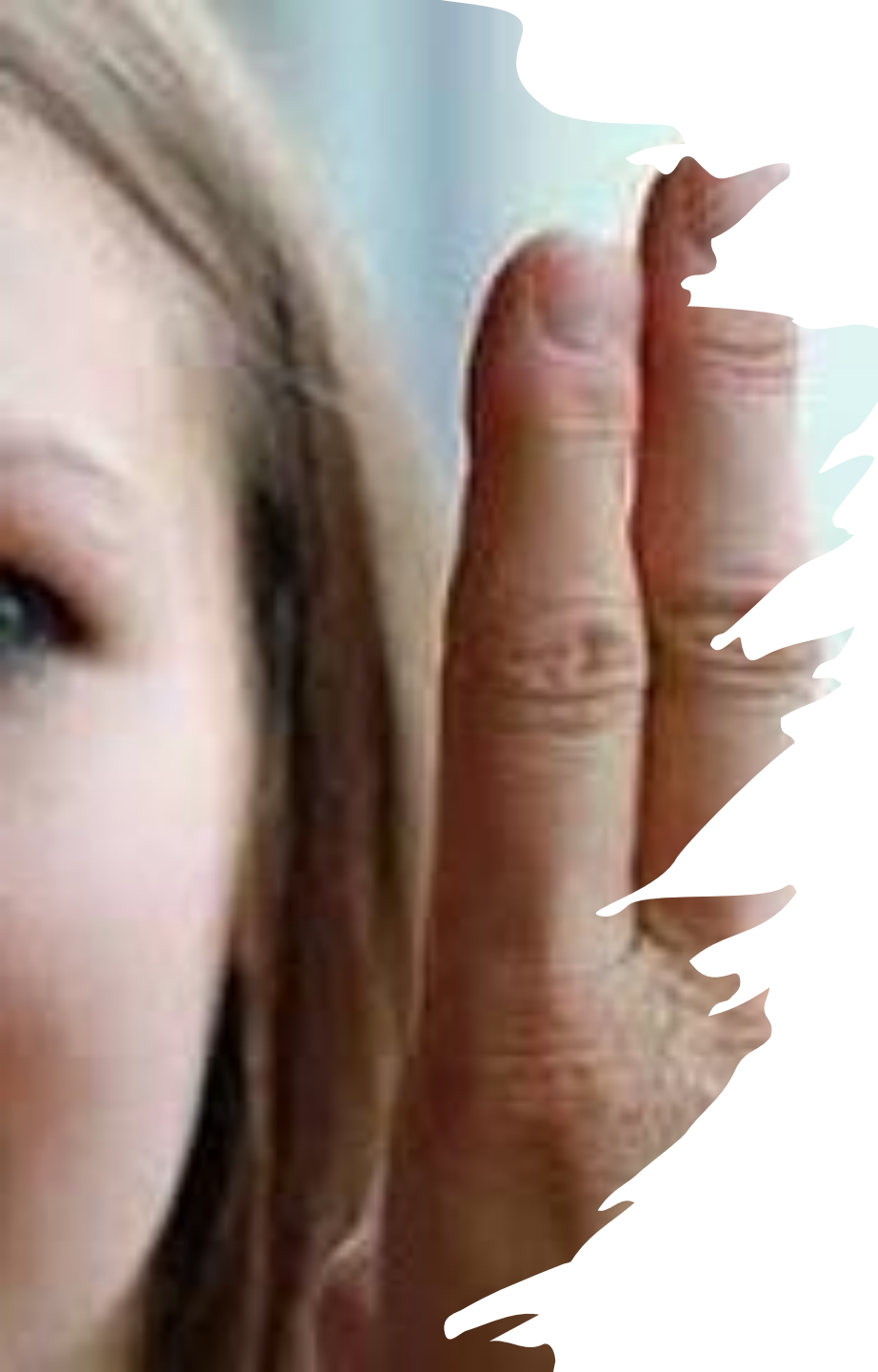




Terapias de Reprocesamiento

Adrian E. Cillo



- “Eres la suma total de todo lo que has visto, oído, comido, olido, dicho, olvidado, todo está ahí. Todo influye en cada uno de nosotros.”

•
Maya Angelou

Ventana de plasticidad

Es posible inestabilizar las memorias. Ese periodo dicha memoria es vulnerable a modificaciones, mecanismo que se conoce como reconsolidación.

Dumbar & Taylor, 2017; Soeter & Kindt, 2018) (Scully I & Napper L, 2016).

A microscopic image of neurons, showing a dense network of purple and blue fibers. A bright yellow-orange signal is visible at a specific point of connection (synapse) between two neurons, highlighting the area of interest for the text.

Para poder intervenir en una memoria mediante un agente externo es necesario que se reactive mediante el recuerdo la conexión neuronal destinada a almacenar esa información, también nos señala que desde el nivel neurobiológico al cognitivo **la naturaleza fundamentalmente dinámica de la memoria**

(Nader & Hardt, 2009).

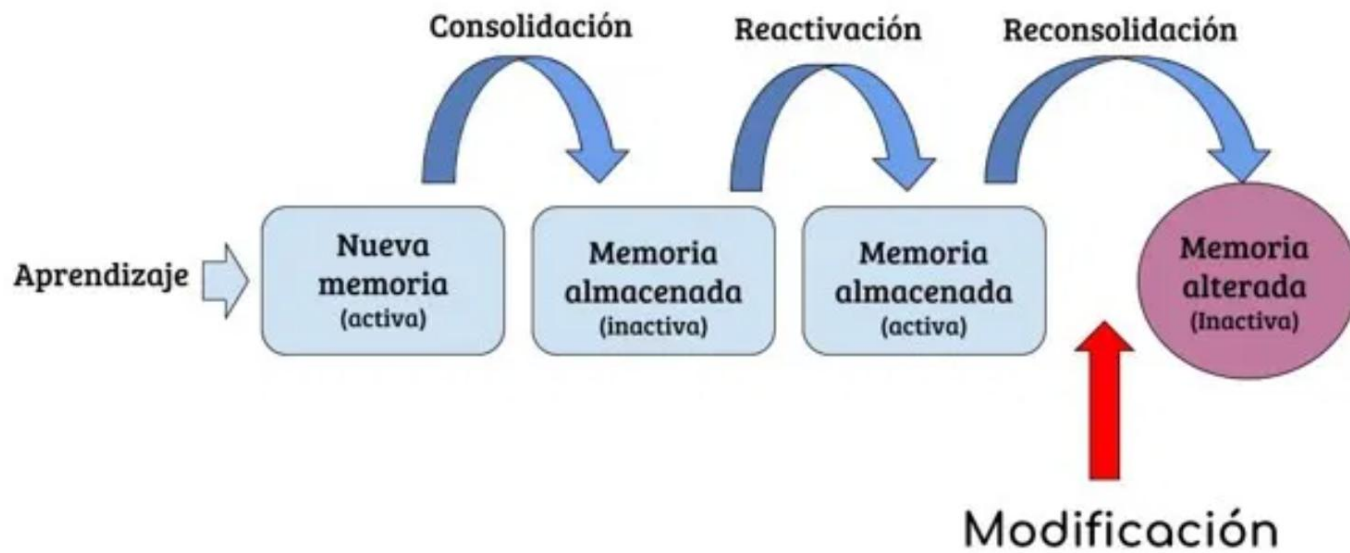
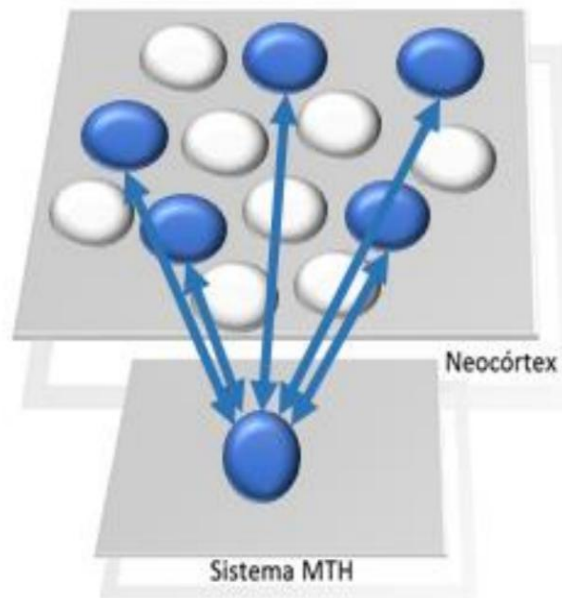
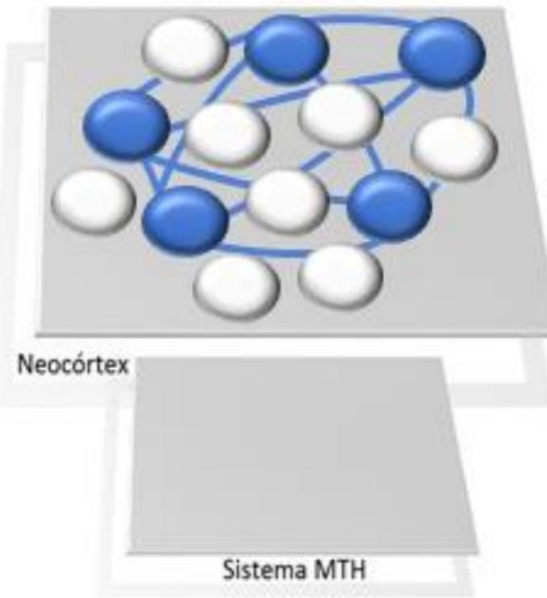


Figura 1: Dinámica de la reconsolidación de la memoria. Extraído y traducido:
<https://www.psypost.org/2017/01/stress-disrupts-reconsolidation-fear-memories-study-finds-47180>

