

GUÍA BREVE TERAPIA EMDR

Esta guía ha sido diseñada para explicarte, de forma sencilla y clara, cómo trabajaremos juntos en las próximas sesiones. Mi enfoque no se limita a tratar síntomas aislados; buscamos entender tu historia y cómo tus experiencias pasadas han moldeado tu forma de sentir y actuar hoy.

En nuestro espacio de consulta, utilizaremos herramientas con respaldo científico para ayudarte a recuperar el equilibrio:

- A) Entender el origen: Analizaremos qué factores mantienen tu malestar actual.
- B) Sanar el pasado (EMDR): Procesaremos aquellos recuerdos o vivencias que aún generan dolor o "ruido" en tu presente.
- C) Cambiar patrones (Esquemas y TCC): Identificaremos formas automáticas de reaccionar que hoy te limitan y las sustituiremos por estrategias más saludables y flexibles.
- D) Habilidades para la vida: Aprenderás técnicas prácticas para gestionar tus emociones y afrontar los retos del día a día por ti mismo.

El objetivo final no es solo que te sientas mejor, sino que comprendas profundamente cómo funcionas y que construyas una vida alineada con lo que realmente te importa. Empecemos este camino juntos.

1) Marco general: EMDR como intervención focalizada en trauma

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) es un modelo psicoterapéutico orientado al reprocesamiento de memorias que quedaron almacenadas de forma disfuncional tras experiencias adversas/traumáticas. Se integra en el grupo de tratamientos con mayor evidencia para trastornos relacionados con trauma (junto a CPT, CT-PTSD y Exposición Prolongada). El enfoque es transdiagnóstico: eventos adversos, especialmente cuando son tempranos o repetidos, pueden mantener síntomas diversos (intrusiones, evitación, hiperactivación, disociación, síntomas afectivos/ansiosos), por lo que

la evaluación y la intervención se organizan alrededor de memorias, disparadores presentes y preparación para el futuro.

2) Neurociencia del estrés y trauma: por qué EMDR

- **Respuesta de estrés:** activación simpática (adrenalina, cortisol), lucha/huida, hiperalerta, con impacto en la codificación y consolidación de recuerdos.
- **Dominio temporal:** el efecto del estrés depende de la etapa del desarrollo, intensidad y cronicidad. El estrés temprano y crónico se asocia a cambios en hipocampo, amígdala y corteza prefrontal, así como a patrones epigenéticos y neuroendocrinos que incrementan vulnerabilidad psicopatológica.
- **Implicación clínica:** justifica trabajar memoria traumática junto a regulación emocional y componentes relacionales/autoconcepto, en especial en trauma complejo.

3) Elementos comunes de las terapias centradas en trauma

- Activación controlada de la **memoria del trauma**.
- Trabajo sobre **cogniciones** relacionadas y reducción de **evitación experiencial**.
- Generalización de cambios más allá del TEPT, en un marco **transdiagnóstico**.
- En trauma complejo: tratamiento multimodal que combina reprocesamiento, **regulación emocional, autocuidado y patrones relacionales**.

4) Estructura de EMDR: tres bloques y 8 fases

EMDR se organiza en: - **Fase 1:** Historia/Conceptualización y Plan de tratamiento. - **Fase 2:** Preparación y Estabilización. - **Fases 3–8:** Procesamiento (Protocolo estándar).

Protocolo estándar de 8 fases (modelo AIP)

1. **Historia y plan:** alianza, evaluación de síntomas y recursos, selección de dianas (pasado–presente–futuro), criterios de seguridad y derivación.
2. **Preparación:** psicoeducación, habilidades de regulación, autocuidado, instalación y ensayo de recursos; consentimiento y expectativas realistas.
3. **Evaluación:** identificación de **imagen** objetivo, **Creencia Negativa (CN)**, **Creencia Positiva (CP)** deseada, **emociones** y **sensaciones**; registro de **SUD** (malestar) y **VoC** (validez de la CP).
4. **Desensibilización:** estimulación bilateral (ocular, auditiva, táctil) en series breves; se favorece la asociación libre y se aplican interweaves cuando hay bloqueos, manteniendo **conciencia dual**.
5. **Instalación:** fortalecimiento de la **CP** hasta lograr VoC adecuada.
6. **Exploración corporal:** recorrer el cuerpo y reprocesar cualquier residuo somático.
7. **Cierre:** asegurar estabilización al final de sesión, pautas entre sesiones.
8. **Reevaluación:** verificar cambios y planificar pasos siguientes; el éxito se confirma entre sesiones (reducción de intrusiones, evitación y reactividad; neutralización de disparadores; preparación futura).

Nota: En trauma complejo puede utilizarse un **protocolo invertido** (primero futuro, luego presente, pasado al final), priorizando seguridad y funcionamiento.

