



Rebecca Kase

# EMDR POLIVAGAL

Un enfoque neuroinformado  
para la sanación emocional



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

REBECCA KASE

## EMDR POLIVAGAL

Un enfoque neuroinformado  
para la sanación emocional

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Desclée De Brouwer

Título de la edición original:

POLIVAGAL-INFORMED EMDR

A Neuro-Informed Approach to Healing

© Rebecca Kase, 2023

W. W. Norton & Company, Inc., 500Fifth Avenue, New York, NY 10110

Traducción: Francisco Campillo Ruiz

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER S. A., 2024

Henao, 6 - 48009 Bilbao

[www.edesclée.com](http://www.edesclée.com)

[info@edesclée.com](mailto:info@edesclée.com)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –[www.cedro.org](http://www.cedro.org)–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Impreso en España – Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-3276-8

Depósito Legal: BI-1052-2024

Impresión: Grafo, S. A. - Basauri

# Índice

---

Agradecimientos. . . . .	11
Introducción. . . . .	13
1. Terapia neuroinformada. . . . .	21
2. El sistema nervioso y el estrés tóxico . . . . .	31
3. La teoría polivagal . . . . .	51
4. Seguro y conectado . . . . .	67
5. La relación terapéutica. . . . .	81
6. La EMDR polivagal . . . . .	95
7. Fase 1: Afianzar la seguridad y formular el caso . . . . .	113
8. Fase 2: Preparación . . . . .	145
9. Fase 3: Evaluación . . . . .	187
10. Fase 4: Desensibilización . . . . .	207
11. Fases 5 y 6: Instalación y escaneado corporal . . . . .	235
12. Fase 7: Cierre . . . . .	245
13. Fase 8: Reevaluación. . . . .	259
14. El terapeuta encarnado . . . . .	279
Apéndice. . . . .	287
Bibliografía . . . . .	293

# Introducción

---

La teoría polivagal y la desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares (EMDR) son modelos teóricos neuroinformados, innovadores y de vanguardia, conocidos por sus contribuciones impactantes a la psicoterapia. Tomadas separadamente, ofrecen marcos de referencia para la concepción teórica y vías para la sanación clínica. Combinadas, ofrecen un enfoque muy potente, integrado y neuroinformado para fomentar la transformación terapéutica. La teoría polivagal y la EMDR benefician a todas las poblaciones, a todos los grupos de edad, a todas las identidades culturales y a todas las presentaciones clínicas. Pero, ¿cómo podemos integrar de manera coherente ambas teorías? ¿Cómo abordamos la delicada labor de sanación con la ayuda de estos modelos que nos dan información respecto tanto de la formulación teórica como de la intervención clínica? ¿Cómo podemos combinar eficazmente la sabiduría y la investigación de estos enfoques tan respetados? ¿Y qué beneficio se podría extraer de ello?

Como formadora y consultora en EMDR, suelo escuchar con frecuencia las preguntas que formulan los consultantes respecto de la capacidad de integración de estas teorías. ¿Puedo integrar la teoría polivagal dentro de la EMDR? ¿Y cómo lo hago? ¿Cuándo debería hacerlo? ¿Y por qué razón debería hacerlo? Hasta la fecha, como comunidad EMDR todavía no hemos explorado en profundidad estas preguntas. Nadie había delineado explícitamente este camino –hasta ahora.

Mi historia de amor con la EMDR empezó en 2006 cuando comencé mi formación básica en esta terapia. He vivido la EMDR como una terapia que cambia la vida, a nivel personal y profesional. Es la terapia más potente y eficaz que jamás haya tenido el privilegio de recibir personalmente, como también de ofrecerles a los pacientes en sus viajes hacia la sanación. La EMDR es una terapia neuroinformada, dado que se concentra en la sabiduría y en el poder innato de sanación del sistema nervioso, y concibe el almacenamiento de la memoria como un factor contribuyente de primer orden al desarrollo de los síntomas y los diagnósticos clínicos.

En 2018 empecé a adentrarme en la teoría polivagal y me sentí rápidamente fascinada ante la experiencia de aprender este modelo que describía el sistema nervioso autónomo en profundidad. La teoría polivagal es un marco sólido de referencia que explica la ciencia de sentirnos seguros y la forma en la que el sistema nervioso autónomo responde al peligro. Este modelo ha motivado a miles de profesionales clínicos a conectar con su genio neurocientífico interior, dado que nos enseña a hacernos amigos del sistema nervioso y a mantener la curiosidad respecto de la naturaleza adaptativa de las defensas innatas conectadas a los sistemas de supervivencia.