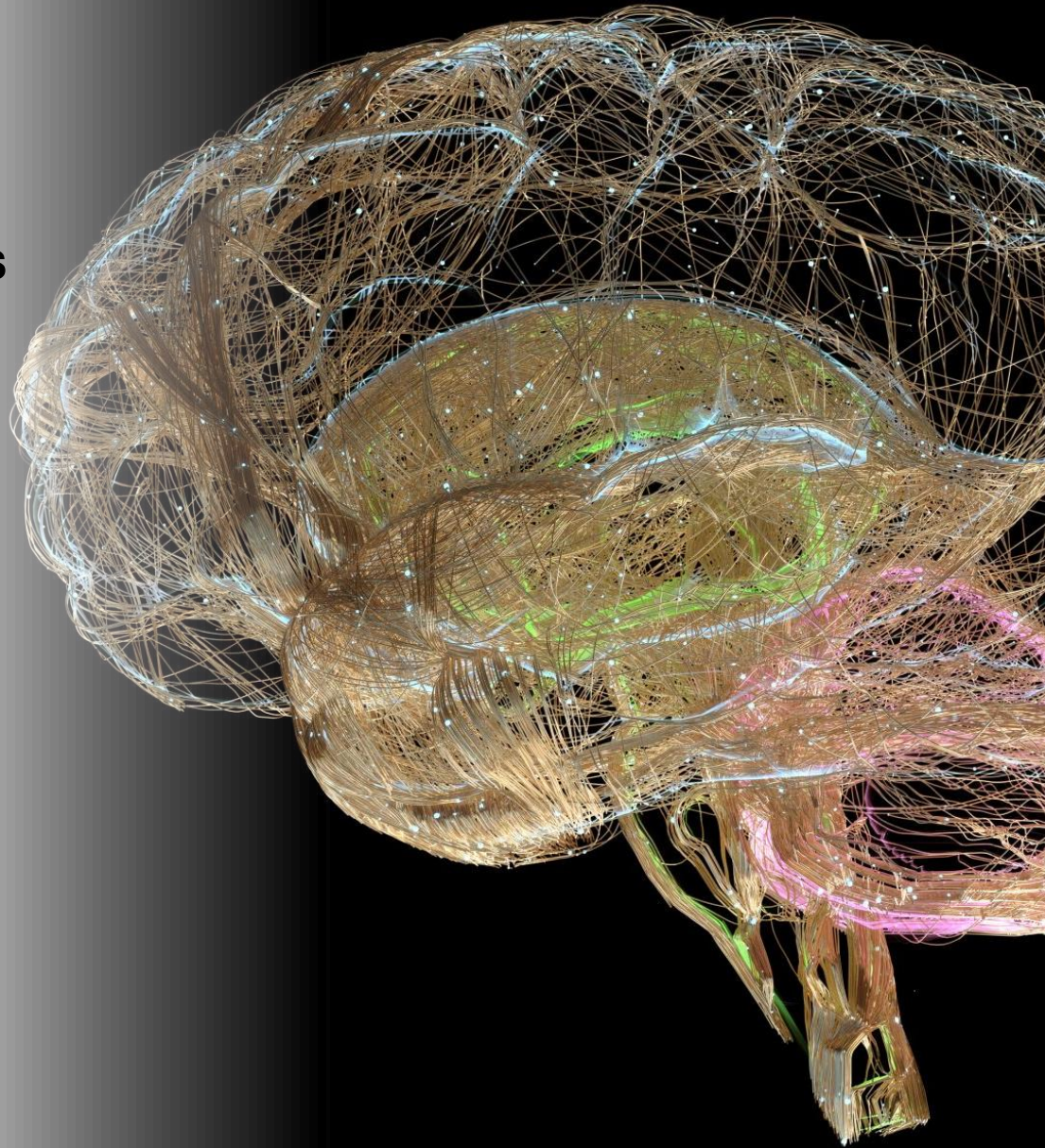
Nueva Información



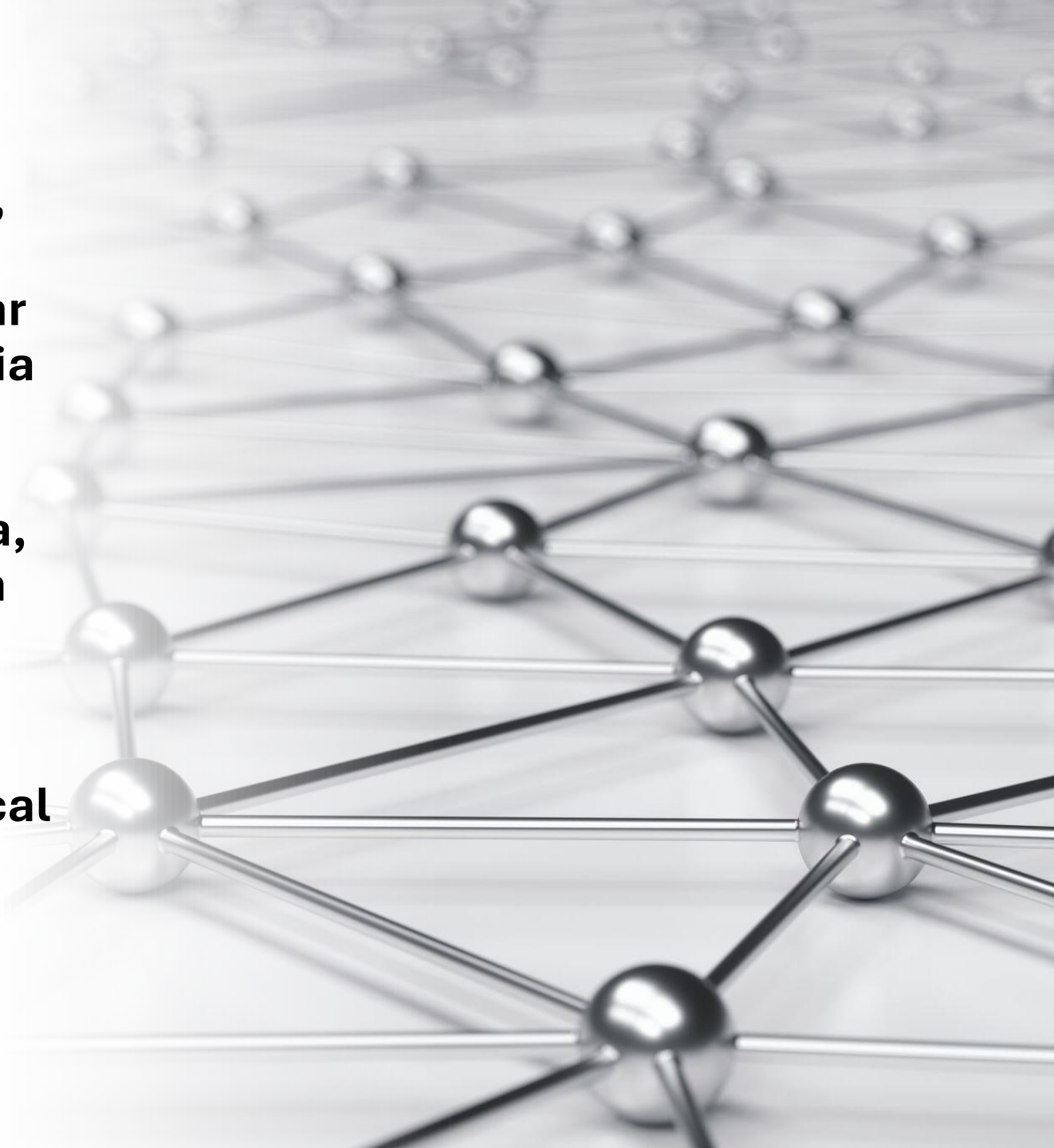
Información Consolidada



- Las **terapias de reprocesamiento** son enfoques psicoterapéuticos que buscan **reactivar memorias disfuncionales y permitir que el cerebro las procese de una manera más adaptativa**, integrándolas en redes de memoria más saludables. Este concepto surge en gran parte de la investigación sobre **memoria traumática, reconsolidación de la memoria y neuroplasticidad** dentro del campo de la Psicotraumatología.



- En términos neurobiológicos, estas terapias intentan reactivar redes de memoria asociadas a amenaza (amígdala, ínsula, hipocampo) para que puedan integrarse con circuitos de regulación cortical y redes autobiográficas más amplias.



Terapia	Autores principales	Mecanismo de reprocesamiento	Descripción clínica breve
Eye Movement Desensitization and Reprocessing	Francine Shapiro	Estimulación bilateral + reconsolidación de memoria	Reactiva memorias traumáticas mientras se aplica estimulación bilateral (movimientos oculares, tapping o sonidos alternos), facilitando la integración adaptativa de la memoria. Muy utilizada en TEPT y trauma complejo.
Brainspotting	David Grand	Activación subcortical mediante posición ocular	Identifica puntos específicos de mirada (“brainspots”) que activan redes emocionales profundas. El paciente mantiene atención en ese punto mientras el cerebro procesa la experiencia.
Somatic Experiencing	Peter Levine	Regulación autonómica y descarga somática	Trabaja con sensaciones corporales y respuestas defensivas incompletas. El reprocesamiento ocurre al completar gradualmente respuestas de supervivencia congeladas.
Coherence Therapy	Bruce Ecker, Laurel Hulley	Reconsolidación de memoria emocional	Identifica aprendizajes implícitos que sostienen síntomas. Al activar esa memoria y generar una experiencia contradictoria se produce actualización o eliminación del aprendizaje emocional.

Terapia	Autores principales	Mecanismo de reprocesamiento	Descripción clínica breve
Prolonged Exposure Therapy	Edna Foa	Extinción del miedo y aprendizaje inhibitorio	El paciente revive repetidamente la memoria traumática en un contexto seguro. Esto reduce la respuesta de miedo y permite reorganizar la memoria traumática.
Cognitive Processing Therapy	Patricia Resick	Reprocesamiento cognitivo del significado del trauma	Trabaja sobre creencias disfuncionales relacionadas con el trauma (culpa, vergüenza, peligro permanente), reorganizando el significado de la experiencia.
Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy	Diana Fosha	Transformación emocional experiencial	Facilita el procesamiento emocional profundo en un contexto relacional seguro, permitiendo integrar emociones previamente evitadas o bloqueadas.
Internal Family Systems	Richard Schwartz	Reprocesamiento de memorias de “partes exiliadas”	Trabaja con partes disociadas de la personalidad. Al acceder a memorias traumáticas de estas partes, se facilita integración y liberación emocional.
Lifespan Integration	Peggy Pace	Integración cronológica de memoria autobiográfica	Utiliza una línea temporal de recuerdos para ayudar al cerebro a integrar experiencias traumáticas en la narrativa autobiográfica completa.

Qué es DBR

Deep Brain Reorienting fue desarrollado por el psiquiatra británico **Frank Corrigan**, en colaboración con **Graeme F. M. Mackay**.

El modelo se basa en la idea de que **la respuesta traumática comienza con un reflejo de orientación subcortical**, previo a emociones como miedo, vergüenza o ira.

