

Desensibilización y reprocesamiento con movimientos oculares

Laura Marcela Gil Lemus¹

Resumen

Introducción: La técnica de desensibilización y reprocesamiento con movimientos oculares (EMDR, por sus iniciales en inglés) es un método terapéutico relativamente reciente que ha mostrado eficacia en el tratamiento de diferentes entidades psiquiátricas y somáticas. Se postula que sus resultados se logran a través de cambios en el proceso de almacenamiento de recuerdos y en las respuestas físicas y emocionales relacionadas. *Objetivo:* Describir las características principales de la EMDR y sus aplicaciones. *Método:* Revisión de la literatura. *Desarrollo y conclusiones:* La EMDR es una técnica útil para el tratamiento de una gran variedad de trastornos psiquiátricos y somáticos. Se han descrito algunas reacciones adversas, lo cual resalta la importancia de elegir adecuadamente los pacientes candidatos a ser tratados con esta terapia.

Palabras clave: desensibilización, movimientos oculares, trastornos psiquiátricos.

Title: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Abstract

Introduction: The Eye Movement Desensitization and Reprocessing technique (EMDR) is a relatively new treatment method that has shown to be effective in treating different psychiatric and somatic entities. It is postulated that its results are achieved through changes in the process of memory storing and in the related physical and emotional responses. *Objective:* To describe the main characteristics of EMDR and its applications. *Method:* Literature review. *Development and conclusions:* EMDR is a useful technique in the treatment of a large series of psychiatric and somatic disorders. Some adverse reactions have been described and this stresses the importance of selecting adequately those patients to be treated with this therapy.

Key words: Desensitization, eye movement, psychiatric, disorders.

¹ Médica psiquiatra. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Psiquiatra del Servicio de Enlace, Hospital Federico Lleras, Ibagué, Colombia.

Introducción

La técnica de desensibilización y reprocesamiento con movimientos oculares (EMDR) fue creada en los años ochenta por Francine Shapiro, una psicóloga norteamericana que descubrió que los movimientos oculares sacádicos voluntarios reducían la intensidad de la ansiedad, asociada a pensamientos y cogniciones negativas relacionadas con experiencias traumáticas.

Su implementación incluye movimientos oculares, creación y rechazo de imágenes, abordaje y reestructuración cognitiva, reorganización de los estímulos sensoriales relacionados con la experiencia traumática, organización secuencial de la información y delimitación de la conciencia de las sensaciones físicas relacionadas (1). En los trabajos iniciales sólo se empleaban los movimientos oculares, y posteriormente se encontró que estos pueden ser reemplazados por cambios en el tono de voz y otros estímulos que se aplican bilateralmente (2).

Los objetivos principales de esta técnica son: facilitar de manera rápida la reducción de sentimientos y pensamientos negativos, y disminuir el estrés psicológico asociado, lo que permite desarrollar actitudes distintas y, alcanzar un funcionamiento global más adaptativo (3).

Uno de los componentes más importante del tratamiento es el *reproce-*

samiento que busca que el paciente logre almacenar de manera adecuada la información relacionada con la experiencia traumática o el evento blanco; para cumplir con este objetivo debe adquirir la habilidad de expresar los afectos y emociones, así como la capacidad de guiar de una manera efectiva sus acciones futuras (1).

Una de las ventajas de EMDR es que el paciente se prepara para entrar en contacto con la experiencia perturbadora de manera imaginaria por periodos cortos que puede interrumpir; esto le permite tener el control del tiempo de exposición y, reducir el “temor al temor” característico de diferentes entidades psiquiátricas, como los trastornos de ansiedad.

El protocolo general del tratamiento comprende ocho fases (Tabla 1) que tienen algunas modificaciones de acuerdo con la patología a tratar.