Tuve la sensación intuitiva de que estos modelos se complementaban entre sí, como la mantequilla y la mermelada. Sentí que la teoría polivagal podía integrarse fácilmente dentro de las ocho fases de la EMDR. De modo que empecé a experimentar con las técnicas y los enfoques. A fin de cuentas, si jamás probásemos a hacer las cosas de manera diferente, muchas de nuestras terapias, incluida la EMDR, no existirían. Exploré con curiosidad los puntos de conexión a través del estudio y de la práctica, y lentamente, pero con certeza, comencé a ver el bosque que albergaba a los árboles.

La integración de ambos modelos era muy potente. Combinados, ofrecían un marco comprehensivo de referencia centrado en el sistema nervioso para guiar mi práctica clínica, reforzar la evaluación, la formulación del caso, la planificación del tratamiento, la intervención y el seguimiento de los resultados. Me sentí entusiasmada y motivada. Los pacientes se estabilizaban con más rapidez y procesaban los blancos focales con mayor facilidad. Mis intervenciones parecían potenciar o elevar su nivel de eficacia. Sentí una sensación renovada

de curiosidad y asombro hacia mi profesión de terapeuta. Adoptar estos dos modelos en su totalidad funcionó –y muy bien, de hecho.

Al principio fue difícil encontrar el nexo de unión e integrar. Me sentía como una pelota de ping-pong, rebotando de acá para allá de un modelo al otro. “¿Cómo podría combinarlos?” era el mantra y la curiosidad de cada día. Dado que ambos modelos se centraban en la neurobiología, sabía que se complementaban entre sí. Habitualmente yo solía buscar cursos de formación, libros, artículos y expertos de los que poder aprender. Pero no existía esta opción en este caso, dado que nadie había explorado esto antes. Hay muchos terapeutas formados en EMDR y muchos terapeutas que han estudiado la teoría polivagal. Pero no pude encontrar a nadie que equilibrara los dos enfoques. Los expertos y los consultores con los que contacté hablaban de EMDR o de teoría polivagal, pero nunca de las dos cosas al mismo tiempo. En algunos casos incluso me encontré con terapeutas que parecían tener la sensación de que debían elegir y mantenerse fieles a uno u otro enfoque. Lamentablemente, esto parece ser algo bastante común en nuestro ámbito de la orientación y la asistencia psicológica (*counseling*) que conduce a la formación de compartimentos estancos y a unas mentalidades limitadoras del tipo de “lo mío es mejor que lo tuyo”.

Pasemos ahora a revisar un viaje al supermercado de Colorado en 2020. Denver estaba saliendo del confinamiento de la pandemia y la localidad donde yo residía acababa de vivir otro tiroteo indiscriminado que tuvo lugar en una tienda de comestibles. Yo estaba de pie en el pasillo de los helados, batallando con el problema privilegiado de decidir qué helado comprar, cuando de repente se escuchó un sonido fuerte y alarmante. “¡Pum!”.

“¿Qué fue eso? ¿Era una pistola? ¿Mi vida está en peligro? ¿Qué está pasando?”. Mi mente iba a toda velocidad. Agucé los oídos. Me quedé quieta. Miré a ambos lados del pasillo, escudriñando el entorno en busca de información. Mi corazón iba a toda velocidad, me subió la tensión y mis músculos se tensaron mientras trataba de averiguar qué había sido ese ruido. Un grupo de adolescentes pasaron por mi lado, uno de ellos pegándole a otro en broma. “¡Gilipollas! No me puedo creer que me explotaras eso en la oreja. ¡Me la vas a pagar!”. Respiré hondo. “Son sólo niños jugando y haciendo el tonto. No hay ningún peligro”, pensé. Traté de volver para elegir el helado. Pero no pude.

