

# **EMDRIA** *Latinoamérica*

Noticias

Invierno 2005    año 8 número 2

## ***E.M.D.R.***

*Desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular*

### **Contenido**

Editorial

Algunas puntuaciones referidas al TEPT – Lic. Diana Arazi

TRABAJANDO CON VETERANOS DE LA GUERRA DE MALVINAS - CASO CLÍNICO: HORACIO -

Lic. Vivian Rosental

Un caso de Fobia a los sapos - Lic. Francisco Jarrín  
(Quito – Ecuador)

*Nuestros comentarios referidos a este caso – Lic. Diana Arazi –  
Lic. Benjamín Uzorskis*

## Comisión directiva

Presidente  
**Dr. Pablo Solvey**

Vicepresidente  
**Lic. Diana Arazi**

Secretario  
**Lic. Viviana Rosental**

Tesorero  
**Lic. Irene Segat**

Vocales  
**Lic. Estela López**  
**Dra. Susana Buscaglia**  
**Dr. Miguel Ángel Bianucci**

Vocal Suplente  
**Lic. Gerardo Mielnik**

Auditor de cuentas  
**Dra. Raquel C. Ferrazzano de Solvey**

## Socios fundadores

**Lic. Diana Arazi**  
**Lic. Iris Vilma Bernardelli**  
**Lic. María Elena Bombicino**  
**Lic. Silvia Camerano**  
**Lic. María Inés Castelli**  
**Lic. Gloria Fagioli**  
**Dra. Marta Fajnbuch**  
**Dra. Cristina Marina Cataldo**  
**Lic. Cristina Garcia Sabarte**  
**Lic. Ana María Giannini**  
**Lic. Catalina Knopfler**  
**Lic. Leticia Lamberto**  
**Lic. Josiana Le Brun**  
**Dr. Rubén Lescano**  
**Lic. María Elena Aduriz**  
**Lic. Viviana Rosental**  
**Lic. Gloria Marra Valle**  
**Lic. María Carmen Masotti**  
**Lic. María Ester Panizo**  
**Lic. Ester Pomeranec**  
**Lic. María Beatriz Pineda**  
**Dra. Silvia Piskorz**  
**Dra. Graciela Rossi**  
**Lic. Irene Segat**  
**Dr. Pablo Solvey**  
**Dra. Raquel C. Ferrazzano de Solvey**  
**Dr. Sergio Solvey**  
**Lic. Diana Thomas**  
**Lic. Claudia Valdez**  
**Lic. Ana María Velurtas**  
**Lic. María Inés Verrier**  
**Dr. Silvio Zirlinger**

## Editorial

Estimados colegas:

Esta edición de “*Emdria* Latinoamérica noticias” se da a conocer con un nuevo formato. Iniciamos así un proceso de crecimiento que apunta a mejorar su presentación como para destacar así los contenidos y nuestra imagen institucional.

Estamos convencidos de que de este modo lograremos el acercamiento de la comunidad EMDR.

Para ello necesitamos el encuentro con los socios de EMDRIA a través de sus diferentes aportes y comentarios.

Esto nos va a ayudar a conocer vuestras inquietudes y a conformar una fructífera red de intercambios que suponemos necesaria para el crecimiento de EMDRIA y de sus integrantes.

El EMDR es un tratamiento relativamente nuevo que se está abriendo paso en el mundo y, lentamente, también en nuestro país.

Ya es recomendado en varios países como EE.UU., Francia, Holanda, Irlanda, Israel, Italia, Reino Unido, Suecia, entre otros, para la asistencia psicoterapéutica de quienes padecen diversos tipos de traumas.

Cuantas más ideas podamos reunir para ayudar a la difusión del método EMDR, mejor será para quienes seguramente buscan aliviar su sufrimiento y también para nosotros al sentir que podemos brindar nuestros conocimientos y experiencia clínica.

A partir de este número publicaremos una serie de trabajos que han sido presentados en diferentes Ateneos de EMDRIA a lo largo de varios años. Consideramos que es un material que merece ser compartido con todos los socios de EMDRIA, fundamentalmente con aquellos que se fueron sumando a nuestra asociación en este último tiempo.

En este número publicamos los trabajos realizados por las Licenciadas Vivian Rosental y Diana Arazi acerca de los combatientes de la Guerra de Malvinas, y que fueron presentados inicialmente en el Ateneo del 13 / 06 / 02.

También se incluye la breve reseña del caso aportado por el Lic. Francisco Jarrín colega de Quito (Ecuador), con nuestros comentarios sobre el mismo.

Cordialmente,

*Los editores*

---

# Algunas puntuaciones referidas al TEPT

*Lic. Diana Arazi*

La Lic. Vivian Rosental se ha dedicado a tratar, aplicando el método EMDR, a veteranos de la Guerra de Malvinas, con muy buenos resultados.

Este trabajo psicoterapéutico supone un desafío, ya que debemos reconocer las grandes dificultades que conlleva y también las posibles esperanzas de alivio para el sufrimiento.

Luego de estas puntuaciones, aparece el relato del tratamiento de Horacio -un veterano de esa guerra- que es un ejemplo de otros tantos casos diagnosticados como padeciendo trastornos por estrés post-traumático, resultante éste de los grandes sufrimientos ocasionados por ese hecho aciago de nuestra historia reciente.

Van der Kolk dice: *“Los mayores traumas surgen de la terrible vivencia de que el peligro viene de parte de un semejante, y que es resultado de las cosas terribles que hace el hombre con sus congéneres.”*

## TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

La mayor contribución a la psiquiatría del correcto diagnóstico del TEPT está dado por el hecho de que ayuda a estudiar los efectos del estrés y el trauma.

Desde una perspectiva social y política, la caracterización de este trastorno, descrito en el DSM IV, hizo mucho como para poder asistir al reconocimiento de los derechos y necesidades de las víctimas de desastres, que antes eran estigmatizadas, incomprendidas o ignoradas, desde el campo de la salud mental.

Este concepto permitió tener en cuenta los efectos de determinadas situaciones, plantear hipótesis y realizar investigaciones, a partir de darles una importancia crucial como factores traumáticos en los sujetos que las padecieron.

El TEPT provee un modelo para estudiar y comprender los procesos de desajuste y desestabilización –tanto a nivel biológico como psicológico- que produce el trauma.

El hecho de que el TEPT no es una consecuencia inevitable de la situación real padecida, requiere de teorías precisas acerca de sus causas y de pensar acerca de otros factores que condicionan la vulnerabilidad que permite el desencadenamiento y el desarrollo de esta patología.