Bases neurobiológicas

Las experiencias con una carga emocional significativa se almacenan en la amígdala, cuando un evento se recuerda pueden reproducirse las sensaciones y emociones que lo acompañaban, con el paso del tiempo la información más importante de estas experiencias se almacena en la neocorteza donde se integra permitiendo que el individuo tenga experiencia para enfrentar eventos en el futuro (2).

Tabla 1. Etapas del tratamiento

Fase	Objetivo
1. Historia clínica y plan de tratamiento	Evaluación de síntomas y comportamientos disfuncionales.
2. Preparación	Establecer una relación terapéutica adecuada, plantear expectativas razonables, realizar psicoeducación y entrenamiento en técnicas de autocontrol.
3. Valoración	Identificar el recuerdo más significativo; identificar las cogniciones negativas y expresar las positivas.
4. Desensibilización	Lograr cambios en la experiencia sensorial relacionada con el trauma o la situación blanco; aumentar la sensación de auto eficacia y mejorar la introspección.
5. Instalación	Incorporar y extender las cogniciones positivas, reemplazando las negativas.
6. Exploración corporal	Lograr que sensaciones corporales como la tensión muscular residual desaparezcan.
7. Cierre	Tener sensación de autocontrol, aprender a manejar situaciones perturbadoras.
8. Reevaluación	Plantear nuevos objetivos y estrategias para optimizar los efectos alcanzados

Cuando la información se almacena en la neocorteza el hipocampo queda libre para almacenar memorias de nuevos eventos. Dentro de la génesis de los trastornos relacionados con experiencias traumáticas se describen alteraciones en este proceso de almacenamiento de la información principalmente en la memoria declarativa que depende del hipocampo y se define como la habilidad para recordar los detalles de los eventos incluyendo tiempo, lugar y circunstancias (4).

Los resultados terapéuticos de EMDR se relacionan con el hallazgo de que a través de los movimientos oculares y el reprocesamiento de la información

se reduce la vivencia de las imágenes estresantes, aparentemente esto se relaciona con cambios en la función viso espacial y la memoria de trabajo que hacen que se reduzca la intensidad de la emoción asociada a la imagen y el recuerdo traumático (1). Algunos estudios demuestran que después del tratamiento con EMDR los recuerdos tanto positivos como negativos se hacen menos “vividos”, es decir tienen una carga emocional menor (5).

Algunos de los cambios en imágenes como la tomografía por emisión de positrones (SPECT) descritos después del tratamiento con EMDR incluyen hiperactividad del cíngulo anterior y el

lóbulo frontal izquierdo, este hallazgo señala que el tratamiento aumenta la actividad del sistema límbico lo que termina mejorando la capacidad del individuo para diferenciar una amenaza real de una imaginaria (6).

Aplicaciones en psiquiatría

Trastorno de estrés postraumático

Fue la primera entidad en ser tratada con EMDR; en 1989 Francine Shapiro probó su eficacia para disminuir los síntomas de reexperimentación y la ansiedad en 22 veteranos de guerra con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (1); desde entonces se han realizado múltiples estudios que incluyen reportes de caso, estudios comparativos y metaanálisis, la mayoría de los cuales reportan utilidad de esta técnica para el manejo de los síntomas de este trastorno, incluso indican que junto con la terapia cognitivo-comportamental y el manejo farmacológico con antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina es una forma efectiva de tratamiento (7).

Trastornos de alimentación

El protocolo de EMDR para tratar este grupo de patologías aún no es claro, a pesar de que varios reportes de caso señalan su eficacia en aspectos como la percepción de la imagen corporal y la autoestima (8); los estudios comparativos no han encontrado

diferencias entre esta técnica y otros tipos de terapia. Dentro de los riesgos descritos para su implementación en trastornos de alimentación, se ha señalado que teniendo en cuenta que la asociación de estos cuadros con experiencias traumáticas, como abuso sexual, no es específico; centrarse en estos hechos puede dilatar el uso de terapias que sí han mostrado eficacia clínica, como el tratamiento farmacológico con antidepresivos y la terapia cognitivo-comportamental. De otro lado, no se ha demostrado que los recuerdos que se “recuperan” a través de este método sean completamente reales, y se sugiere que los componentes de sugestión presentes en esta técnica podrían aumentar el riesgo de falsos recuerdos que compliquen el curso de la enfermedad (9). En conclusión, no existe evidencia suficiente para recomendar el uso rutinario de esta técnica en el abordaje de trastornos de alimentación.