El corazón empezó a latirme más lento, mis músculos se relajaron un poco y volví a centrar la atención en los coloridos envases helados apilados delante de mí. Pero entonces los recuerdos de mi pasado pasaban rápidamente por mi mente. Recordé un incidente personal de violencia con arma de fuego. Mi mente reproducía fragmentos de escenas de aquella noche, acontecida unos pocos años atrás. Me recordaba a mí misma corriendo con la pistola que, después de un forcejeo, había logrado arrebatarle a un hombre que estaba a punto de matarse a él mismo o a otra persona. Sentía la sensación efervescente de adrenalina que me resultaba familiar mientras seguía de pie en el pasillo del supermercado brillantemente iluminado. Mi mente reproducía imágenes de las noticias del tiroteo local en la tienda de comestibles. Los supervivientes, el velatorio de las personas asesinadas, el francotirador armado. Aquel sonido había iniciado una cascada de recuerdos que yo estaba reviviendo visceralmente en aquel momento.

Reconocí la experiencia que estaba teniendo y revisé posibles formas de maniobrar con flexibilidad para recuperar un estado fisiológico más regulado. “Respira. Arráigate. Presta atención, céntrate en percibir”, me decía la voz de mi terapeuta interior. Miré a mi alrededor para identificar indicaciones que me confirmaran que no corría ningún peligro, habilidad que aprendí de la teoría polivagal. Puse en un contenedor aquel recuerdo pasado del incidente violento con arma de fuego, habilidad que aprendí de la EMDR. Hice unas pocas respiraciones profundas y añadí alguna estimulación bilateral lenta, balanceándome lado a lado, que es una intervención EMDR, y le dediqué un momento a centrarme en prestar atención a mi mundo interior. Estoy segura de que debía de parecer un personaje interesante, de pie en aquel pasillo aplicándome a mí misma algunas técnicas de psicoterapia. En cualquier caso, logré regularme de nuevo en tan sólo unos pocos minutos y seguí haciendo mi compra.

Es una historia de helados tremendamente dramática, Rebeca. ¿Qué tiene que ver con nada? Cuento esta anécdota porque fue el momento en el que comprendí con claridad que los dos modelos se solapaban. Esta experiencia es un ejemplo de teoría polivagal y del modelo (extraído de la EMDR) de procesamiento adaptativo de la información (PAI) aconteciendo a la misma vez. La neurocepción, un término polivagal que el lector aprenderá en los capítulos siguientes, es el sistema de vigilancia interna de que dispone el cuerpo. La neurocepción escanea



inconscientemente el entorno buscando indicaciones de peligro y de seguridad, activando las alarmas nerviosas autónomas en respuesta al peligro. Cuando escuché el sonido del estallido, mis defensas se activaron sobre la base de una indicación ambiental junto con la información almacenada en mis recuerdos únicos. Mi sistema nervioso obró su magia adaptativa, preparándome con una respuesta de supervivencia. Una oleada de activación nerviosa simpática me preparó rápidamente para movilizarme. Esta respuesta fisiológica es el elemento central de la teoría polivagal. Sentir el aumento de la energía simpática, junto con el estímulo de una posible arma de fuego, desencadenó mis redes de memoria, lo que constituye el elemento central de la EMDR. Sobre la base del desencadenante actual, el PAI empezó a activar recuerdos, trayendo a mi memoria mi propio trauma del pasado y el trauma reciente acontecido en mi localidad. No sólo estaba pensando en aquellos recuerdos, sino que mi cuerpo estaba reviviendo partes de aquellos recuerdos a través de las percepciones y sensaciones autónomas. Aquel sonido no sólo había alarmado a mi sistema nervioso autónomo; también había activado mis redes de memoria. Los principios de ambos modelos estaban aconteciendo de forma simultánea e interdependiente en aquel momento, y me quedé de pie inmóvil en el pasillo del supermercado, fisiológicamente desregulada. Fue una danza de la angustia entre mi sistema nervioso autónomo y mis redes de memoria.

