamente vuelto sobre el registro, para trabajar sobre el mismo objetivo que tuvimos en la esta sesión, ver cual era el nivel de malestar, ver qué emociones había ahí, cualquier nueva perspectiva y habríamos completado el procesamiento con el protocolo completo antes de empezar con un asunto nuevo. Por tanto el registro es un buen feed-back del cliente que dice al clínico si el efecto se ha mantenido y que es lo que debe ser trabajado en el futuro.

D.K.: Muy bien.

J.C.: Bien. Muchas gracias por darnos una visión de tu trabajo y permitimos procesar la forma en la que miramos el proceso de cambio.

F.: Ha sido un placer.

D.K.: Gracias.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL:

A los clientes por su tiempo y valentía al compartir sus historias personales para que otros puedan aprender.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL:

A Lisa Wiater por su dedicación para el éxito de este proyecto.

Addison Woodward

Directora del al División de Psicología y Consejo

Larry Freeman

Director de la Facultad de Educación. Gobernadores de la Universidad del Estado.

Diane Alexander

Director de la Facultad de Educación. Gobernadores de la Universidad del Estado.

Por su apoyo, participación y ánimo.

AGRADECIMIENTO MUY ESPECIAL

A Suzi Tucker y Jeff Zeig por su apoyo y su confianza en estas series.

ESTE PROGRAMA SE HA PRODUCIDO POR

Communication Services.

Gobernadores de la Universidad del Estado. Park University Il.

Este programa es una serie de 13 videos. Para mas información sobre los otros videos de esta serie, contactar:

Zeig, Tucker & Co., Publishers
1928 Highland, Suite F104-607
Phoenix, AZ 85016

e-mail: zeigtucker aol.com

Tel: 602-944-2424

Fax: 602-944-8118

TRADUCIDO POR:

Patricia Concellón Durán

Psicóloga

Training Basic Level II

Tel: 639167316