Abuso de sustancias

Se ha postulado que EMDR al ser una técnica que modifica pensamientos y creencias disfuncionales podría ser benéfico en el manejo de trastornos mentales y del comportamiento por abuso y dependencia de diferentes sustancias psicoactivas; se postula que al disminuir la respuesta emocional a recuerdos traumáticos que son disparadores potenciales de recaídas y *craving* físico mejoraría los síntomas. Adicionalmente podría ser

útil para que este grupo de pacientes incorpore nuevas habilidades de afrontamiento y, tenga comportamientos más adaptativos (10). En un estudio realizado por Cercero en 11 pacientes que cumplían criterios de dependencia de cocaína, a los que se les realizaron tres sesiones de EMDR, los resultados fueron poco conclusivos dado que la sensación de control aumentó, pero no sucedió lo mismo con el *craving* y el consumo (11). Estos hallazgos ratifican que se requieren más estudios para determinar si esta terapia puede o no ser útil en el tratamiento de este tipo de patología.

Trastorno de personalidad límite

El trastorno de personalidad límite es una entidad psiquiátrica con múltiples comorbilidades y hallazgos fenomenológicos; se calcula que su prevalencia es del 2% en la población general, del 10% entre los pacientes que acuden a consulta psiquiátrica ambulatoria y del 20% entre los pacientes hospitalizados en unidades de salud mental. Entre los factores etiológicos relacionados se encuentran experiencias traumáticas, como abuso físico y sexual en la infancia, fracaso escolar y separación de los padres (12).

Los individuos diagnosticados con TPL (trastorno de personalidad límite) se caracterizan por un alto grado de impulsividad e inestabilidad, así como por la presencia de

dificultades importantes en las relaciones interpersonales, asociados a problemas de identidad (13). Hace algunos años se consideraba como una patología crónica con pocas posibilidades de mejoría; sin embargo, las investigaciones recientes plantean que algunos síntomas pueden remitir durante el tratamiento psicoterapéutico (14). En cuanto al EMDR dada la importancia de las experiencias traumáticas, se postula que podría ser una herramienta útil en el tratamiento de estos pacientes; esto se evidenció en un reporte de caso en el que la impulsividad y la inestabilidad del paciente disminuyeron después de la realización de varias sesiones en las que se reprocesaron las experiencias traumáticas (15). Sin embargo, no hay hallazgos conclusivos que recomienden el uso sistemático de esta terapia en este tipo de patología.

Terapia de pareja

Algunos estudios plantean que EMDR podría mejorar la efectividad de la terapia de pareja, cuando se realiza un abordaje emocional y basado en las experiencias previas, especialmente en parejas que no han tenido una respuesta adecuada a las terapias convencionales, al parecer esta técnica aumenta la disposición de los miembros de la pareja para hacer acercamientos emocionales. Protinsky y Sparks plantean que un reprocesamiento exitoso podría mejorar la reactividad

emocional de la pareja, al disminuir la influencia de las experiencias pasadas dolorosas (16).

Fobias específicas

En algunos estudios comparativos y reportes de caso, EMDR resultó ser tan efectiva como las terapias de exposición en el tratamiento de diferentes fobias específicas; adicionalmente se reporta disminución de los síntomas hasta en el 90% de pacientes con una única sesión de 2,5 horas, lo que señala una de las ventajas más importantes de esta técnica relacionada con un menor tiempo de tratamiento comparada con las técnicas clásicas (17).