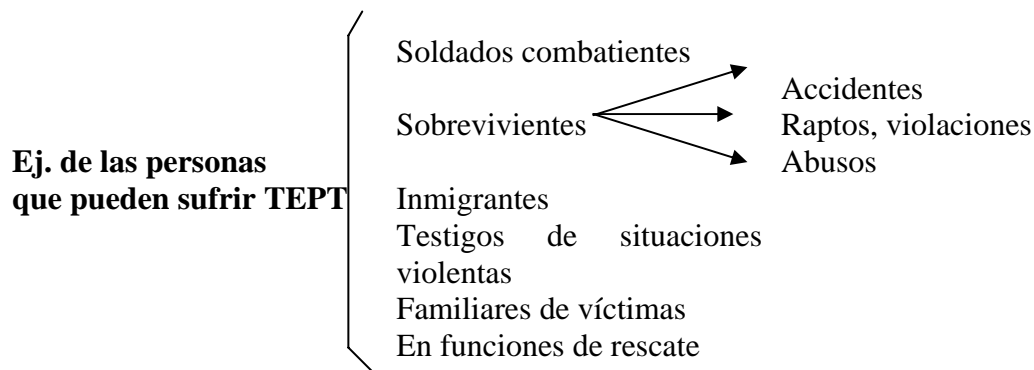
## DESCRIPCIÓN DEL TRASTORNO SEGÚN EL DSM IV

“La persona ha experimentado, presenciado, o se ha enterado de acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás...y ha respondido con temor, desesperanza, u horror intensos.”

Se presenta en personas de cualquier edad, incluyendo niños y adolescentes.

**Ej. de sucesos que pueden producirlo**

Asaltos violentos  
Desastres nat. o causados por el hombre  
Accidentes  
Combate militar  
Atentados



**Se diagnostica TEPT cuando los síntomas duran más de 1 mes.**

**Se caracteriza como agudo: cuando los síntomas duran menos de 3 meses.**

**Y como crónico: cuando los síntomas duran más de 3 meses.**

Puede presentar:

### **Síntomas emocionales**

- Recuerdos intrusivos, flashback.
- Pesadillas.
- Pensamientos aterrizantes
- Depresión
- Abuso de alcohol y drogas
- Problemas para dormir y para concentrarse
- Ansiedad, desapego, desesperanza
- Irritabilidad, hipervigilancia, sobresalto
- Ataques de ira
- Sentimientos de culpa
- Evitación de cualquier recordatorio de la situación penosa.
- Adormecimiento emocional: Los sujetos aparecen como adormecidos emocionalmente. Luego del trauma, lejos de estar mejor los que tienen fuertes reacciones, pueden ser éstos justamente los más proclives a sufrir TEPT. Estos sujetos se cierran y se convierten en zombies. Son los que pierden la capacidad de conectarse y atender a las cosas que los rodean. Se comportan como encapsulados, a la manera de un sistema cerrado a los estímulos externos.
- Tienen dificultades para vivir en el presente. Dado que su triste pasado sigue vigente, lo sienten como actual. Pasado y presente se mezclan, lo que les impide una adaptación creativa.

### **Síntomas físicos**

- Dolores de cabeza
- Problemas gastrointestinales
- Problemas en el sistema inmunológico
- Dolores de pecho
- Mareos
- Molestias corporales en general
- Gran desequilibrio fisiológico.

**Frecuentemente los médicos tratan estos síntomas en forma aislada sin advertir que constituyen un TEPT.**

Es importante saber que cuando los afectados por estas situaciones tienen la oportunidad de hablar de sus experiencias rápidamente, por ejemplo luego de una catástrofe, se reduce la posibilidad de sufrir de TEPT.

En muchos casos, los recuerdos traumáticos, quedan fundamentalmente grabados en el cuerpo, por lo que hablar solamente no alcanza para procesar un trauma. Por lo tanto se debe desensibilizar el cuerpo, que es vivido en esos casos como peligroso.

Tanto los olores como las sensaciones, los recuerdos táctiles, todos los detalles que tienen que ver con lo sensorial, quedan muy asociados con la situación.

Si se puede actuar como para que las personas puedan redefinir y recuperar su integridad corporal, poco tiempo después de la exposición a la situación traumática, con toda la seguridad y la calma que en el momento del trabajo psicoterapéutico se le puede brindar, se ayudará a que sus cerebros –en tanto sistema de procesamiento y elaboración-, puedan volver a funcionar total y equilibradamente y se puedan sentir así protegidos, evitando la instalación del TEPT.

Si los cuerpos logran bienestar, placer, *una buena conexión con la tierra*, y el estado físico logra armonizarse, esto ayudará a procesar los recuerdos traumáticos y a recuperar el control de las situaciones.

Entre los profesionales hay cierta controversia acerca de si este síndrome aparece con mayor asiduidad en personas con crianzas realizadas desamor y descuido o traumas., o si por ejemplo la exposición al combate es un estresor suficiente como para producirlo. Pareciera que los sentimientos de impotencia, debilidad, abandono, desamparo, incapacidad e incompetencia que son muy comunes entre los soldados, pueden producir efectos devastadores, aún cuando ese sujeto haya tenido una crianza “suficientemente buena” como decía Winnicot, y aún cuando hayan contado con buenos recursos propios.

Es importante pensar en cuáles son los factores que pueden producir la re-traumatización y en cuáles son los que podrían brindar seguridad y cuidado. Es muy importante precisar estos factores que aparecen alrededor de un evento traumático porque son los van a contribuir decisivamente en el desarrollo del TEPT.

Todo lo que apunta a tapar, esconder, tratar de racionalizar o transformar algo violento en una nimiedad -porque de eso no se habla-, traerá terribles consecuencias.

Evaluar en cada situación particular, o sea caso por caso, los factores actuales y pretéritos que contribuyen a que una persona en un momento determinado pueda contraer TEPT, ayuda a poder brindar el tratamiento adecuado.

## **Veteranos de Malvinas**

En el caso de los veteranos de Malvinas, podemos puntualizar que se produjeron muchas circunstancias adversas que, sumadas, resultaron el mayor caldo de cultivo para conducir hacia la enfermedad.

Son numerosos los trabajos que buscan determinar los factores protectores (individuales, familiares y sociales) que ayudan a las personas a enfrentar la adversidad y salir fortalecidos de ellas, y con nuevos aprendizajes como para poder hacer frente a otros nuevos desafíos de la vida (factores de resiliencia).

En el caso de los veteranos de Malvinas, por el contrario, podemos observar tanta ausencia de factores protectores, como presencia de factores de riesgo a los que estos soldados, mal preparados, estuvieron expuestos.