DBR intenta **reprocesar esa secuencia neurobiológica desde su origen más temprano**.

Secuencia neurobiológica que propone DBR

El modelo plantea una **secuencia muy específica en el trauma**:

1 Reflejo de orientación

El cerebro detecta una señal inesperada o amenazante.

2 Shock neurobiológico

Se produce una interrupción abrupta del sistema de orientación.

3 Afecto primario

Aparecen emociones como vergüenza o terror.

4 Defensas posteriores

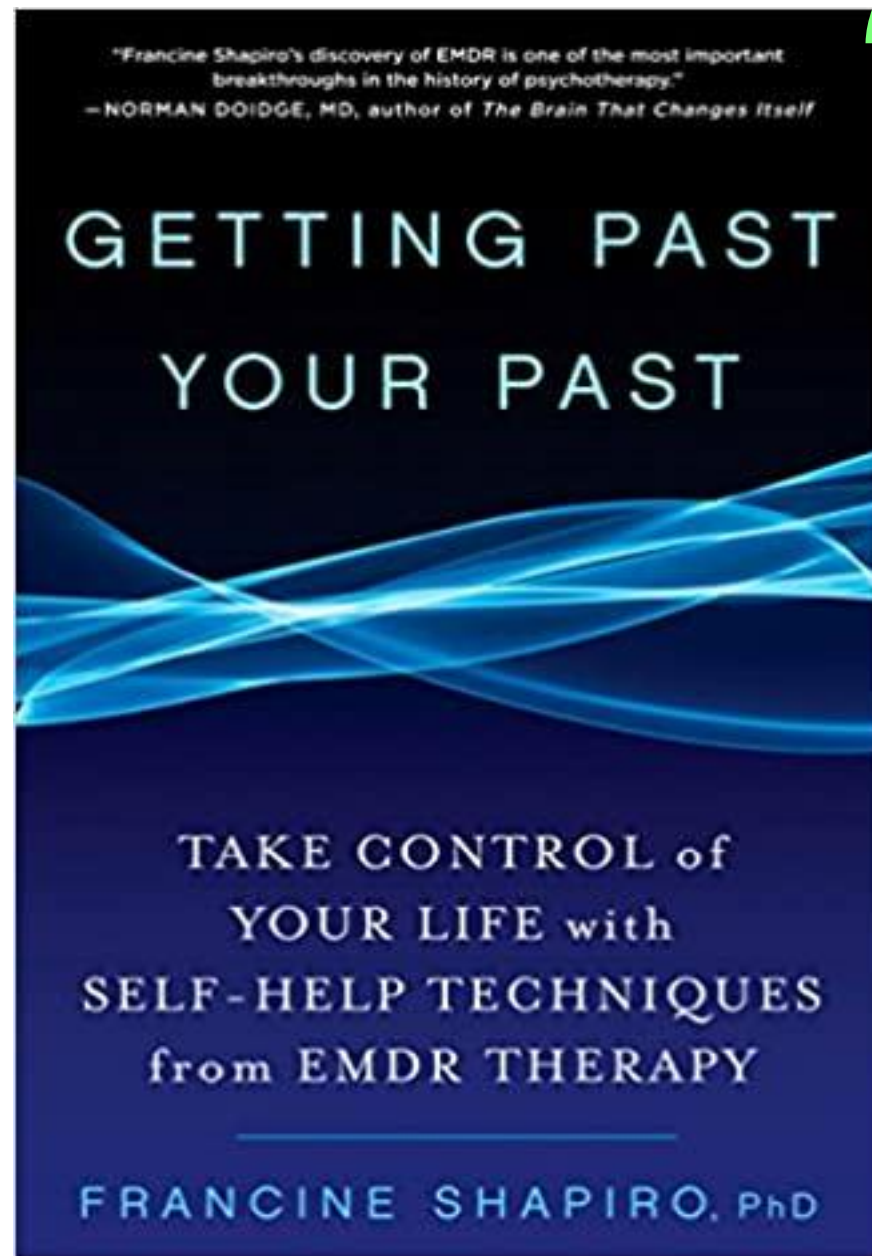
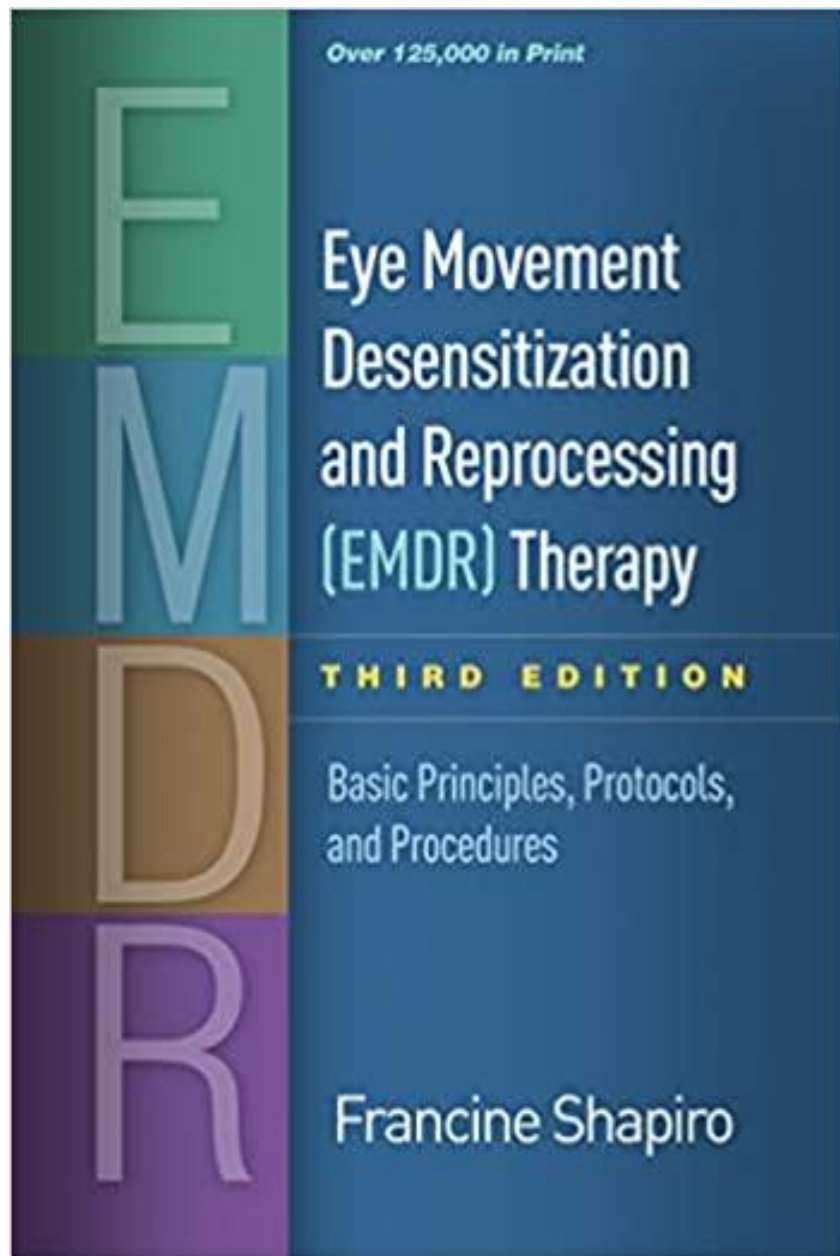
Se activan estrategias como lucha, huida o congelamiento.

DBR busca **reprocesar el trauma comenzando en el punto 1**, antes de que se activen las defensas.

Terapia	Nivel principal de procesamiento
EMDR	redes de memoria traumática
Brainspotting	redes subcorticales de emoción
Coherence Therapy	reconsolidación de aprendizaje emocional
Somatic Experiencing	descarga autonómica
DBR	reflejo de orientación en tronco cerebral



EMDR



• 16





Antecedentes de la Terapia EMDR

Antecedentes de la Terapia EMDR

Descubrimiento

➤ 1987 – Francine Shapiro

- Descubre los efectos de desensibilización de los movimientos oculares espontáneos
- Desarrolla procedimientos utilizando aplicaciones de movimientos oculares.

Antecedentes de la Terapia EMDR

1989 – Primer estudio controlado, Publicado

- Shapiro estudia la EMD, como modelo de desensibilización
 - Incluidos veteranos de Vietnam y sobrevivientes de agresiones sexuales
- Primeros estudios aleatorizados de terapia de exposición, terapia psicodinámica y desensibilización sistemática en el tratamiento del TEPT

Antecedentes de la Terapia EMDR

➤ 1990 – EMD se convierte en EMDR

- Más allá de la reducción/eliminación del distress para dar sentido a la experiencia
 - Acceso espontáneo a canales de asociación
 - Efecto de generalización
 - Descubre formas adicionales de estimulación bilateral (EB)
 - Postula que los efectos negativos de la “t” minúscula son comparables a las causas por eventos del “Criterio A”
 - “Se trata de almacenamiento, no de intensidad del evento”

EVIDENCIA

Qué dicen las
investigación hoy?





National Library of Medicine

National Center for Biotechnology Information

ClinicalTrials.gov

Find Studies ▾

Study Basics ▾

Su

Clin

A perspective view of a railway track receding into a hazy distance. The tracks are made of steel rails on concrete sleepers, with gravel ballast. The scene is misty or foggy, with a line of trees visible in the far distance. The number 107 is overlaid in the center of the image.

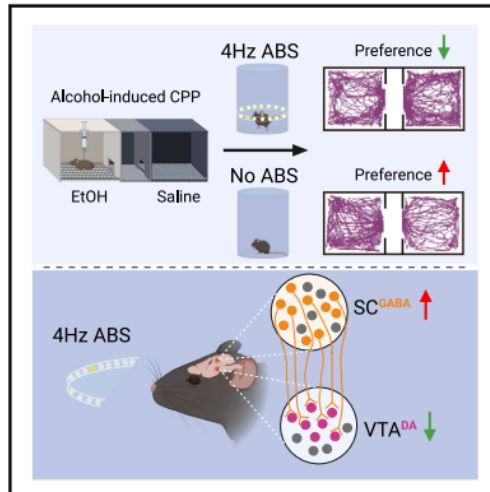
107

A large, golden-brown haystack is in the foreground on the left, with its texture clearly visible. In the background, another haystack is visible, slightly out of focus. The sky is a clear, pale blue. The overall scene is a rural landscape.