Soy una persona bien adaptada. He hecho mi trabajo personal y he sanado muchas de mis heridas, incluida la herida por el incidente de violencia con arma de fuego al que aludí más arriba. He invertido mucho tiempo y dedicación en mí misma, desarrollando habilidades de afrontamiento, el autoconocimiento y el *insight* personal. Tengo la suerte de tener un sistema nervioso flexible y resiliente. Soy psicoterapeuta. Más me vale tener estas cualidades, si pretendo enseñarlas a los demás. Imaginemos ahora esta misma cadena de eventos sucediéndole a alguien sin demasiada resiliencia ni flexibilidad, alguien que tiene recuerdos desadaptativos, no resueltos, que se desencadenan con facilidad y evolucionan en cascada en dirección a generar una inundación o un bloqueo. ¿Qué pasaría si yo no tuviera muchas habilidades de afrontamiento o formas de regular? Ese alguien está en nuestra cartera de casos. Muchos de nuestros pacientes viven la activación crónica de unos estados defensivos, desencadenantes traumáticos frecuentes y dificultades cotidianas en regular sus respuestas al estrés.

Dado que los recuerdos no son sólo pensados, sino sentidos, las redes de recuerdos desadaptativos activan las defensas autónomas (i.e., ataque, fuga, congelación, colapso). Cuando un recuerdo es rememorado en la mente, es vivido bajo la forma de un estado específico a través del sistema nervioso autónomo. Los terapeutas EMDR se centran en el almacenamiento de la memoria y los terapeutas de orientación polivagal se centran en el sistema nervioso autónomo. Combinar la teoría polivagal con la EMDR significa que el terapeuta centra la atención en ambas ramas del sistema nervioso e integra enfoques y modelos de intervención para ayudar a sanar al sistema en su totalidad.

Ambos modelos ofrecen marcos de referencia para la concepción teórica y delinean posibles caminos para la sanación. Las teorías son complementarias, aportándose mutuamente una profundidad y amplitud adicionales en la organización de sus conceptos y en sus enfoques de intervención. Conocer la EMDR ayudará a comprender la teoría polivagal, y el conocer la teoría polivagal reforzará nuestra comprensión de la EMDR. Ambos modelos se centran en los mecanismos de procesamiento de la información del sistema nervioso. La teoría polivagal identifica la neurocepción como un medio principal de procesamiento de la información, mientras que la EMDR se centra en el modelo PAI de procesamiento adaptativo. Reconocer las maneras complejas y sin embargo elementales en las que el sistema nervioso procesa e integra la información, y dónde se sitúan las oportunidades de intervenir, constituye el meollo de este libro.

A medida que he ido explorando los distintos cómo, por qué y dónde de la EMDR polivagal (PV-EMDR), he llegado a identificar unos pocos principios esenciales que guían mi práctica. Revisaremos estos principios a lo largo de todo el libro, ayudando al lector a dar forma a un marco sólido de referencia para fomentar la sanación que guarde relación con todos los pacientes y presentaciones clínicas.

- El almacenamiento de las redes de memoria y el funcionamiento del sistema nervioso autónomo constituyen el centro de la terapia EMDR polivagal.
- El sistema nervioso es el mecanismo de evaluación, intervención y análisis de resultados de la psicoterapia.

- La teoría polivagal describe el funcionamiento del sistema nervioso autónomo y el papel del nervio vago en la mediación de los procesos autónomos.
- El modelo PAI de la EMDR describe el almacenamiento de la memoria.
- Los recuerdos no son sólo pensados, sino sentidos a través de los procesos nerviosos autónomos.
- El sistema nervioso autónomo influye en el almacenamiento de la memoria.
- El sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso central guardan una relación bidireccional interdependiente. El estado de uno de estos sistemas influye directamente en el estado del otro.
- La resiliencia autónoma es un medio para llegar a un fin, y un fin en sí mismo.

He escrito este libro en mi condición de terapeuta PV-EMDR. La integración de ambos modelos cambiará nuestro marco conceptual de referencia, alejándolo de los diagnósticos y las etiquetas conforme va aumentando nuestra curiosidad acerca del funcionamiento del sistema nervioso. La PV-EMDR enfatiza la adaptación por encima de la patología, y la capacidad innata de curación. Estas teorías describen la inteligencia del sistema nervioso, pidiéndonos que exploremos el sentido de la disfunción en lugar del significado disfuncional. El modelo PV-EMDR nos pide que nos familiaricemos con la naturaleza adaptativa del sistema nervioso, que reconozcamos las afecciones clínicas como un lenguaje neurofisiológico único, y que planifiquemos las intervenciones en consonancia con ello. Los pacientes vienen a terapia debido a unos sistemas nerviosos desregulados, independientemente del diagnóstico o de los síntomas. La PV-EMDR es un modelo avanzado y neuroinformado de orientación psicológica, que coloca al sistema nervioso en el primer plano de la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento.