La simple enumeración de estos diferentes factores (y su diferente presencia en las situaciones concretas) podrá darnos un buen ejemplo de las situaciones potencialmente generadoras de TEPT:

### **Factores protectores:**

1. Cualidades como autoestima, confianza en el futuro, temperamento alegre, sentido del humor, confianza en las propias capacidades, son fundamentales.
2. Estas capacidades no son innatas, sino que se producen en función de procesos sociales e intra psíquicos. O sea que pueden condicionarse desde un medio que

ayude a que las personas confíen en sus propias experiencias a través de interacciones basadas en recompensas, estímulos y experiencias de consecuencias “previsibles y justas”

3. Actitudes demostrativas de apoyos emocionales, producen relaciones de confirmación y confianza en los protagonistas.
4. La creación de espacios donde se compartan ideas y decisiones (por ejemplo acuerdos sobre premios y castigos) ayudan a madurar.
5. Interacciones sociales y familiares en las que se construyan significados compartidos, acerca de los acontecimientos perjudiciales, con coherencia, y sentido dignificador para sus protagonistas, liberan de culpas.

### **Factores de riesgo:**

1. A los soldados afectados por esta guerra se los obligó a participar en una contienda que respondió a intereses de un grupo militar, no siendo una causa compartida por la sociedad en su conjunto. Ese grupo usó un tema de reivindicación legítima para su conveniencia sectorial. Esos soldados fueron sus principales víctimas.
2. Los mandaron sin preparación (ni militar o ni psicológica) En combate se sintieron solos, débiles, descuidados, desamparados, incapaces, incompetentes e impotentes.
3. Hubo maltrato y descuido hacia ellos a todo nivel.
4. Luego del fin de la guerra padecieron el rechazo social.
5. Padecieron descuido médico (malos diagnósticos, por ignorancia o desidia).
6. Se desarrollaron insuficientes políticas sociales de protección para los que regresaron de la guerra.
7. No se les dio el protagonismo ni el agradecimiento social que se merecían, simplemente por haber participado y sufrido la guerra.
8. No se les cubrieron las necesidades básicas (lugares seguros, redes de apoyo comunitario, oportunidad de reconocer el verdadero sentido de esa guerra.)
9. No se les brindó suficiente sostén a sus familias.
10. En general, existió una incapacidad social para contener el trauma específico producto de esa contienda.

Todo lo expuesto anteriormente nos lleva a suponer, con preocupación, que la gran mayoría haya tenido graves enfermedades, incluyendo el TEPT. Esta situación les ha impedido realizar una adaptación positiva y vivir en plenitud los años disponibles pese a ser los sobrevivientes de ese horror. Justamente, y éste es uno de los hechos más terribles, es muy posible que los haya llevado a muchos de ellos al suicidio.

---

## **TRABAJANDO CON VETERANOS DE LA GUERRA DE MALVINAS**

### **CASO CLÍNICO: HORACIO**

*Lic. Vivian Rosental*

### **INTRODUCCIÓN:**

Horacio consulta a los 36 años de edad al Programa Integral de Salud y Medicina Familiar para Veteranos de las Malvinas de la Municipalidad de San Isidro. Quien lo trae es el secretario del Centro de Veteranos de San Isidro, Carlos, con quien actualmente está muy agradecido y son amigos.

Al momento de la consulta, Horacio, estaba realizando tratamiento psiquiátrico y psicológico sin resultados desde el año 1995 con un diagnóstico de Ataque de Pánico.

Primeros síntomas en el año 1985. Al volver de la guerra refiere el paciente que se sentía mal, muy nervioso e irritable. Recurre al Hospital Naval donde le manifestaron que “no tenía nada” prescribiéndole el médico clínico: Lexotanil, psicofármaco que tomó hasta el año 1996.

Dice el paciente:

*“Me hacían electrocardiograma y...todo daba bien...De noche sentía que moría. Recién en el 96 me derivaron a tratamiento psicológico donde me dijeron que eran ataques de pánico. Tenía taquicardia, sudor, sofocación y miedo a morirme. Me dieron Anafranil, 0,25 mg. hasta fin del 97, luego Rivotril, 0,2 mg.”*

Fue derivado a terapia de pareja, en ese momento, concurriendo una sola vez.

**FAMILIA DE ORIGEN:** Su madre Alicia de 64 años en el momento de la consulta, ama de casa, su padre José de 64 años tiene una empresa familiar, un lavadero de autos. Sus hermanos: Daniel de 34 años, Ingeniero, casado con un hijo, y su hermana Sandra, contadora, casada con un hijo.

**GRUPO DE CONVIVENCIA:** Convive con Gladys, su esposa (34 años de edad, en el momento de la consulta) desde hace 15 años. Se casaron cuando tuvieron su primer hijo: Federico (6 años de edad), luego nace Camila (5 años de edad).

**OBSERVACIONES:** Federico concurría a una Psicopedagoga y a una Fonoaudióloga porque “hablaba mal”, hablaba como bebé hasta el momento de la consulta conmigo.

Gladys es ama de casa, vino hace 17 años de Tucumán con sus padres y 10 hermanos, es la hermana del medio. Sus padres fueron muy humildes y eran golpeadores (utilizaban el látigo con sus hijos). Su padre fue alcohólico; falleció a los 64 años en una operación de próstata por septicemia, una infección provocada por mala praxis. El hermano que le sigue falleció en 1982 de cáncer. Refiere tenerle miedo a su marido.

Horacio es remisero, fue camionero y taxista. Al volver de Las Malvinas abandonó sus estudios como técnico Mecánico Industrial porque no podía concentrarse. Le faltaba sólo un año para terminar, además se aisló de su grupo de amigos.

Dice que el Estado “le arruinó la vida” porque de no ser por Las Malvinas habría terminado sus estudios como lo hicieron sus hermanos que son todos profesionales.

Su madre sufría antes de depresión y, según refiere Horacio, también tenía miedo a morir y presentaba cuadros de pánico que luego superó.

Su padre lo ayudó a Horacio a comprarse el terreno donde construyeron su casa. A sus otros dos hijos les dio trabajo en el lavadero, Horacio se sintió desvalorizado. Es muy estricto y autoritario. Horacio mantiene un vínculo infantil con él hasta el momento de la consulta. Las continuas “consultas por emergencias de Horacio” en la guardia hospitalaria hacía que padre e hijo sostengan una relación disfuncional de suma dependencia.