Hay solo estudios
clínicos?

Alternating bilateral sensory stimulation alleviates alcohol-induced conditioned place preference via a superior colliculus-VTA circuit

Graphical abstract



Authors

Jie Lei, Pei Zhang, Tongxia Li, ..., Gangan Luo, Yibo Yao, Bo Tian

Correspondence

zhangpei@hust.edu.cn (P.Z.),
tianbo@mails.tjmu.edu.cn (B.T.)

In brief

Lei et al. report that 4-Hz alternating bilateral sensory stimulation (ABS) alleviates alcohol-induced conditioned place preference (CPP) through the pathway from superior colliculus (SC) to ventral tegmental area (VTA) in mice. This study points to a non-drug and non-invasive approach that might have potential for treating alcohol use disorder.

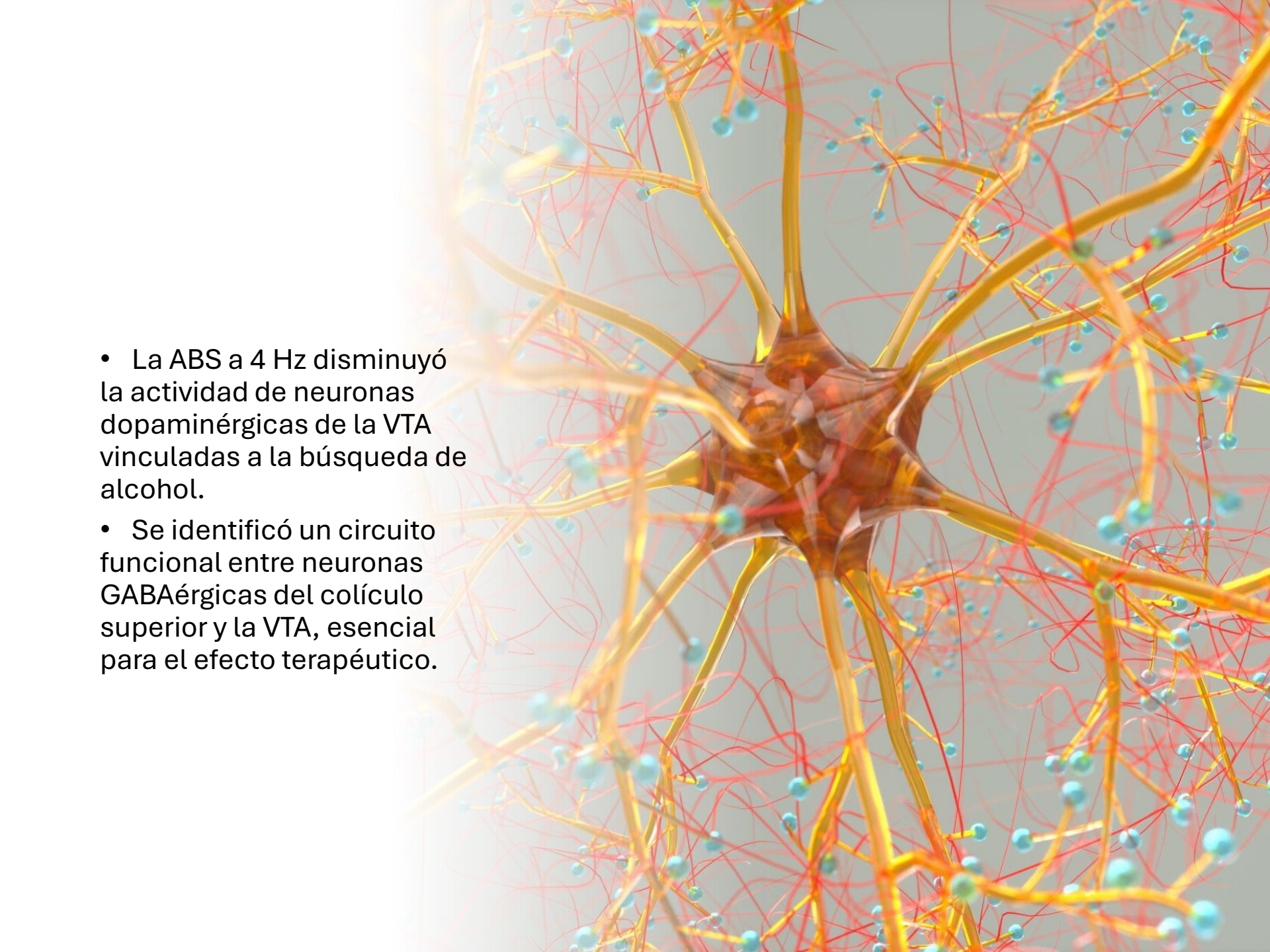
Highlights

- 4-Hz ABS reduces ethanol-induced CPP in mice
- 4-Hz ABS decreases VTA^{DA} neuron activity in response to ethanol-predictive cue
- SC neurons are activated by 4-Hz ABS and project to VTA^{DA} neurons
- SC-VTA^{DA} circuit is sufficient and necessary to relieve ethanol-induced CPP by 4-Hz ABS



Lei et al., 2024, Cell Reports 43, 114383
July 23, 2024 © 2024 The Authors. Published by Elsevier Inc.
<https://doi.org/10.1016/j.celrep.2024.114383>

CellPress

- 
- La ABS a 4 Hz disminuyó la actividad de neuronas dopaminérgicas de la VTA vinculadas a la búsqueda de alcohol.
 - Se identificó un circuito funcional entre neuronas GABAérgicas del colículo superior y la VTA, esencial para el efecto terapéutico.

[Home](#)[FAQs](#)[About PROSPERO ▾](#)[Search](#)[Login](#)[Join us](#)

Search PROSPERO

[Search](#)[MeSH search](#)[Help with searching](#)

in



sort by

[Search](#)[Show history](#)**Filters**[Apply](#)[Reset](#)

Search term: emdr



326

A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories

Christopher William Lee ¹, Pim Cuijpers

Affiliations + expand

PMID: 23266601 DOI: 10.1016/j.jbtep.2012.11.001

Free article

Abstract

Background and objectives: Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) is now considered evidence based practice in the treatment of trauma symptoms. Yet in a previous meta-analysis, no significant effect was found for the eye movement component. However methodological issues were examined and the results of the meta-analysis were re-analysed to examine the effect of eye movements on the treatment of trauma symptoms.

Method: A meta-analysis of 10 studies comprising 849 participants was conducted. The studies were included if they investigated the effect of EMDR on the treatment of trauma symptoms. The effect size was calculated for each study and the overall effect size was calculated.

Results: The overall effect size was moderate to large (d = 0.74). The strongest effect size difference was for vividness measures in the non-therapy studies (d = 0.91). The data indicated that treatment fidelity acted as a moderator variable on the effect of eye movements in the therapy studies.

Conclusions: Results were discussed in terms of current theories that suggest the processes involved in EMDR are different from other exposure based therapies.

Los movimientos oculares muestran evidencia de tener un efecto significativo en estudios de tratamiento y un efecto grande y significativo en estudios de laboratorio.



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Journal of Affective Disorders Reports

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jadr



Review Article

Dropout from guideline-recommended psychological treatments for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis



Tracey Varker^{a,*}, Kimberley A. Jones^a, Hussain-Abdulah Arjmand^a, Mark Hinton^a, Sarah A. Hiles^b, Isabella Freijah^a, David Forbes^a, Dzenana Kartal^a, Andrea Phelps^a, Richard A. Bryant^c, Alexander McFarlane^d, Malcolm Hopwood^e, Meaghan O'Donnell^a

^a Phoenix Australia- Centre for Posttraumatic Mental Health, Department of Psychiatry, University of Melbourne, Level 3, Alan Gilbert Building, 161 Barry St, Carlton, VIC 3053, Australia

^b School of Medicine and Public Health, Faculty of Health, University of Newcastle, New South Wales, Australia

^c School of Psychology, University of New South Wales, Australia

^d Adelaide Medical School, University of Adelaide, South Australia, Australia

^e Department of Psychiatry, University of Melbourne, Carlton, Victoria, Australia

Table 3

Dropout proportion per treatment type.

Treatment	# of studies	# of participants	Dropout (%)	95% CI		I ²
CPT	11	1433	34.0	26.7	41.8	72.1%
PE	25	2796	28.7	22.7	35.1	77.5%
BEP	2	236	23.3	15.0	32.7	.
CBT	12	787	18.0	9.2	28.5	72.5%
Active control	63	7054	20.3	16.2	24.7	83.1%
EDMR	15	1032	14.9	8.3	22.7	67.1%
TAU	7	358	13.2	4.7	24.3	56.0%
CT	6	514	10.4	0.9	26.5	86.8%
Placebo	1	88	10.3	3.6	26.4	.
NET	8	548	7.0	1.1	16.0	70.3%
WL	26	2396	6.5	3.2	10.7	58.8%

Note. CPT = Cognitive processing therapy; PE = Prolonged exposure; BEP = Brief eclectic psychotherapy; CBT = Cognitive behavioural therapy; EDMR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing; TAU = treatment as usual; CT = Cognitive therapy; NET = Narrative exposure therapy; WL = waitlist.

Base de evidencia de la terapia EMDR

1. Más de 44 ECA
2. EMDR versus fluoxetina
3. Eficaz para el TEPT en adultos
4. Eficaz para el TEPT en niños
5. Sesión de 90 min óptima; Sesiones de 50-60 min OK

Base de evidencia de la terapia EMDR

Resultados positivos:
fidelidad adecuada,
dosis de tratamiento y
medidas clínicas
apropiadas

Metanálisis: Más
riguroso el estudio:
mayor dimensión de los
efectos.

Terapia EMDR

Entregado de forma remota

- Investigaciones emergentes sobre la efectividad de la terapia EMDR administrada a través de telesalud
- Incluye formatos individuales y grupales
- Aplicaciones:
 - Terapia general de trauma
 - Estrés agudo como el COVID-19
 - Situaciones sociopolíticas—condiciones

Investigación sobre Poblaciones y Diagnósticos tratados con éxito

- Adolescentes con Trastorno de Adicción a Internet
- Trastorno de apego
- Desorden dismórfico del cuerpo
- Cáncer
- Dolor crónico
- TEPT relacionado con el combate
- Desastre comunitario
- Problemas de Conducta y Autoestima
- Depresión
- Trastornos de la alimentación
- EMDR como intervención temprana
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Dolor y Luto
- Delincuentes juveniles
- Inmigrantes/Refugiados
- Síntomas físicos médicamente inexplicables
- Migrañas
- Obsesionante
- Desorden compulsivo
- Trastorno de pánico
- pedofilia
- Fobias
- Desórdenes psicóticos
- Dolor del miembro fantasma
- TEPT en Niños y Adolescentes
- Autoestima
- Disfunción sexual
- Tinnitus

Guías de tratamiento de EE. UU.

- Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) (2010)
- Asociación Americana de Psicología (2017)
- Departamento de Asuntos de Veteranos y Departamento de Defensa (2017)

Guías internacionales de 19/20 tratamiento

- Guías **australianas** para el tratamiento de adultos con trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático. (2007)
- **Consejo Nacional Israelí** para la Salud Mental (2002)
- Base de datos **Cochrane** de revisiones sistemáticas (2013)
- Metodología y recomendaciones de las guías de prevención y tratamiento del TEPT del **ISTSS** (2019)
- **Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención** (NICE, Reino Unido 2018)

- **Organización Mundial de la Salud.** Guías para el manejo de condiciones específicamente relacionadas con el estrés. (2013)

La terapia EMDR se considera un tratamiento de nivel “A” para el trauma, recomendado por la Organización Mundial de la Salud (2013) para niños, adolescentes y adultos.

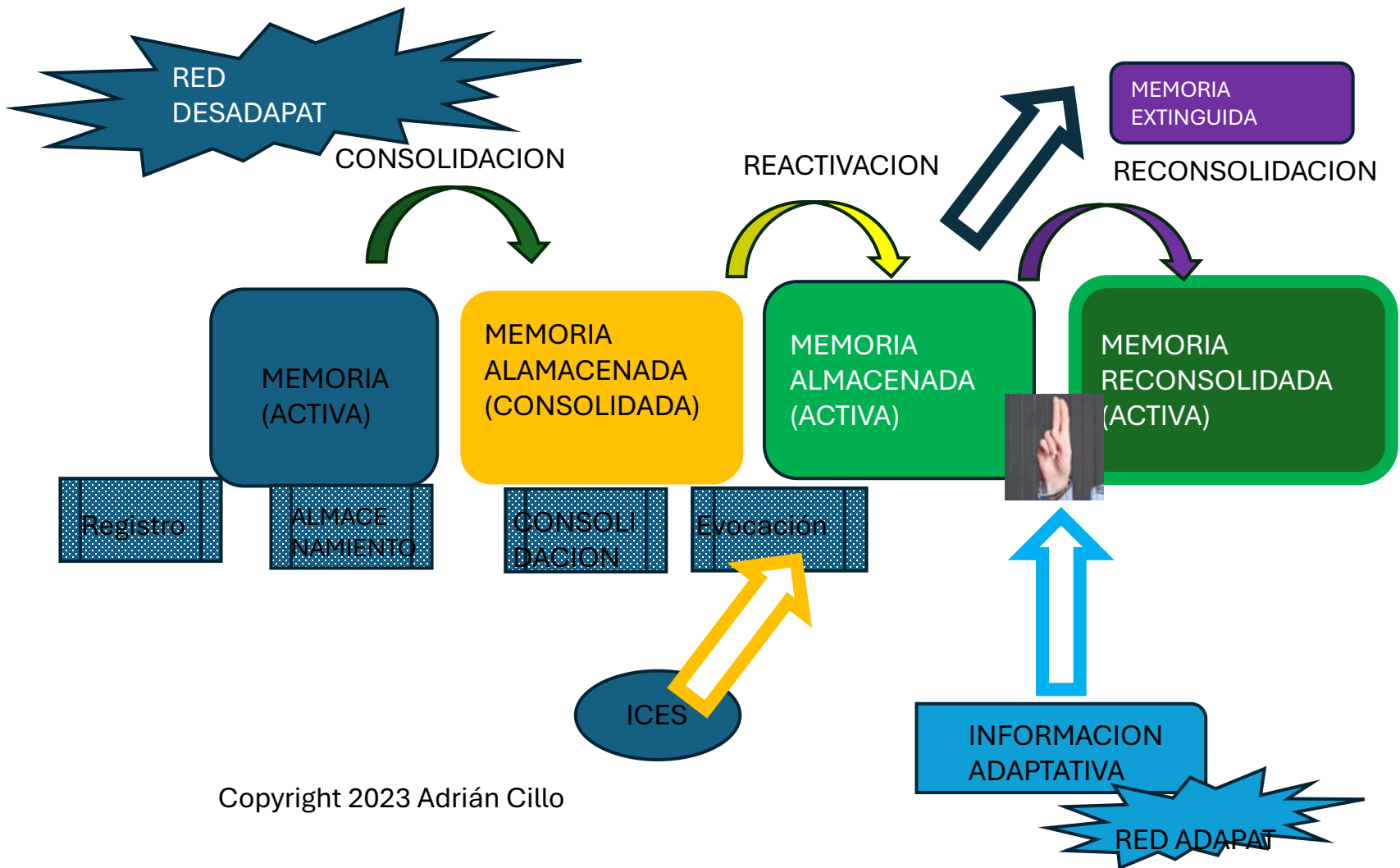
“Al igual que la TCC con un enfoque en el trauma, la terapia EMDR tiene como objetivo reducir la angustia subjetiva y fortalecer las cogniciones adaptativas relacionadas con el evento traumático. A diferencia de la TCC centrada en el trauma, la terapia EMDR no involucra (a) descripciones detalladas del evento, (b) desafío directo de creencias, (c) exposición prolongada o (d) tarea”.