Exploraremos juntos algunos métodos para integrar la teoría polivagal dentro de las ocho fases de la EMDR, sin que ello suponga ningún riesgo para la fidelidad a los distintos aspectos de esta terapia basada en la evidencia. Estoy convencida de que las técnicas exploradas en este texto potencian la eficacia del modelo EMDR de terapia.

Revisaré conceptos claves y técnicas de intervención, e incluiré ejemplos de casos compuestos (es decir, mezclando ejemplos reales, para proteger la confidencialidad) y diálogos igualmente compuestos para ilustrar los puntos de referencia.

Este libro no puede hacer las veces de un estudio y revisión exhaustiva de la terapia EMDR. No sustituye a ningún texto riguroso, como el texto clásico de Shapiro sobre la terapia EMDR, que va ya por la tercera edición (2018). Tampoco puede hacer las veces de una revisión exhaustiva de la teoría polivagal. No pretende sustituir a los textos de Deb Dana ni de Stephen Porges, ni a la formación a fondo en teoría polivagal. Este libro pretende hacer de puente para integrar estas dos teorías. En razón de ello, tiene un alcance limitado respecto de los conceptos importantes relativos a cada modelo. Existe un límite respecto de la cantidad de material que se puede abarcar razonablemente en un único texto, si pretendo mantener el interés del lector. Tomemos lo que nos ayude en nuestra práctica, ahondemos en los conceptos que nos motiven y dejemos a un lado lo que nos parezca que no guarda relación con nuestra práctica. Y siempre, siempre, siempre: no dejemos de ser humildes, sentir curiosidad y seguir aprendiendo.

# 1

## Terapia neuroinformada

---

Repasemos la ajetreteada década de los 90 del pasado siglo. La Unión Soviética se estaba disolviendo, el telescopio espacial Hubble fue puesto en órbita y Google entró en nuestra vida cotidiana. La cultura pop nos estaba surtiendo abundantemente, con las Destiny's Child y las Spice Girls. Pasaban montones de cosas. Los años 90 también fueron declarados como la década del cerebro, cuando el antiguo presidente estadounidense George H. W. Bush lanzó la iniciativa de promover la investigación cerebral y estudiar los correlatos relevantes con las dolencias físicas y enfermedades mentales. El esfuerzo se vio motivado por una llamada a la acción que formularon destacadas organizaciones sanitarias públicas estadounidenses (el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Cerebrovasculares, el Instituto Nacional de Salud Mental y el Consejo Consultivo Nacional) en un esfuerzo por desentrañar los secretos del cerebro, promover la salud pública y mejorar el tratamiento de los trastornos neurológicos, tales como las adicciones y las enfermedades mentales. Hasta los años 90 el cerebro seguía siendo en gran parte un territorio desconocido. Pero los avances tecnológicos facilitaron las herramientas para estudiar algunos de los secretos de este complicado y potente órgano.

La teoría polivagal y la EMDR también estaban apareciendo por aquel entonces, haciendo su gran debut en los 90. El Dr. Stephen Porges (el creador de la teoría polivagal) comenzó su labor en los años 60 estudiando la variabilidad de la tasa cardíaca. La Dra. Francine

Shapiro (la creadora de la EMDR) hizo su importante descubrimiento en aquel famoso paseo por el parque a finales de los 80. La teoría polivagal y la EMDR cogieron impulso en los años 90 y finalmente fueron incorporadas a la práctica y al conocimiento clínico prevalecientes. Hoy día estas dos teorías son ampliamente conocidas y se mencionan en las conversaciones informales y espontáneas de los terapeutas como modelos altamente investigados y respetados.

Gracias a la década del cerebro y a los modelos emergentes, se ha reconocido la relevancia del sistema nervioso para la psicoterapia –aunque yo añadiría que no se ha enfatizado lo suficiente. La neurociencia nos enseña que somos biología. Pensamientos, sentimientos, sensaciones, conductas y síntomas se pueden entender y explicar como productos de la fisiología. El sistema nervioso determina nuestro mundo interior y nuestra experiencia subjetiva (percepción y vivencia) del mundo exterior. Cuando el sistema nervioso goza de buena salud, tenemos más probabilidades de estar sanos. Cuando el sistema nervioso está enfermo, tenemos más probabilidades de enfermarnos. No podemos separar la biología de la persona.