**SINTOMATOLOGÍA:** Angustia acompañada de fuertes reacciones corporales, palpitaciones, sudoración, temblores musculares, a veces mareos, pérdida temporaria de la capacidad de pensar, excesivas dificultades en concentrarse, miedo a morir. Sueños recurrentes que nunca había relatado en sus tratamientos anteriores, insomnio, flashbacks, respuestas fisiológicas exageradas, irritabilidad, agresión y exageradas respuestas de alarma. Aislamiento, dificultad para establecer relaciones, adormecimiento emocional, dificultad para sentir placer, inestabilidad emocional que afecta su vida cotidiana, reforzando esto creencias negativas de sí mismo que perpetúan el problema.

**DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL:** Presenta un cuadro compatible con TEPT, Trastorno por Estrés Postraumático Crónico según el Manual de Diagnósticos DSM-IV. Desde el punto de vista estructural esta familia se muestra disfuncional, hay violencia como modelo

interaccional y niños que presentan síntomas que “unen” a sus padres y con continuos desacuerdos ante el llamado de atención de la escuela por los problemas de su hijo Federico. Hay también problemas maritales.

Existe sobreinvolucración de sus familias de origen, no hay fronteras ni roles claros, presentando problemas para diferenciarse y lograr conductas más adaptativas que permitan alternativas posibles.

**OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:** Como primer paso crear un sistema terapéutico de confianza considerando que las situaciones traumáticas sufridas quebraron su base de seguridad emocional. Lograr que encuentren alternativas al procesar las experiencias de indefensión vividas, permitiendo integrar sus recursos al sistema de creencias distorsionado de sí mismo y de su contexto.

La meta es establecer su seguridad y lograr afianzarse como persona, posibilitando de esta forma conductas más adaptativas que lleven al crecimiento del sistema familiar.

**METODOLOGÍA:** Desde un enfoque teórico sistémico se trabajó con los diferentes subsistemas a fin de tratar de lograr la reorganización familiar con entrevistas familiares y entrevistas de pareja marital y parental.

Se administró el método de **EMDR** a fin de lograr el reprocesamiento de las situaciones traumáticas. Se trabajó con el Centro de Veteranos a fin de lograr una Red Social de sostén y con la Guardia del Hospital de San Isidro donde brinda servicio el Psiquiatra del Programa. Se trabajó en equipo con este profesional quien se hizo cargo además del control psicofarmacológico del paciente.

**MOTIVO DE CONSULTA:** Horacio manifiesta que *“Todo lo que le pasa nada tiene que ver con la guerra”*, se refiere a los síntomas físicos que produce su cuerpo como algo aislado. Atribuye a que él es como la *“mamá con los miedos”*, algo natural a la cual en algún momento superará. Por el otro lado solicita ayuda por el gran sufrimiento que le trae a él y a su entorno inmediato ya que pone en riesgo su vida y la de los otros.

Manifiesta que sus expectativas referidas al tratamiento es la de lograr de dejar de concurrir a la Guardia de noche por sus reiteradas crisis donde siente que se muere.

Refiere hechos de mucha violencia de cuando estaba trabajando con su remis, no pudiendo controlarse ante las dificultades en el tránsito. Cabe señalar que siempre estuvo armado sabiendo, por otro lado, que necesita ayuda.

En su casa también estaba muy irritable, manifestando que él “ladra”, no pudiendo dejar de hacerlo cuando se enojaba.

Gladys refiere que: *“el tiene miedo que le pase algo, motivo por el cual está siempre acostado”*. Ella quiere salir durante el fin de semana y él no quiere, esto lleva a que ladre, que se produzcan frecuentes discusiones donde los niños se asustan, luego él se deprime y todo vuelve a comenzar. Ella no se siente tenida en cuenta, desvalorizada. Esto motiva muchas y frecuentes peleas.

**TRATAMIENTO:** Se realizaron tres entrevistas diagnósticas donde se estableció un buen vínculo terapéutico.

#### **Se administró:**

- la Escala para medir la Intensidad de un Suceso Traumático: Severo (66: + de 43)
- el Inventario de Beck A: Ansiedad Severa
- el Cuestionario del D.E.S.:
- y el de Ataque de Pánico: PTSD

Se realizaron entrevistas semanales, la primera tuvo lugar el 13/11/1998, no se observaron inasistencias.

Hubo dos sesiones, el 22/8/99 y el 16/2/99 que no se dieron ,previo aviso por lo que se recupero en otro día la sesión. El total de sesiones son de 44, siendo dado de alta el 29/12/00.

Se realizaron seguimientos telefónicos. Hasta la fecha los objetivos terapéuticos fueron alcanzados y mantenidos.

Gladys comienza un tratamiento individual conmigo en la actualidad a fin de trabajar su afirmación personal. Surge esto en el último seguimiento realizado el 17/5/02 donde manifestaron estar muy agradecidos. Los cambios son sostenidos hasta la fecha.

Se trabaja la reorganización familiar con sesiones en las que participa toda la familia nuclear por un lado, por otro con la pareja solamente y por último con la familia de origen.

Se logran cambios estructurales importantes a fin de sostener los logros obtenidos en el trabajo individual con Horacio.

Voy a focalizarme específicamente en la utilización del método EMDR a fin de mostrar cómo esta herramienta terapéutica permitió, en pocas sesiones, procesar el dolor emocional y utilizar recursos que no estaban integrados por el paciente.

Horacio logró, de esta forma, reestablecer la confianza en sí mismo y sentirse a salvo como persona.

**EL TRABAJO CON EMDR:** La hipótesis es que el hecho traumático dejó pensamientos, sensaciones y sentimientos sin procesar que pueden ser metabolizadas con este método. Proceso similar al REM que se da al soñar desbloqueando nueva información.

Para comenzar lo que hice fue identificar el Target para luego desbloquear el sistema.

**LIBERANDO AL PERRO QUE LADRABA:** Cuando le pregunto qué expectativas tiene con el tratamiento, manifiesta que se siente un *“perro que ladra”* y que todos se quejan de esa actitud que él tiene al defenderse no sabe de qué, ya que reconoce que sus respuestas son desmesuradas con respecto al estímulo presente en ese momento.

Al preguntarle por qué piensa él que está tan irritable, dice: “Estoy loco, ... me molesta lo que hice... pude ir preso!... Hace un año agarré un arma para matar a mi cuñado... Me viene el recuerdo una y otra vez... Cómo pude hacer eso y no controlarme!... Soy un loco!...Se lo puse en la garganta!... Me pararon los chicos del lavadero de papá... estuve mal!...Quise tener razón... Tardé mucho en pedir perdón. Mi cuñado es un soberbio, trata mal a la gente... Basureaba a los sobrinos de Gladys...Mi hermana gritó que yo estaba loco mientras me trataban de sacar el arma...Yo decía que lo iba a matar... Hice sufrir mucho a mamá...”