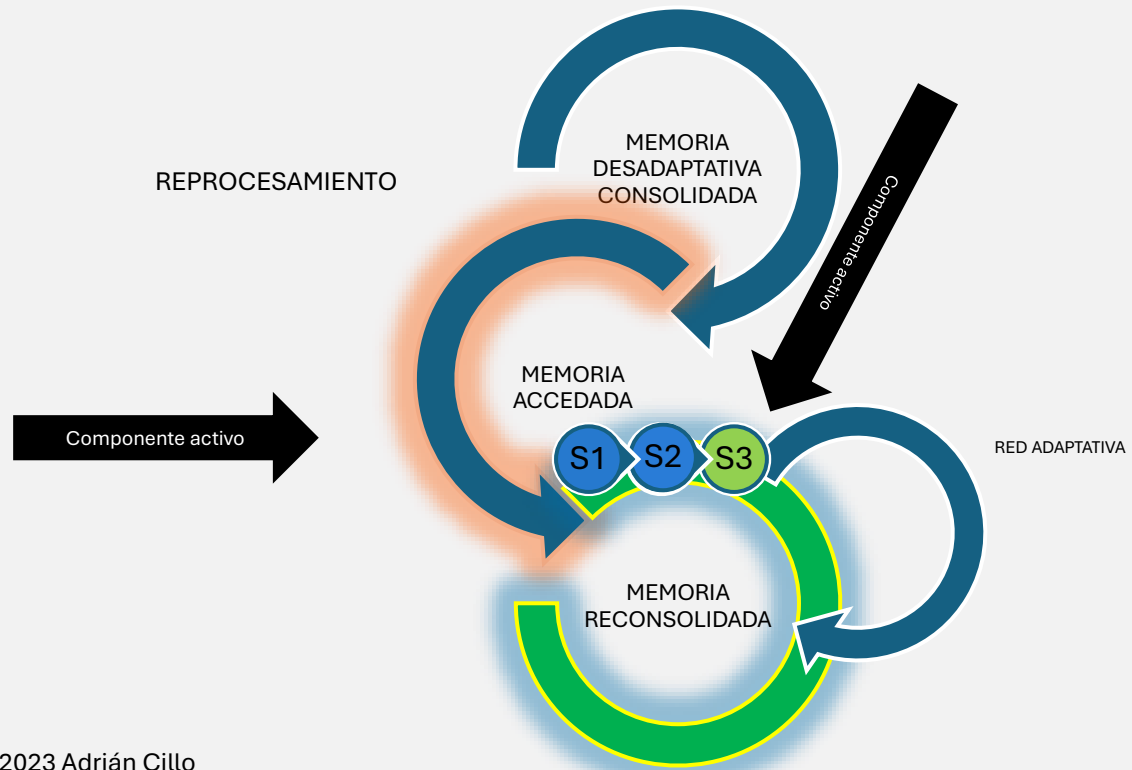


Mecanismos de acción



Presentation Title

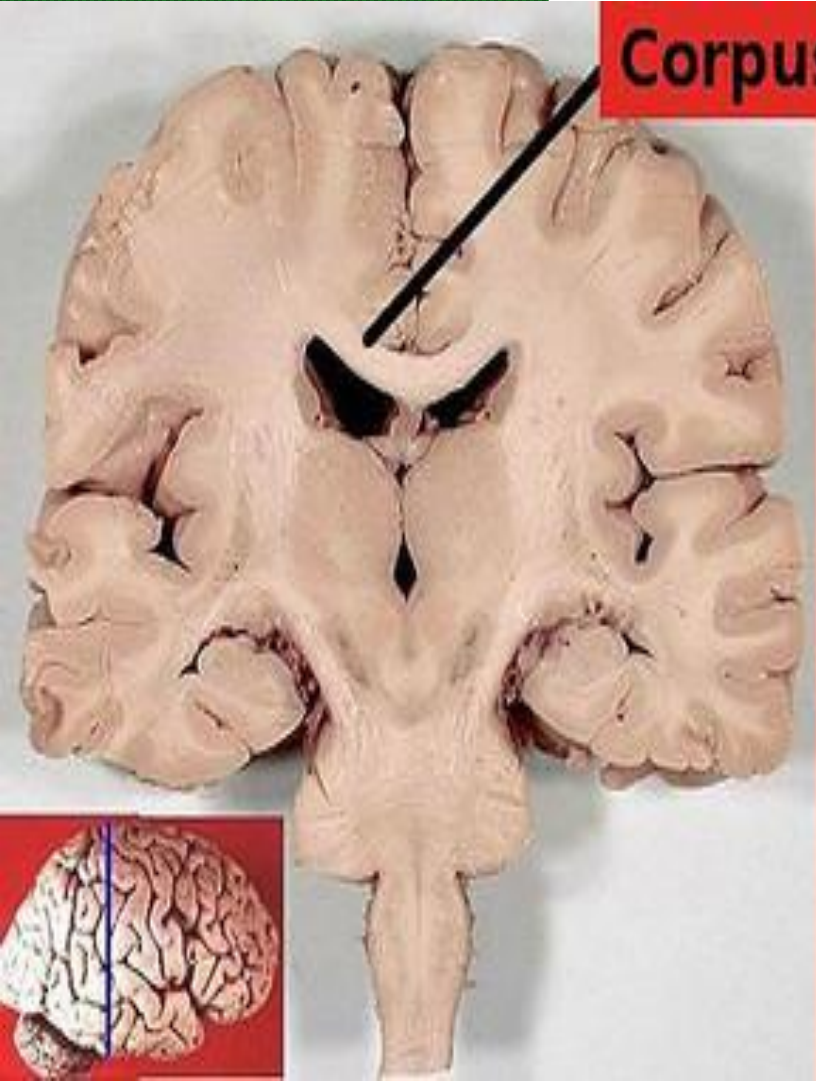




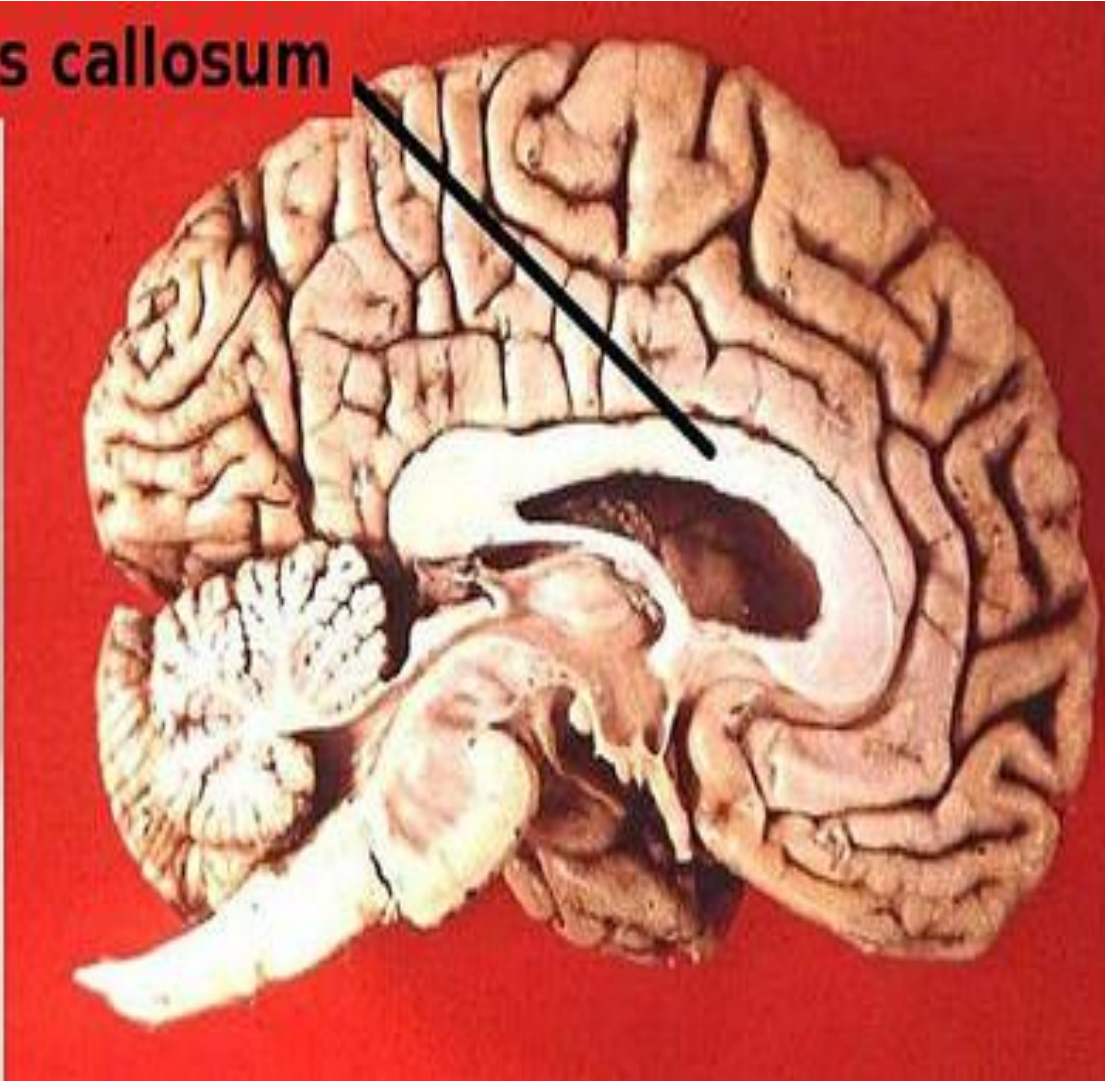


INTEGRACION INTERHEMISFERICA





Corpus callosum



Research Article  Free

Electroencephalography Coherence, Memory Vividness, and Emotional Valence Effects of Bilateral Eye Movements During Unpleasant Memory Recall and Subsequent Free Association: Implications for Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Yaggie, Matthew | Stevens, Larry | Miller, Seth | Abbott, Angela | Woodruff, Chad | Getchis, Mike | Stevens, Sean | Sherlin, Leslie | Keller, Brandon | Daiss, Suzanne

Journal of EMDR Practice and Research Vol 9 Issue 2, Jan 2015, DOI: 10.1891/1933-3196.9.2.78

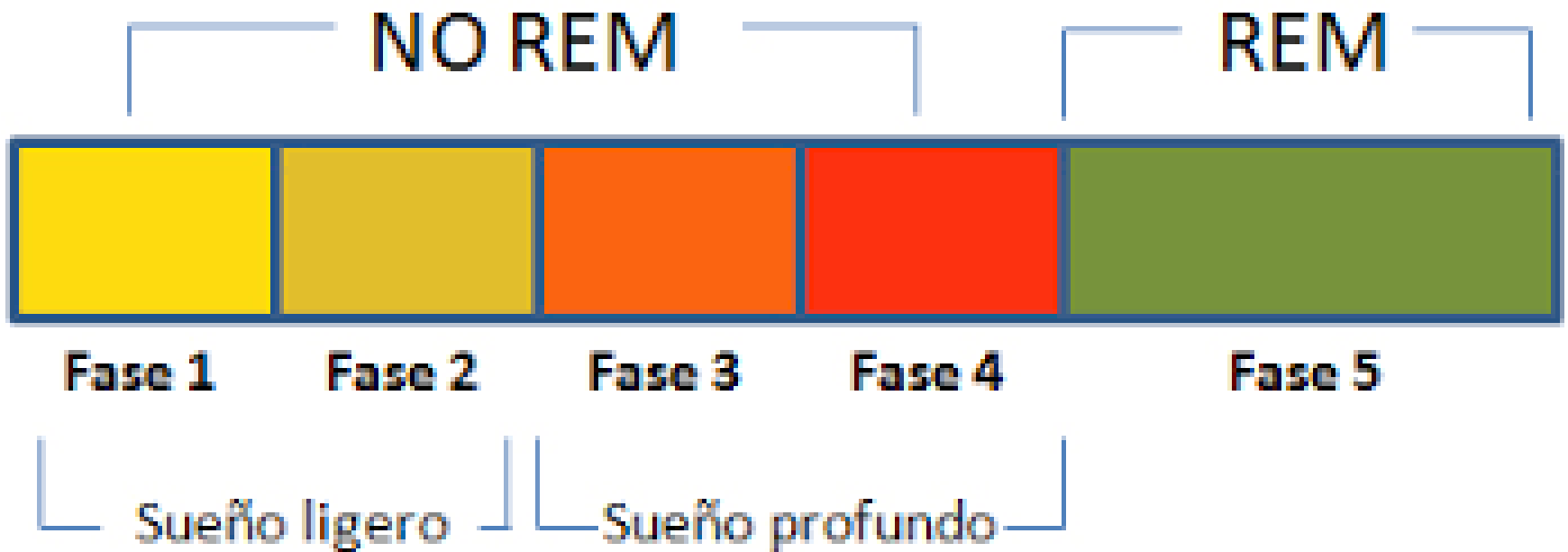


Reflejo de orientación



-
- En el contexto del EMDR, la estimulación bilateral alternada (EBA) activa este reflejo (Armstrong & Vaughan, 1996), generando un estado de seguridad fisiológica que facilita la desensibilización del recuerdo traumático. Estudios psicofisiológicos han mostrado una disminución de la frecuencia cardíaca, de la conductancia dérmica y del nivel de arousal durante la sesión (Wilson et al., 1996; Barrowcliff et al., 2004; Elofsson et al., 2008), lo que respalda la hipótesis de una **modulación parasimpática activa** asociada al proceso terapéutico.

SUEÑO REM



En el sueño de ondas lentas se produce consolidación de la información.

Durante el sueño REM se produce una potenciación posterior de las conexiones reactivadas en la memoria neocortical.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Slow Wave Sleep: A Putative Mechanism of Action

Marco Pagani¹, Benedikt L. Amann^{2,3,4}, Ramon Landin-Romero^{5,6} and Sara Carletto^{7*}

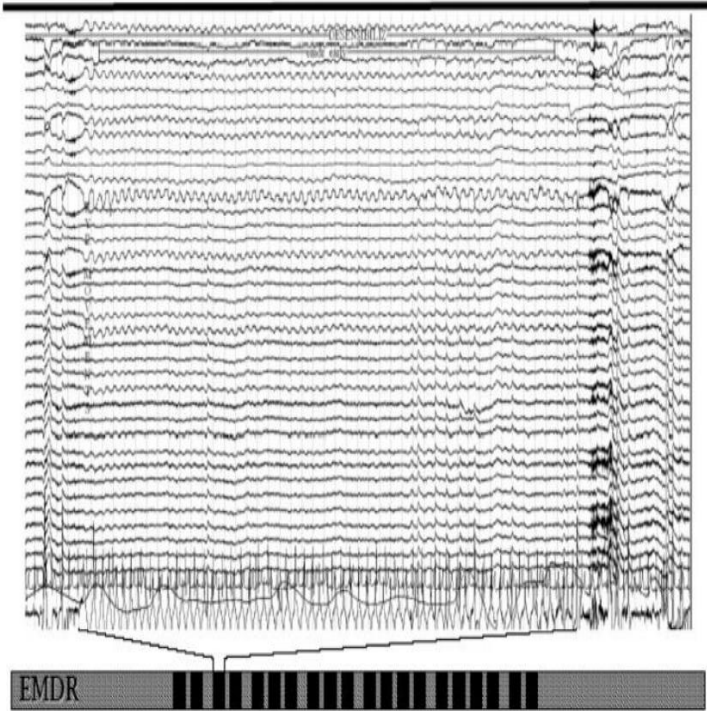


FIGURE 1 | EEG tracing upon eye movements during an eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) session. Note the slow wave sleep (SWS)-like frequency from the beginning to the end of bilateral stimulation.