5) Modelo AIP (Adaptive Information Processing)

Postula un sistema intrínseco de procesamiento adaptativo. El trauma bloquea esta digestión de la experiencia, dejando **redes de memoria estado-específicas** que se reactivan con señales contextuales. EMDR

reactiva estas redes e integra información adaptativa mediante la estimulación bilateral y la secuencia técnica, promoviendo resolución rápida y estable cuando existen condiciones de seguridad y preparación.

6) Indicaciones, alcances y seguridad

- **Indicaciones:** TEPT por incidente único o repetido; trauma complejo (con preparación extendida); aplicaciones en fobias específicas, pánico y otras condiciones relacionadas con memorias/disparadores.
- **Selección de casos:** iniciar con mayor estabilidad (TEPT por incidente único, menor comorbilidad, funcionamiento basal más alto). En **disociación** o traumatización compleja, ampliar Fase 2, trabajar recursos y/o usar protocolo invertido antes de abordar etiologías del pasado.
- **Competencias y fidelidad:** EMDR requiere formación acreditada y supervisión. La **fidelidad al protocolo** predice mejores resultados. La reevaluación sistemática determina éxito más allá de fenómenos intrasesión.

7) Qué aporta EMDR en el ecosistema de tratamientos

Comparte principios con CPT/CT-PTSD/Exposición Prolongada, pero aporta un **procedimiento estructurado en ocho fases** centrado en **organizar el procesamiento de información** traumática, con herramientas específicas para desbloquear el reprocesamiento (p. ej., interweaves) y mantener conciencia dual, con menos énfasis en discusión de contenido y mayor foco en integración.

8) Guía práctica para la implementación

Evaluación y formulación - Identificar dianas: eventos pasados (etiológicos), disparadores presentes y plantillas de futuro. - Valorar estabilidad, disociación, riesgos, red de apoyos y recursos disponibles. - Establecer objetivos funcionales y medibles (p. ej., reducir SUD a 0–1

en dianas clave; VoC $\geq 6-7$ para CP; reducción de intrusiones y evitación; tolerancia a señales internas/externas).

Preparación (Fase 2 ampliada si es necesario) - Psicoeducación sobre trauma, memoria y EMDR. - Habilidades de regulación: respiración diafragmática, grounding sensorial 5-4-3-2-1, compasión dirigida, visualización de lugar seguro/acolchado. - Autocuidado y plan de seguridad (riesgo autolesivo: evaluación estructurada, contactos de emergencia, plan crisis).

Procesamiento (Fases 3-8) - Secuenciar dianas por impacto funcional y viabilidad. - Monitoreo continuo de SUD, VoC, cogniciones emergentes, afecto y sensaciones; uso de interweaves cuando hay estancamientos (cognitivos, somáticos o de perspectiva temporal). - Consolidar aprendizaje con **plantillas de futuro** y prevención de recaídas.

9) Recomendaciones clínicas y objetivos terapéuticos

Recomendaciones - Mantener una **alianza terapéutica** sólida y límites de seguridad. - Integrar trabajo de **regulación emocional y relacional** en trauma complejo antes de atacar memorias nucleares.

- Usar **autorregistros** entre sesiones para disparadores, intrusiones y uso de recursos.

- Confirmar resultados con **reevaluaciones**, no solo por cambios intrasesión.

Objetivos medibles (ejemplos) - Reducir **SUD** de dianas priorizadas a **0-1**. - Aumentar **VoC** de la CP asociada a $\geq 6-7$ (escala 1-7). - Disminuir frecuencia e intensidad de **intrusiones** y **evitación** $\geq 50\%$ respecto a línea base. - Mejorar **tolerancia a activación** (capacidad de permanecer en la tarea con activación moderada sin desbordamiento) y retorno a baseline en <10 minutos mediante recursos. - Generalizar cambios a contextos cotidianos mediante **plantillas de futuro** y tareas conductuales.

10) Consideraciones éticas y de competencia

- Obtener **consentimiento informado** específico para EMDR (riesgos/beneficios, posibilidad de activación emocional, pautas de estabilización).
- Practicar dentro del **alcance de competencia** y con **supervisión** cuando sea necesario.
- Derivar cuando existan criterios de **mayor nivel de atención** (p. ej., riesgo alto, trastornos disociativos complejos sin estabilidad, abuso de sustancias descompensado).

Conclusión

EMDR es un tratamiento focalizado en memoria traumática, con evidencia sólida y un procedimiento estandarizado en ocho fases que integra seguridad (Fase 2), formulación funcional de dianas (Fase 1) y reprocesamiento (Fases 3–8). Es especialmente útil cuando se conceptualiza el trauma como variable transdiagnóstica y se combinan, en trauma complejo, recursos de regulación emocional y trabajo relacional antes y durante el reprocesamiento.