- ❖ **TARGET:** *“Hace un año agarre un arma para matar a mi cuñado”*
- ❖ **IMAGEN DE LA ESCENA MAS PERTURBADORA:** *“Mi vieja llorando, mi papá tratando de hablar conmigo y yo no queriendo, diciéndole que no se meta, esta mi hermano ahí también”*
- ❖ **CN: COGNICIÓN NEGATIVA O PALABRAS DE SÍ MISMO SOBRE ESA IMAGEN QUE REPRESENTA SU CREENCIA ACERCA DE SÍ MISMO AHORA:** *“Soy loco,...yo soy malo”*
- ❖ **CP: COGNICIÓN POSITIVA O LO QUE LE GUSTARÍA CREER ACERCA DE SÍ MISMO AL EVOCAR ESA IMAGEN:** *“Yo soy normal”*
- ❖ **VOC: VALIDEZ DE COGNICIÓN, ESCALA DE CREDIBILIDAD:** 3
- ❖ **EMOCIÓN: LO QUE SIENTE AL PENSAR EN ESE RECUERDO Y ESA CN:** *Miedo*
- ❖ **SUD: ESCALA DE PERTURBACIÓN, CUAN PERTURBADOR SIENTE AHORA ESE RECUERDO:** 10
- ❖ **LOCALIZACIÓN DE LA SENSACIÓN CORPORAL: DONDE SIENTE LA PERTURBACIÓN:** En el pecho: *Taquicardia*. En los hombros: *Tensión*.. En las manos: *Transpiración*.

## PROCESAMIENTO:

Horacio en la primera sesión de **EMDR** describe un recuerdo perturbador relacionado con sus conductas impulsivas y sus sensaciones que lo hacen sentir fuera de control.

En el relato se muestra muy enojado con él mismo. Comienza el movimiento de ojos, sus pupilas parecen dilatarse más al transmitir como él lo echaba a su padre cuando éste, tratando de hablarle para calmarlo, le decía que le diera el arma.

En el próximo movimiento de ojos expresa que lo que quería él era mostrar que lo que hizo estaba bien, se mostraba muy angustiado. Refiere estar muy nervioso, su rostro se pone muy colorado y mientras continuo con los sets lo veo muy involucrado en la escena. Parece ver más detalles de la misma, le pregunto qué apareció ahora y me dice: *Yo gritando para que se vaya mi cuñado, le di miedo, me metieron para adentro, vino el padre de mi cuñado...yo lo quería agarrar a él también. Mi hermana está gritando que estoy loco, mi señora se acerca y me lo dice también*".

En el próximo set relata como amenazó a su hermana y a su cuñado dándoles miedo. Dice: *"Quería demostrar que estaba loco, que era malo"*.

Como está manifestando mucha memoria corporal, decido continuar con la estimulación bilateral del hand-tapping.

Refiere que la taquicardia que siente es la que lo hacía correr a buscar ayuda, que no podía dormir y que se la pasaba en lo del psiquiatra para buscar tranquilidad. Al decir esto se lo nota más tranquilo y relajado.

Mientras sigo con la estimulación dice: *"Me llenaron de pastillas... tener que tomarlas!... Cuanto mal que hice a mi familia, esto fue lo que me decidió a venir acá... me acerqué al Centro de Veteranos por Carlitos que estaba aquí en tratamiento, él me trajo". "Mamá dice que soy bonachón... ahí estuve como un animal"*. Hace una pausa...y dice: *"Me doy cuenta que en realidad yo ya venía con síntomas..."*

Horacio se pregunta, mas tranquilo ahora, qué es lo que le está haciendo mal y qué será lo que le pasa, aunque en alguna parte de su cerebro lo asocia a la guerra ya que él se acerca al Centro de Veteranos por esa razón después de tanto tiempo. Al fin lo puede simbolizar pero no es suficiente para terminar de procesar por los beneficios secundarios que implica su disfunción en el sistema familiar.

El SUD: 5, no bajó totalmente y debo cerrar. Refiere que no se perdona haber hecho sufrir a sus padres tanto tiempo y que se porta como un niño.

Se trabaja con la técnica del lugar seguro y la del cofre a bien de poder continuar el procesamiento en la próxima sesión.

Está asombrado de las conexiones con el síntoma, se retira de la sesión con una sensación de comodidad y relax.

En la próxima sesión, remite sueños que tuvo hace unos meses, se trata de una Guerra Mundial donde él ponía en la trinchera a sus padres.

Comienza a hablar de la Guerra de las Malvinas espontáneamente, diciendo que durante la semana recordó el momento cuando fue prisionero de guerra por 8 días y que eran las mismas sensaciones físicas que él había descrito en la sesión pasada en el suceso relacionado con el cuñado. Además recordó una noche, cuando los iban a atacar, y fue a despertar a las suboficiales y la panza le señalaba el terror que estaba sintiendo, pero fue falsa alarma. Otro recuerdo que tuvo es de cuando lo evacuan el 22/6 en un buque hasta Bahía Blanca y sus padres no sabían nada de dónde estaba.

Comenzó a contarme que le perturbaba mucho un recuerdo recurrente que no se lo había contado a nadie: es la imagen de un compañero muerto en combate frente a él y la sensación de si hizo o no lo correcto.

Mientras me contaba el hecho, lo que transmitía era el sentirse culpable porque su compañero no pudo escapar y él si pudo hacerlo.

En la anterior sesión de lo último que habló era justamente de sus sentimientos de culpa con relación a sus padres. El solo estaba haciendo el trabajo de procesamiento.

- ❖ **TARGET:** *“Veo la escena, yo corriendo y él... muerto...A veces no se si hice lo correcto, había que correr...pero él...ahí lo veo muerto y no lo tolero”.* Lloro como si fuese hoy.
- ❖ **IMAGEN DE LA ESCENA MAS PERTURBADORA:** *“Nos están bombardeando...lo matan a Gutiérrez...siento miedo...me tiembla la panza.”*
- ❖ **CN: COGNICIÓN NEGATIVA:** *“Soy un loco”*
- ❖ **CP: COGNICIÓN POSITIVA:** *“Puedo estar tranquilo, soy normal, no fui responsable”*
- ❖ **VOC:** 4
- ❖ **EMOCIÓN:** Culpa y Miedo
- ❖ **SUD:** 10
- ❖ **LOCALIZACIÓN DE LA SENSACIÓN CORPORAL:** Tensión en el cuerpo.

### **PROCESAMIENTO:**

Al hacerle traer la imagen a su mente con la CN y las sensaciones físicas mientras muevo mis dedos de un lado al otro de su campo visual refiere, llorando, la descripción física del lugar del hecho. Dice no haberse acordado antes, tan nítidamente, de la pequeña colina que estaba a dos pasos como para poder correr y salvarse. Siente la tensión de su cuerpo al correr.