Cuando los estados fisiológicos se convierten en rasgos, existe una tendencia a atribuir dichos rasgos a la personalidad y al carácter moral del individuo, en lugar de atribuirlos a su biología. Nadie quiere tener una adicción; nadie disfruta verdaderamente de la depresión; tener problemas de relación es agotador para todo el mundo; cualquier persona que tenga sangre en las venas buscará llamar la atención cuanto menos de vez en cuando, de alguna forma. Estas son presentaciones clínicas comunes con unas etiquetas estigmatizadas nacidas de la incompreensión de los procesos fisiológicos enraizados en el trauma, las experiencias adversas, el apego disfuncional, el racismo, los prejuicios y las dolencias neurológicas. Las etiquetas no nos ayudan a sanar emocionalmente ni a recuperarnos. Las etiquetas estigmatizan, patologizan y avergüenzan, al tiempo que desvían la atención respecto de los procesos neurofisiológicos adaptativos que motivan el problema, la conducta o el síntoma.

A pesar de estos avances en psicología, los psicoterapeutas continúan siendo uno de los pocos grupos dentro de la población médica que no analizan el órgano o el sistema que tratan. ¿No es desconcertante? Los terapeutas tratan el sistema nervioso, que se compone del

cerebro y de los nervios del cuerpo. Todas las afecciones clínicas son expresiones de un cerebro y un sistema nervioso alterados. No obstante ello, raramente remitimos a la persona a hacerse un análisis por MRI (imágenes por resonancia magnética) o SPECT (tomografía computarizada por emisión monofotónica) con vistas a la formulación del caso, el diagnóstico y el tratamiento del problema de salud mental. No pedimos escáneres antes y después de la evaluación, ni para hacer el diagnóstico diferencial, ni para identificar qué medicación psiquiátrica podría irle mejor al paciente. Sencillamente no analizamos el mecanismo causante de la disfunción y que también será el objetivo de la intervención. ¿Nos podemos imaginar que un cardiólogo intentara tratarnos por un ataque al corazón sin hacernos un ECG (electrocardiograma), que nuestro dentista nos diagnosticara una caries sin hacernos una radiografía? Probablemente daríamos media vuelta y nos iríamos de sus consultas, porque nos parecería absurdo y negligente. Sin embargo, este es el caso de la psicoterapia.

Obviamente, sabemos a qué se debe esto. Es la realidad del mundo en el que vivimos. Los sistemas sanitarios y las compañías de seguros no ofrecen los medios, los recursos, las pautas de tratamiento ni el dinero necesario para ello. Si lo hicieran, sé que probablemente los terapeutas se sumarían a mi iniciativa de enviar pacientes a hacerse escáneres a diestro y siniestro como una práctica estandarizada. Todavía se sigue viendo la salud mental como algo separado de la salud física, y hasta que eso no cambie seguirá habiendo diferentes normas y criterios de actuación. Hasta que no llegue ese momento, podemos servirnos de los modelos neuroinformados para guiar el tratamiento, a falta de un equipamiento y de unos recursos altamente desarrollados.

La terapia neuroinformada refleja los correlatos neurobiológicos de la experiencia humana (Dahlitz, 2015; Luke, 2016). El enfoque neuroinformado desplaza el centro de nuestra atención clínica, pasando de patologizar la disfunción a sentir curiosidad por la función que desempeña la disfunción. Este enfoque pone de relieve la adaptación por encima de la patología, explorando el significado de la conducta por contraste con las etiquetas y los diagnósticos. Las afecciones, quejas y síntomas clínicos de los pacientes son indicaciones importantes que nos ofrece su sistema nervioso para guiarnos en dirección a identificar

la raíz del problema. La terapia neuroinformada reconoce que la desregulación y la disfunción del sistema nervioso desembocan en afecciones clínicas frecuentes, tales como depresión, ansiedad, adicciones, propensión al suicidio, trastornos de personalidad y psicosis. Los clústeres de síntomas y rasgos clínicos son el sistema nervioso expresando una historia, clarificando heridas y posibles áreas de crecimiento. Si somos capaces de identificar la herida, podremos identificar la cura.