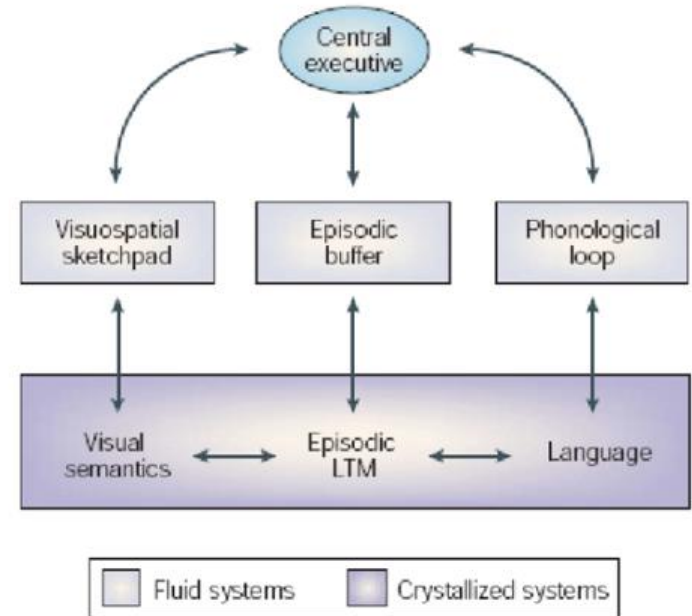
MEMORIA DE TRABAJO

Sistema ejecutivo central: Integración y coordinación de la Información.

Bucle Fonológico: Almacena información verbal y auditiva

Agenda visuoespacial: Sostiene y manipula información visual y espacial.

La atención dual y la EB compiten en la agenda visuoespacial y del ejecutivo central. La competición de recursos favorece la debilitación de los recuerdos y las asociaciones.



Nuevos horizontes



[Find a journal](#)

[Publish with us](#)

[Track your research](#)

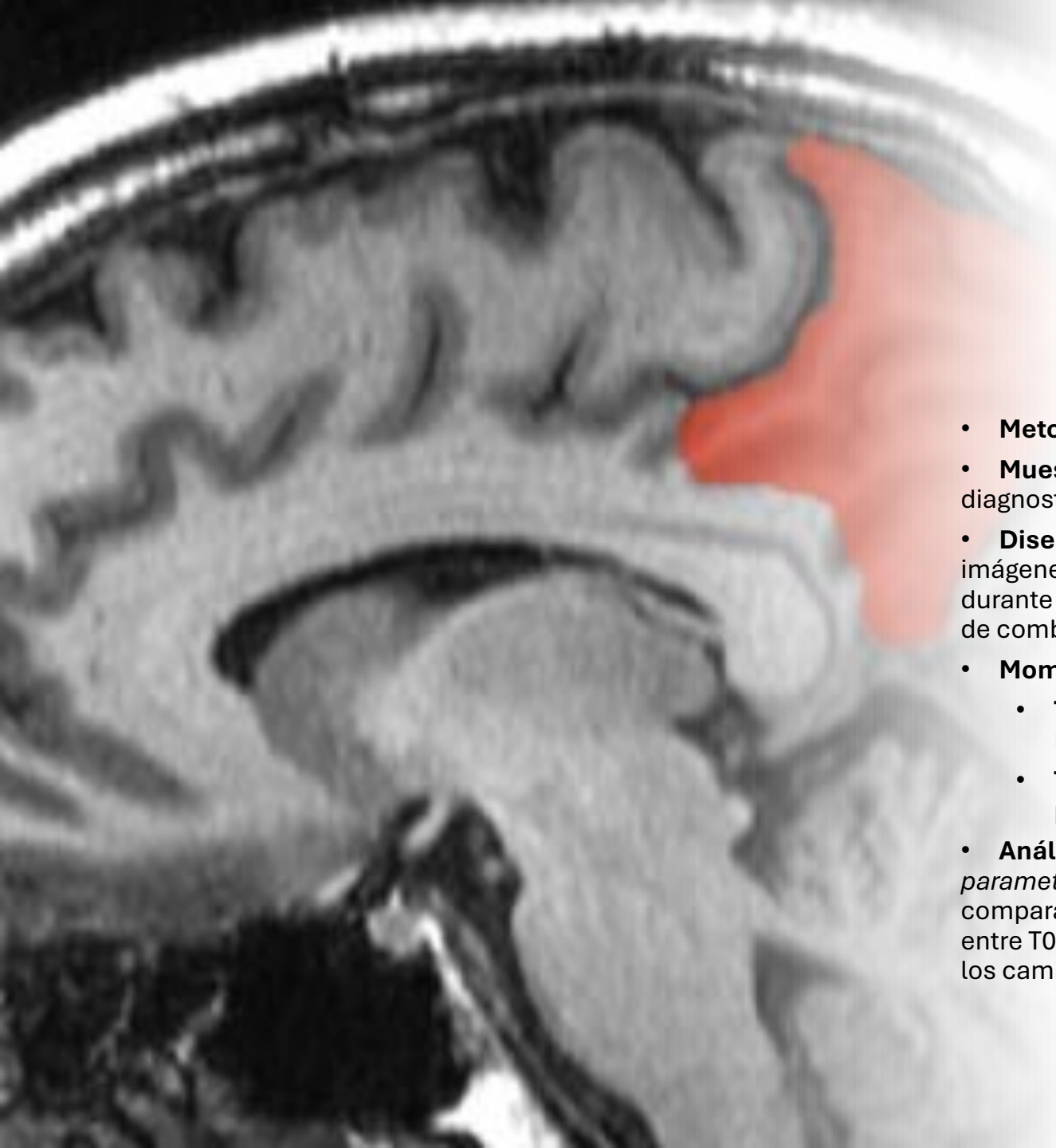
 [Search](#)

[Home](#) > [European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging](#) > [Article](#)

Increase of precuneus metabolism correlates with reduction of PTSD symptoms after EMDR therapy in military veterans: a ^{18}F -FDG PET study during virtual reality exposure to war

Short Communication | Published: 31 May 2019

Volume 46, pages 1817–1821, (2019) [Cite this article](#)



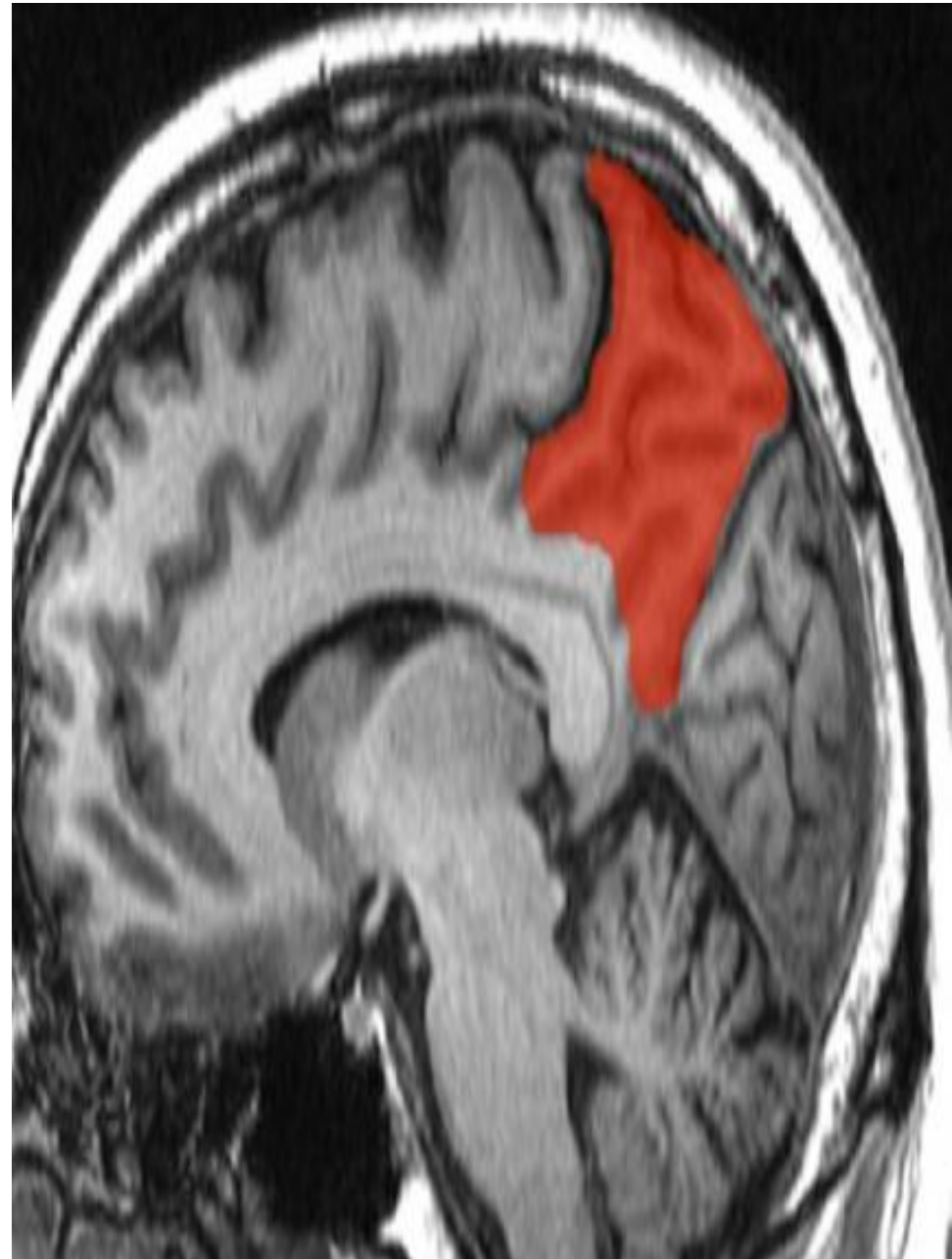
- **Metodología**
- **Muestra:** 15 veteranos militares diagnosticados con TEPT.
- **Diseño:** estudio pre-post con imágenes **PET/CT 18F-FDG** obtenidas durante exposición virtual a escenas de combate.
- **Momentos de medición:**
 - **T0:** antes del tratamiento EMDR.
 - **T1:** después de finalizar el protocolo terapéutico.
- **Análisis:** se utilizó *statistical parametric mapping (SPM)* para comparar la actividad metabólica entre T0 y T1, y correlacionarla con los cambios clínicos (CAPS y PCLS).