En el próximo set está Gutiérrez muerto dentro de una carretilla, él dice lo tonto que fue aquel al no correr, tanto como él al tirar el fusil, porque lo toman prisionero. Por eso no pudo defenderse. No puede creer que no se acordara de esto. Le digo que siga con eso y dice: *“Me faltaba tan poco para llegar del otro lado...yo quedé como prisionero de guerra y él se quedó ahí...muerto”*

Sigo con la estimulación y refiere que ahora puede hablar de eso sin sentirse mal. Dice: *“Ahora lo cuento y no me emociono tanto como la primera vez. Yo pude caminar, aunque largué el fusil y caí prisionero de guerra, yo me salvé y me trataron bien estando prisionero...siempre me voy a acordar de Gutiérrez...”*

Al notar que bajó la carga emocional y ver que el SUD bajó a 0, le pregunto ¿qué es verdad ahora? Y me contesta: *“El esta enterrado, le tocó morir, si no corríamos, moríamos, yo no fui ni malo ni tonto, ni loco ni anormal, lo loco hubiese sido no correr. Lo normal es correr... verdad? Yo creo eso. Mi bronca no era por lo de Ricardo sino haber sobrevivido. Pero para sobrevivir había que matar, eso ya pasó, ahora empiezo a pasarla bien, soy normal”.*

El hecho no lo cuenta reexperimentándolo sino como parte del pasado, recordando aspectos positivos del mismo. Se nota un cambio a nivel corporal, no hay tensión..

Instalo la CP pidiéndole al paciente que piense en ella junto con la nueva imagen, ahora cambiada utilizando sets mas cortos y rápidos, cambiando también la dirección. No aparece nuevo material, hay sorpresa por el bienestar y mucho agradecimiento.

La creencia negativa “Soy loco” era experimentada como una falsa percepción de sí mismo y del mundo. La memoria se vuelve más objetiva y ya no está en tiempo presente, como en la metáfora del tren.

Después de dos años de seguimiento Horacio se encuentra muy bien y como dice él “En control de mí mismo, nunca más sentí morirme o con miedo, disfruto la vida y estoy agradecido de la familia que tengo. Siento que eso pasó hace mucho tiempo y que aprendí algo de la vida”

---

## Un caso de Fobia a los sapos

**Lic. Francisco Jarrín**

(Colaboración recibida desde Quito, Ecuador)

La paciente es una mujer de 39 años de edad, soltera, dedicada a la educación de nivel medio y superior. Con formación de 4to nivel en Lingüística y con una facilidad especial para los idiomas.

Reporta un nacimiento con dificultades, labor de parto extendida por 12 horas, uso de fórceps, sin historia de enfermedades importantes, padece de alergias cutáneas presentadas por temporadas a lo largo de su vida. Acude con éxito a un homeópata para el tratamiento.

El motivo de consulta es por una fobia a los sapos y ranas de cualquier manera que se presenten, es decir vivas, en pinturas, o pósters, así como en figuras modeladas.

Debe efectuar , en breve, un viaje a USA (Estado de Vermont), en donde por la estación del año y el sitio en el que se encontrará, hay presencia abundante de sapos y ranas.

Se aplica el protocolo que se transcribe a continuación:

### **IMAGEN más representativa:**

La madre de la paciente sacando por la puerta de la cocina de la casa, con una pala, un sapo color pardo - negro, ella, niña aún, *espeluznada* mira la acción de la madre. Todo sucede al atardecer, en penumbras.

### **CREENCIAS:**

- soy una miedosa.

+ soy capaz de enfrentar las cosas que me atemorizan ( los sapos sin atemorizarme )  
**VOC=0**

**EMOCIÓN:** miedo, mucho miedo

**SUD** = 9

**SENSACIÓN FÍSICA:** en la nuca, cuello posterior y espalda alta, aceleración ritmo respiratorio.

La respuesta al hand-tapping fue muy importante desde la primera estimulación, con varias abreacciones. Recordó varios encuentros con batracios en su historia vital, o con figuras como troncos, hojas etc. de formas similares, o sonidos de ranas o sapos. Existen

señales no verbales, cara fruncida con señales de miedo, llanto profundo, angustia, leve ahogo.

Luego de la primera sesión **el SUD llega a 6** . Queda agotada, hacemos una relajación con visualización, acudiendo a su lugar seguro, que fuera creado e instalado al inicio de la sesión.

Acude a la segunda sesión una semana después, con un nivel alto de procesamiento onírico, sin sueños recordables, pero con conciencia de haber soñado abundantemente.

El descanso ha sido poco reparador, volvemos a la imagen original, que desemboca luego de una abreacción muy fuerte en un espacio oscuro con poca luz roja.

Luego de aproximadamente 45 minutos de trabajo, cae en looping en una imagen de cansancio y en medio de oscuridad y humedad, solamente aparece una luz tenue al fondo, hay sensación de ver un color rojo.

Paro la estimulación, relajo a la paciente, aplico los golpecitos en el punto de karate para sacarla del looping, luego vuelvo a la estimulación bilateral y comienzan a aparecer imágenes entre rojo y negro como si fuera una gran rana que la ha tragado y unos ojos que la miran, en medio del cansancio.

Tiene la sensación de que son los ojos de un sapo, apenas logra mirarlos, tiene miedo, entra en nueva abreacción, comienzan a aparecer colores verdes por pocos momentos.

(Presumo que son las imágenes del parto).

Logra retomar una sensación de fuerza, luchar para salir de ese sitio, liberarse, siente una fuerza que le ayuda a salir "en manos de alguien verde".

(Evidentemente, un médico o una enfermera).

Se siente confundida, aturdida por muchos sonidos, con un cansancio muy fuerte. El miedo disminuye, ve como si pasara por un túnel con luces blancas, envuelta en una tela verde, se da cuenta que va como en brazos de alguien apuradamente.

Volvemos a la imagen original y **el SUD ha disminuido a 3** ha desaparecido la sensación física de sobrecogimiento, tiene una sensación de tranquilidad y alivio, por lo que se cierra la sesión, depositando en una caja segura su última imagen y emoción.

En la tercera sesión la paciente llega relajada, ha logrado descansar mejor en la última semana. Retomamos la imagen del protocolo original.

Le aplico hand-tapping. En la primera pasada, surge una imagen de la cara de la madre, pero joven, muy grande, mirándola con mucha ternura, siente un gran alivio físico, es una imagen rara pues sucede como en cámara lenta, siente que parpadea muy lentamente. Luego de una nueva pasada, ve la cara de la madre en su tamaño normal, siente mucha tranquilidad, sonrío, relaja brazos y hombros. Procedo a instalar esa imagen y sensación.