Trastorno de pánico

En estudios realizados en grupos pequeños que comparan EMDR con placebo, se encuentra disminución en la frecuencia del pánico y en el número de ataques de pánico; sin embargo, no hay cambios en las distorsiones cognoscitivas características de esta patología, por lo que la tasa de recaída es alta; en conclusión, hasta el momento el uso de EMDR en el tratamiento de este trastorno de ansiedad no es apoyado por resultados clínicos (17).

Trastorno de ansiedad generalizada con agorafobia

En los estudios que comparan EMDR con placebo se observa una

disminución de la severidad de los síntomas de este trastorno; sin embargo, el número de ataques de pánico no muestra diferencias estadísticamente significativas, por lo que para el abordaje de esta patología se recomienda la terapia cognitivo-comportamental que tiene una mayor evidencia clínica (18).

Otras aplicaciones

Manejo del dolor

Cuando una persona se enfrenta a una experiencia traumática o sufre de dolor crónico, su cerebro no puede procesar la información como lo hace cotidianamente; las experiencias y recuerdos se almacenan de manera inadecuada, lo que tiene un efecto negativo en la calidad de vida. Se sugiere que la estimulación bilateral contribuye al reprocesamiento de la información, a través de una secuencia similar a la que ocurre durante sueño REM.

Se ha descrito que las personas con dolor crónico después del tratamiento con EMDR reorganizan la información relacionada con esta experiencia, lo que se evidencia en los cambios en las sensaciones dolorosas y, en la manera en que el paciente las vivencia; en otras palabras, cambia la manera en la que el dolor “se recuerda” físicamente. La técnica busca cambiar la manera somática y emocional en la que se vivencia el dolor (19).

Estos hallazgos están soportados en estudios realizados por Grant y colaboradores, que han encontrado que en el comienzo del tratamiento y durante el seguimiento existe una disminución significativa en la percepción del dolor y los afectos negativos relacionados, así como una percepción de aumento en la capacidad de control.

En lo referente a la técnica, el paciente debe concentrarse en el dolor y, en todos los pensamientos y sensaciones que experimente. Se dan instrucciones al paciente para que no se esfuerce en controlar los contenidos, es decir, que debe saber que no hay una manera incorrecta de hacer la terapia. Cada persona procesará la información únicamente basada en su experiencia y valores personales. La terapia se realiza hasta cuando las sensaciones y pensamientos son menos disruptivos y aparecen cogniciones positivas (por ejemplo, "Puedo controlar el dolor"). Durante las sesiones de EMDR, el paciente puede experimentar diversas sensaciones, incluso dolor creciente, pero para el final de la sesión la mayoría de personas presenta una reducción significativa de los síntomas (3).

Alteraciones dermatológicas

El estrés y las emociones negativas son factores relacionados con la aparición, exacerbación y mantenimiento de diferentes patologías der-

matológicas; es el caso de entidades como la psoriasis y la dermatitis atópica, que se considera pertenecen al grupo de los trastornos psicósomáticos (20). Este hallazgo ha conducido al empleo de diferentes técnicas psicológicas como hipnosis, *biofeedback* y relajación en el abordaje integral de los pacientes con este tipo de patologías (21).

En cuanto al EMDR, se postula que esta técnica disminuye la reactividad autonómica, lo que se traduciría en una disminución de la hiperhidrosis y el eritema característico de varias entidades dermatológicas. Adicionalmente las sensaciones físicas expresadas en manifestaciones cutáneas como prurito pueden representar memorias corporales de eventos traumáticos que disminuyen al ser reprocesadas a través de esta técnica (21).