La EMDR polivagal es un enfoque neuroinformado de terapia. La integración de estos dos modelos focaliza la labor clínica en el sistema nervioso. El sistema nervioso se convierte así en el mecanismo de evaluación, intervención y análisis de resultados de la psicoterapia. La teoría polivagal se basa en la investigación neurobiológica. La investigación llevada a cabo por Porges (2011) describe los procesos biológicos y fisiológicos del sistema nervioso autónomo y la función desempeñada por el nervio vago. Es la ciencia de la sensación de seguridad. Este modelo ha evolucionado a partir de miles de artículos revisados por expertos y de investigación académica que ha llegado a su culminación después de décadas. La EMDR se basa en la investigación de la memoria y del sistema de procesamiento adaptativo de la información (Shapiro, 2018). La EMDR analiza el almacenamiento fisiológico de la memoria y la influencia que el almacenamiento de la memoria ejerce sobre la salud, el bienestar, la enfermedad y la patología.

El cerebro es resiliente y adaptativo debido a que la neuroplasticidad nos ofrece la capacidad de sanar y de transformarnos. El impulso innato a la homeostasis y la integridad constituye un principio esencial de la psicoterapia y de cualquier profesión curativa. La EMDR y la teoría polivagal subrayan ambas la inteligencia y la naturaleza adaptativa del sistema nervioso. Nuestra biología está pensada para obrar en nuestro favor y nuestras reacciones innatas de supervivencia tienen una función protectora. Pueden surgir problemas cuando nuestra biología se ve interceptada y/o secuestrada y nos estancamos en unos estados crónicos de supervivencia. La activación prolongada de estados autónomos defensivos siembra el caos en nuestras mentes y en nuestros cuerpos.

Cuando aceptamos y reconocemos la validez de que todo es biología, podemos fácilmente sentir curiosidad respecto de la función que



desempeñan y el sentido que tienen las afecciones clínicas. Podemos hacernos amigos de los síntomas y explorar el problema que el sistema está intentando solucionar conforme trata de adaptarse. Reconocemos que las conductas son intentos de compensar y de aliviar. Se pueden entonces aceptar las afecciones y los síntomas clínicos como un lenguaje único del que el sistema nervioso se está sirviendo, señalándonos las áreas que requieren intervención.

Los síntomas son información, entradas de datos. Cuando enfermamos físicamente, es probable que evaluemos nuestros síntomas para identificar qué enfermedad podríamos tener. Sobre la base de dicha evaluación, elegimos cómo cuidar de nosotros mismos. Si estamos teniendo una migraña, puede que optemos por irnos a una habitación oscura y silenciosa. Si pensamos que lo que tenemos es una apendicitis, con suerte lograremos llegar al servicio de urgencias. O si pensamos que estamos resfriados, podemos beber mucho líquido y tomar algunas vitaminas. Si no tuviéramos síntomas, no sabríamos que estábamos enfermos y que necesitábamos hacer algo. El cuerpo se comunica a través de los síntomas. El sistema nervioso no es en modo alguno diferente. A fin de cuentas, forma parte de nuestro cuerpo físico. Sentir curiosidad por los síntomas suele poner de manifiesto las intervenciones necesarias para ayudar al cuerpo a sanar. Procedamos a explorar este enfoque con ayuda del caso que se describe más abajo.

Jane es una paciente de 32 años de edad, de raza blanca, homosexual. Se presenta a terapia con ansiedad crónica, pensamientos acelerados, problemas de sueño e irritabilidad. Jane bebe entre cuatro y seis vasos de bebidas alcohólicas por día, y más durante los fines de semana. Reconoce darse atracones de comida, que se desencadenan de forma habitual cuando está sola por las noches, mientras está viendo la televisión. Desvela que se crió en un ambiente de abandono emocional y de disfunción familiar. Cuenta que sus padres estuvieron ausentes durante su niñez, que “estaban ahí, pero no estaban”. Su padre era una persona retraída que se dedicaba “a beber cerveza y ver la tele” y su madre solía estar deprimida y quedarse metida en la cama. Jane dice que no se sintió querida ni apoyada de niña. Cuando se le preguntó cómo afrontaban el estrés sus padres, la paciente informa de que: “No lo afrontaban. Se limitaban a hacer oídos sordos. Mamá se iba a dormir. Papá bebía y veía la tele”.