**Reviso el SUD: 0**

**VOC: 7**

En la cuarta sesión la paciente reporta encuentro con imágenes de sapos y ranas, con efecto APEX: no podía creer que no tuvo ganas de salir corriendo ante pósters expuestos en el colegio en el cual trabaja.

Finalmente, vía e-mail, la paciente me comunica un encuentro con un sapo vivo en su Universidad de Vermont, dice que lo pudo enfrentar y permanecer en el lugar observándolo sin ninguna reacción adversa.

---

## **Nuestros comentarios referidos a este caso :**

### **1. UNA DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DEL NACIMIENTO**

*Lic. Diana Arazi*

Stanislav Grof, en su libro “La mente holotrópica” describe de manera clara e interesante el proceso del nacimiento.

Sostiene que el nacimiento, es la conclusión de la vida en el útero. En el primer momento los cambios son químicos; luego adquieren un carácter mecánico.

El parto es anunciado por señales hormonales y cambios químicos que se producen en el organismo de la madre y el niño; poco después comienza la intensa actividad muscular del útero.

El útero que durante el embarazo normal fue relativamente sereno y previsible, se ve ahora sacudido por fuertes contracciones periódicas. Todo el mundo del feto se cierra en torno de él y lo aplasta provocándole fuerte angustia y un gran malestar físico. Cada contracción oprime las arterias uterinas y dificulta el flujo sanguíneo entre la madre y el feto. Esta situación resulta muy alarmante para el feto, ya que interrumpe la vital provisión de oxígeno y alimento. En ese momento el cuello del útero permanece cerrado. La combinación de las contracciones, el cuello cerrado, y los cambios químicos desfavorables crean un entorno doloroso y amenazador, del que el feto no puede escapar. La duración de esta situación difícil y sin salida varía mucho de una persona a otra. En algunos casos son solo minutos, en otros muchas horas. Es normal que exista una sensación de atascamiento antes de que el cuello se dilate, pero ocasionalmente el proceso del nacimiento se demora en las etapas posteriores y no avanza como debería. Existen muchas razones para que esto ocurra. La pelvis de la madre puede ser muy estrecha, las contracciones uterinas pueden no ser efectivas, o la placenta puede obstruir la abertura uterina. Puede suceder que el niño sea demasiado grande, o se encuentre en una posición anómala, que dificulte el parto normal. Todas estas circunstancias demoran el parto y lo tornan más dificultoso. Es evidente que esto tendrá un impacto más traumático sobre el niño que si se tratara de un parto normal y sin complicaciones. También pueden quedar en el sujeto sensaciones del temor y la confusión de una madre inexperta o la actitud negativa o ambivalente de una madre hacia su hijo. Aparentemente las emociones conflictivas de la madre pueden perturbar la interacción fisiológica entre las contracciones uterinas y la dilatación del cuello uterino. Esto puede interferir en el parto, prolongarlo, o provocar una serie de complicaciones en la dinámica natural del proceso de nacimiento.

Este caso nos demuestra que el **EMDR** puede ayudar a procesar situaciones traumáticas producidas en momentos anteriores al desarrollo del lenguaje ya que, también trabaja con impresiones que quedan instaladas en el cuerpo, sin que medie un conocimiento o un recuerdo conciente.

Esto es, como hemos visto, lo que ocurre con las vicisitudes vividas por las personas en los momentos del nacimiento. Nadie puede recordar lo que le ocurrió pero sabemos que pueden quedar fuertes trazas y en ocasiones traumas, que pueden interferir en la vida de un sujeto hasta que son trabajadas y desensibilizadas.

## 2. EMDR: dejar procesar y callarse la boca

*Lic. Benjamín Uzorskis*

El tratamiento de esta fobia usando el método **EMDR** es interesante no solamente porque resuelve el síntoma, produciendo el consiguiente alivio en la paciente y permitirle un desenvuelto desempeño en el mundo externo.

En mi opinión, es un ejemplo muy ilustrativo, hasta diría paradigmático, de la ventaja del buen manejo de **EMDR** ante un caso que planteaba ciertas cuestiones tentadoras como para pisar en falso, cometiendo iatrogenia.

El motivo de consulta es muy claro y preciso: una fobia a los sapos y las ranas. Los datos referidos al nacimiento de la paciente dan cuenta de una labor de parto extendida a lo largo de 12 horas y con uso de fórceps.

En la imagen más representativa que trae la paciente, la madre aparece “sacando por la puerta de la cocina de la casa, con una pala, un sapo color pardo - negro, ella, niña aún, *espeluznada* mira la acción de la madre. Todo sucede al atardecer, en penumbras”.

Si ante el material que presenta esta paciente, nos manejáramos con un enfoque interpretativo psicoanalítico, puede parecer servido en bandeja el pensar en un importante trauma de nacimiento y entonces trabajar en esa línea.

Por lo tanto, y remitiéndonos concretamente a este caso, sería muy previsible deslizarse equivocadamente en la línea de lo que trazara Freud respecto a un supuesto trauma de nacimiento (“ansiedad objetiva primaria”), denominación que luego ampliaría Otto Rank con la idea de ser un vector decisivo de la subjetividad.

Hacia 1956 Lacan, advirtiendo los estragos que hacía el exceso interpretativo por parte de los postfreudianos, alertaba sobre este peligro diciendo enfáticamente “Cuidense de comprender... escuchen y dejen hablar al paciente.”<sup>1</sup>

Además tenemos otra advertencia. Recientemente, a partir del desarrollo de las neurociencias, contamos con información precisa que asegura que existe una intervención dominante de la hormona ocitocina en el trabajo de parto. Este dato es sumamente importante: “además de intervenir en la expulsión del bebé en el momento del parto, produce el efecto de impedir la consolidación de la memoria, es decir que no queda fijado el recuerdo en la misma. Esto impediría la producción de un efecto traumático.”<sup>2</sup>

El Lic. Jarrin se muestra tentado, dos veces, a interpretar el material de la paciente en esta línea: (Presumo que son las imágenes del parto); y luego asegura: (Evidentemente, un médico o una enfermera).

Afortunadamente estas dos presunciones quedan escritas entre paréntesis y, gracias a la sabia indicación del método **EMDR**, el terapeuta no abre la boca.

Este es el punto que quiero destacar de cómo se manejó el caso. Si el terapeuta se hubiera dejado llevar, ya sea por su supuesta intuición o más bien condicionado por una teoría que supone al nacimiento como traumático, habría desviado, forzosamente, lo que estaba procesando espontáneamente la paciente. Y de ese modo, seguramente, habría alimentado su sintomatología. Siendo inútil, por lo tanto, para poder curar su fobia.