En un estudio realizado en la Universidad de Toronto, en Canadá, con cuatro pacientes con alteraciones dermatológicas graves (psoriasis, acné, dermatitis atópica, urticaria generalizada) y antecedente de diferentes alteraciones psicológicas (ansiedad, alteraciones en la imagen corporal después de abuso sexual y trastorno de estrés postraumático) a los que se les realizaron entre tres y seis sesiones de EMDR, se encontró una mejoría significativa tanto de los síntomas dermatológicos como emocionales, por lo que se postula que esta técnica podría

servir como terapia coadyuvante en el tratamiento de diferentes patologías dermatológicas (22).

Alteraciones gastrointestinales

La serotonina es un neurotransmisor que se produce en las neuronas del núcleo del rafe dorsal, y está implicada en diferentes entidades psiquiátricas como la depresión y la ansiedad; también se produce en el tracto gastrointestinal, lo que podría explicar por qué algunas emociones generan sensaciones particulares en el abdomen.

Algunas experiencias traumáticas, como los accidentes de tránsito, los asaltos e incluso los eventos traumáticos ocurridos en la infancia pueden dejar una memoria corporal asociada, sensaciones y emociones intensas asociadas con esos acontecimientos; en ocasiones estas sensaciones físicas pueden reaparecer tiempo después de la ocurrencia del evento y, generar síntomas de difícil abordaje y tratamiento, como el síndrome de colón irritable, la enfermedad ácido péptica y otras entidades que se considera forman parte de los trastornos psicósomáticos; en estos casos EMDR sería efectiva, dado que al disminuir la influencia de las vivencias traumáticas, la severidad y frecuencia de los síntomas en el tracto gastrointestinal mejorarían (23).

Crisis no epilépticas

Las crisis no epilépticas o pseudo-crisis son entidades frecuentes en la práctica clínica; se definen como eventos clínicos paroxísticos que tienen una clínica semejante a las crisis epilépticas, pero que no se asocian a alteraciones medibles en la actividad eléctrica del cerebro, y no tienen un origen orgánico (24). En términos psicodinámicos se considera que son comunicaciones somáticas de procesos mentales, que ocurren en respuesta a un conflicto psicológico u otros estresantes (25).

En estudios realizados a personas con este diagnóstico se ha encontrado que tienen una alta comorbilidad con entidades como trastorno de estrés postraumático (entre el 33% y el 58%) y en niños y adolescentes pueden constituir manifestaciones de *flashbacks* (26). Por lo que se postula que al disminuir la influencia de las experiencias traumáticas, EMDR podría ser una herramienta útil en el abordaje de estos pacientes (27).

Conclusiones

La desensibilización y reprocesamiento a través de movimientos oculares es una técnica útil para el abordaje de una gran variedad de trastornos psiquiátricos. Se han descrito algunas reacciones adversas como empeoramiento de los

síntomas y sensación de pérdida del control (28); hallazgo que resalta la importancia de elegir adecuadamente los pacientes candidatos a ser tratados con esta terapia, y aquéllos que deben recibir adicionalmente tratamiento farmacológico.

A futuro se deben realizar estudios clínicos comparativos, para determinar la utilidad de esta terapia en otras entidades psiquiátricas, como los trastornos afectivos, los trastornos disociativos y conversivos y en el grupo de otras entidades psicósomáticas como la migraña.