Por esta razón quiero destacar esta virtud del método **EMDR**: frena esta tendencia a interpretar, a supuestamente comprender, obstaculizando de este modo el curso asociativo y espontáneo del paciente.

Por otra parte, las causas definidas de por qué se arma una fobia, como todo síntoma, son singulares en cada paciente. Siempre existe un camino asociativo, y también sustitutivo de imágenes o significantes que no se pueden determinar con precisión. Sí lo puede hacer el paciente si lo dejamos procesar sin interferir, porque así el camino lo encuentra él mismo. También hay que saber aceptar que ciertas respuestas al por qué de un síntoma, en este caso la fobia a los sapos, puede quedar velado y mantenerse enigmático. Lo que sí es evidente es que lo que pudo volver a recorrer esta paciente (sus imágenes, sensaciones, colores...) la recondujeron al camino correcto para desprenderse de lo que la afectaba.

Y el Lic. Jarrín la acompañó en el procesamiento terapéutico, muy adecuadamente, callándose cuando correspondía hacerlo.

<sup>1</sup> Lacan, Jacques: Situación del psicoanálisis en 1956, pág. 194 en Escritos 2, Siglo XXI, México, 1981.

<sup>2</sup> Lescano, Rubén O.: Emociones, sensaciones y afectos, p. 70 en Trauma y **EMDR**, Emdria Latinoamérica, Buenos Aires, 2004.

# **SUPERVISION EMDR**

## **Entrenadores o facilitadores**

### **Entrenadores**

**Dra. Raquel C. Ferrazzano de Solvey**  
*Adultos, adolescentes, gerontes y niños*  
T.4775-1690 F. 4775-1691  
[solvey@speedy.com.ar](mailto:solvey@speedy.com.ar)

**Dr. Pablo Solvey**  
*Adultos, adolescentes, gerontes*  
T. 4775-1690 F. 4775-1691  
[solvey@speedy.com.ar](mailto:solvey@speedy.com.ar)

### **Facilitadores**

**Lic. Gloria Fagioli**  
*Adultos, adolescentes*  
T. 4431-9418  
[paunic@ciudad.com.ar](mailto:paunic@ciudad.com.ar)

**Lic. Ana María Giannini**  
*Adultos, adolescentes, niños*  
T. 4774-2097  
[anaqian@netizen.com.ar](mailto:anaqian@netizen.com.ar)

**Lic. Catalina Knopfler**  
*Adultos, gerontes*  
T. 4802-0029  
[knopfler@datamarkets.com.ar](mailto:knopfler@datamarkets.com.ar)

**Dr. Rubén Lescano**  
*Adultos, adolescentes, niños*  
T. 4771-4352  
[rlescano@impsat1.com.ar](mailto:rlescano@impsat1.com.ar)

**Lic. Maria Elena Adúriz**  
*Adultos, niños, familias*  
T. 4784-2058  
[meaduriz@fibertel.com.ar](mailto:meaduriz@fibertel.com.ar)

**Lic. Irene Segat**  
*Adultos, adolescentes*  
T. 4775-7136  
[irenesegat@fibertel.com.ar](mailto:irenesegat@fibertel.com.ar)

**Dr. Sergio Solvey**  
*Adultos, adolescentes*  
T.(15) 4172-3047  
[ssolvey69@hotmail.com](mailto:ssolvey69@hotmail.com)

**Lic. Vivian Rosental**  
*Adultos, adolescentes, familias*  
4743-1624  
[vivianrosental@fibertel.com.ar](mailto:vivianrosental@fibertel.com.ar)

**Lic. Maria Inés Castelli**  
*Adultos, adolescentes*  
4775-4100  
[ttcastelli@arnet.com.ar](mailto:ttcastelli@arnet.com.ar)

**Dra. Susana Buscaglia**  
*Adultos, adolescentes*  
4804-3786  
[susanabu@xlnet.com.ar](mailto:susanabu@xlnet.com.ar)

**Dr. Ramón Gómez Seguí**  
*Adultos, adolescentes*  
(15) 5342-1249  
[rgomez@argentina.com](mailto:rgomez@argentina.com)

**Lic. Diana Arazi**  
*Adultos, adolescentes, parejas*  
4811-9820  
[darazi@psi.uba.ar](mailto:darazi@psi.uba.ar)

Cualquiera de estos profesionales está disponible para dar horas de supervisión en EMDR. Los horarios y honorarios son a convenir

## **Entrenamiento en EMDR**

### **Parte II**

**7, 8 y 9 de Octubre de 2005**

**Horario:**

**Viernes 7: de 15,00 a 21,00 Hs.**

**Sábado 8 y domingo 9: de 9,30 a 17,30  
hs.**

### **Informes e inscripción**

**Federico Lacroze 1820 – 7º “B”**

**(1426) Buenos Aires Argentina**

**Tel/Fax: (54 11) 4775-1690/1691**

**E-mail: [prsolvey@sion.com](mailto:prsolvey@sion.com)**

**Horario:**

**Lunes a viernes de 12,00 a 18,00 hs.**

## **DIRECCIONES ÚTILES**

### **EMDRIA LATINOAMÉRICA**

**Federico Lacroze 1820 – 7º “B”**

**(1426) Buenos Aires Argentina**

**Tel/Fax: (54 11) 4775-1690/1691**

**E-mail: [emdr@sion.com](mailto:emdr@sion.com)**

**Website: [www.emdr.org.ar](http://www.emdr.org.ar)**

### **EMDR lista de discusión en internet**

**Inglés**

**[listserv@maelstrom.stjohjns.edu](mailto:listserv@maelstrom.stjohjns.edu)**

**En el texto del mensaje ponga:**

**SUBSCRIBE EMDR FIRSTNAME LASTNAME**

**Contacto Stacy Bradley: [inst@emdr.com](mailto:inst@emdr.com)**

### **EMDRIA Internacional**

**P.O. Box 141825**

**Austin, TX 78714-1925. US.A.**

**Tel: (512) 451-5200**

**Fax: (512) 451-5626**

**E-mail: [emdria@aol.com](mailto:emdria@aol.com)**

**Español:**

**[Emdr-es-suscribe@gruposyahoo.com.ar](mailto:Emdr-es-suscribe@gruposyahoo.com.ar)**

### **EMDR en internet / sitios**

**Inglés**

**[www.emdr.com](http://www.emdr.com)**

**[www.emdria.org](http://www.emdria.org)**

**[www.emdrportal.com](http://www.emdrportal.com)**

**Español**

**[www.emdr.org.ar](http://www.emdr.org.ar)**