Referencias

1. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *J Anxiety Disord.* 1999;13(1-2):35-67.
2. Stickgold R. EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. *J Clin Psychol.* 2002;58(1):61-75.
3. Grant M. EMDR: a new treatment for trauma and chronic pain. *Complement Ther Nurs Midwifery.* 2000;6(2):91-4.
4. Passig-Villanueva C. Los sistemas de memoria. *Revista de Psicología.* 1994-1995;5:27-33.
5. Van den Hout M, Muris P, Salemink E, Kindt M. Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *Br J Clin Psychol.* 2001;40(Pt 2):121-30.
6. Levin P, Lazrove S, Van der Kolk B. What psychological testing and neuroimaging tell us about treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing? *J Anxiety Disord.* 1999;13(1-2):159-72.
7. Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother.* 1998;5(3):126-44.
8. Dziegielewski SF, Wolfe P. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as a time-limited treatment intervention for Body Image disturbance and self esteem: a single subject case study design. *Journal of psychotherapy in independent practice.* 2000;1(3):1-16.
9. Hudson JI, Chase EA, Pope HG Jr. Eye movement desensitization and reprocessing in eating disorders: caution against premature acceptance. *Int J Eat Disord.* 1998;23(1):1-5.
10. Shapiro F, Vogelmann-Sine S, Sine LF. Eye movement desensitization and reprocessing: treating trauma and substance abuse. *J Psychoactive Drugs.* 1994;26(4):379-91.
11. Cecero JJ, Carroll KM. Using eye movement desensitization and reprocessing to reduce cocaine craving. *Am J Psychiatry.* 2000;157(1):150-1.
12. Gunderson JG, Shea MT, Skodol AE, McGlashan TH, Morey LC, Stout RL, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: development, aims, design, and sample characteristics. *J Personal Disord.* 2000;14(4):300-15.
13. American Psychiatric Association Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder: American Psychiatric Association. 2001;158(10 Suppl):1-52.
14. Gunderson JG, Daversa MT, Grilo CM, McGlashan TH, Zanarini MC, Shea MT, et al. Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2006;163(5):822-6.
15. Brown S, Shapiro F. EMDR in the treatment of borderline personality disorder. *Clinical Case Studies.* 2006;5(5):403-20.
16. Protinsky H, Sparks J, Flemke K. Using eye movement desensitization and reprocessing to enhance treatment of couples. *J Marital Fam Ther.* 2001;27(2):157-64.

17. Muris P, Merckelbach H. Traumatic memories, eye movements, phobia and panic: a critical note on the proliferation of EMDR. *J Anxiety Disord.* 1999;13(1-2):209-23.
18. Goldstein AJ, De Beurs E, Chambless DL, Wilson KA. EMDR for panic disorder with agoraphobia: comparison with waiting list and credible attention-placebo control conditions. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(6):947-56.
19. Ernst E. The usage of complementary therapies by dermatological patients: a systematic review. *Br J Dermatol.* 2000;142(5):857-61.
20. Bilkis MR, Mark KA. Mind body medicine: practical applications in dermatology. *Arch Dermatol.* 1998;134(11):1437-41.
21. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford; 1995.
22. Gupta MA, Gupta AK. Use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of dermatologic disorders. *J Cutan Med Surg.* 2002;6(5):415-21.
23. Kneff JC, Krebs K. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): another helpful mind-body technique to treat GI problems. *Gastroenterol Nurs.* 2004;27(6):286-7.
24. Harden CL. Pseudoseizures and dissociative disorders: a common mechanism involving traumatic experiences. *Seizure.* 1997;6(2):151-5.
25. Abubakr A, Kablinger A, Caldito G. Psychogenic seizures: clinical features and psychological analysis. *Epilepsy Behav.* 2003;4(3):241-5.
26. Fleisher W, Staley D, Krawetz P, Pillay N, Arnett JL, Maher J. Comparative study of trauma-related phenomena in subjects with pseudoseizures and subjects with epilepsy. *Am J Psychiatry.* 2002;159(4):660-3.
27. Chemali Z, Meadows ME. The use of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of psychogenic seizures. *Epilepsy Behav.* 2004;5(5):784-7.
28. Kaplan R, Manicavasagar V. Adverse effect of EMDR: a case report. *Aust N Z J Psychiatry.* 1998;32(5):731-2.

Recibido para evaluación: 22 de mayo de 2008

Aceptado para publicación: 31 de julio de 2008

Correspondencia
Laura Marcela Gil Lemus
Departamento de Psiquiatría
Hospital Federico Lleras Acosta
Calle 33 N° 4A-50
Ibagué, Colombia
l.gil@javeriana.edu.co