Resultados principales

Aumento significativo del metabolismo en el precuneus tras EMDR ($p < 0.005$, $k > 180$).

Correlación fuerte y negativa entre la mejoría clínica (CAPS) y la actividad del precuneus ($r = -0.73$, $p < 0.001$): cuanto mayor la activación del precuneus, mayor la reducción de síntomas.

El nivel metabólico basal del precuneus antes de la terapia **predijo la magnitud de la mejoría** en la escala PCLS ($r = -0.667$, $p < 0.006$).



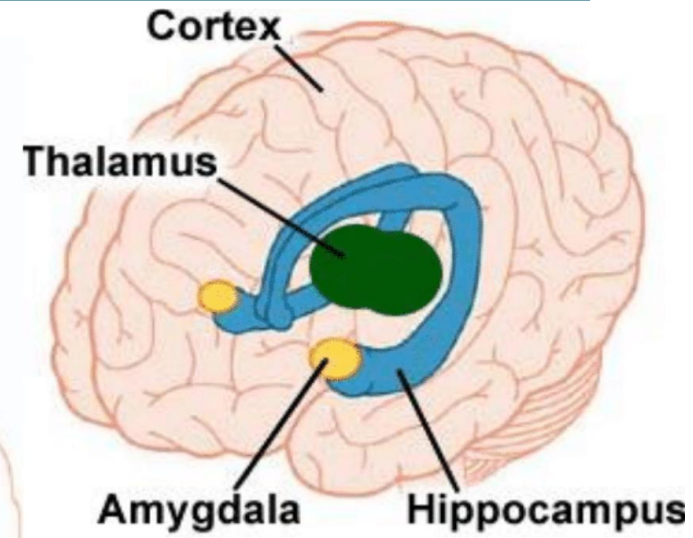
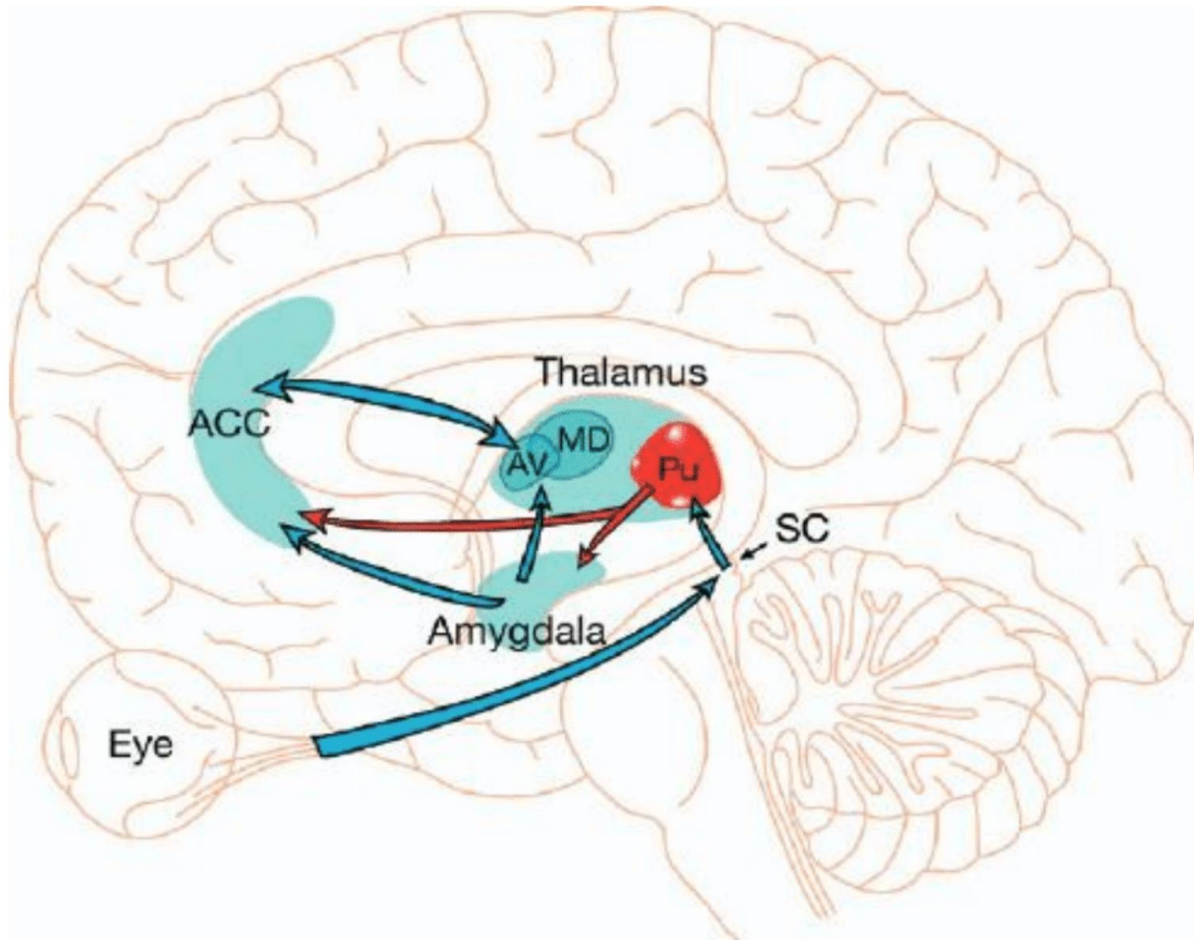
Merging and modifying hypotheses on the emotional and cognitive effects of eye movements: The dopaminergic regulation hypothesis

R. Hans Phaf^{a b}  

Los movimientos oculares provocan una señal de dopamina desde el colículo superior a la sustancia negra.

La señal provoca el acercamiento, la potenciación y la regulación de los recuerdos negativos.

Movimientos oculares y sistema límbico: Colículo Superior, talamo y amígdala

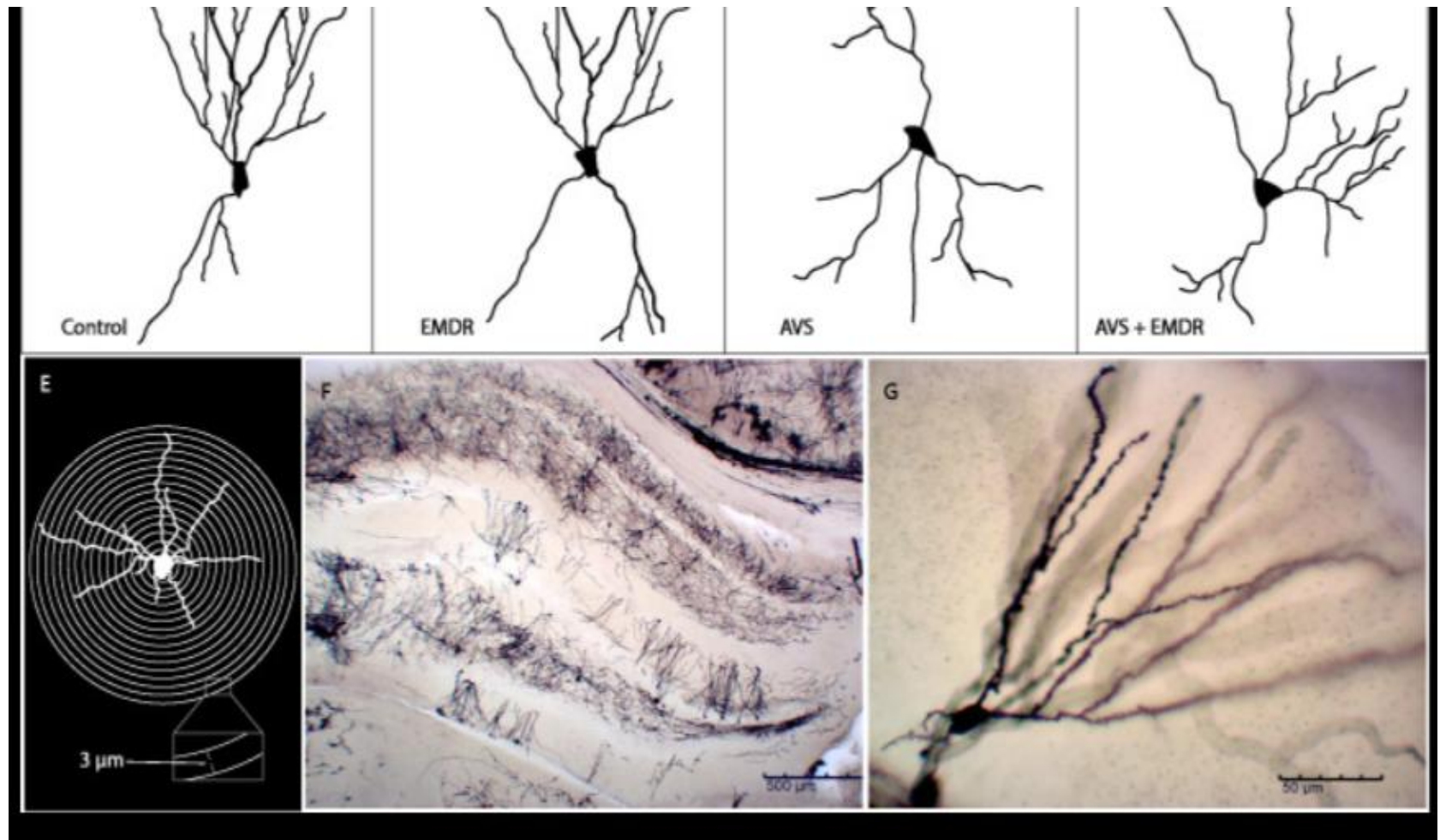


Amygdala Volumetric Change Following Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder

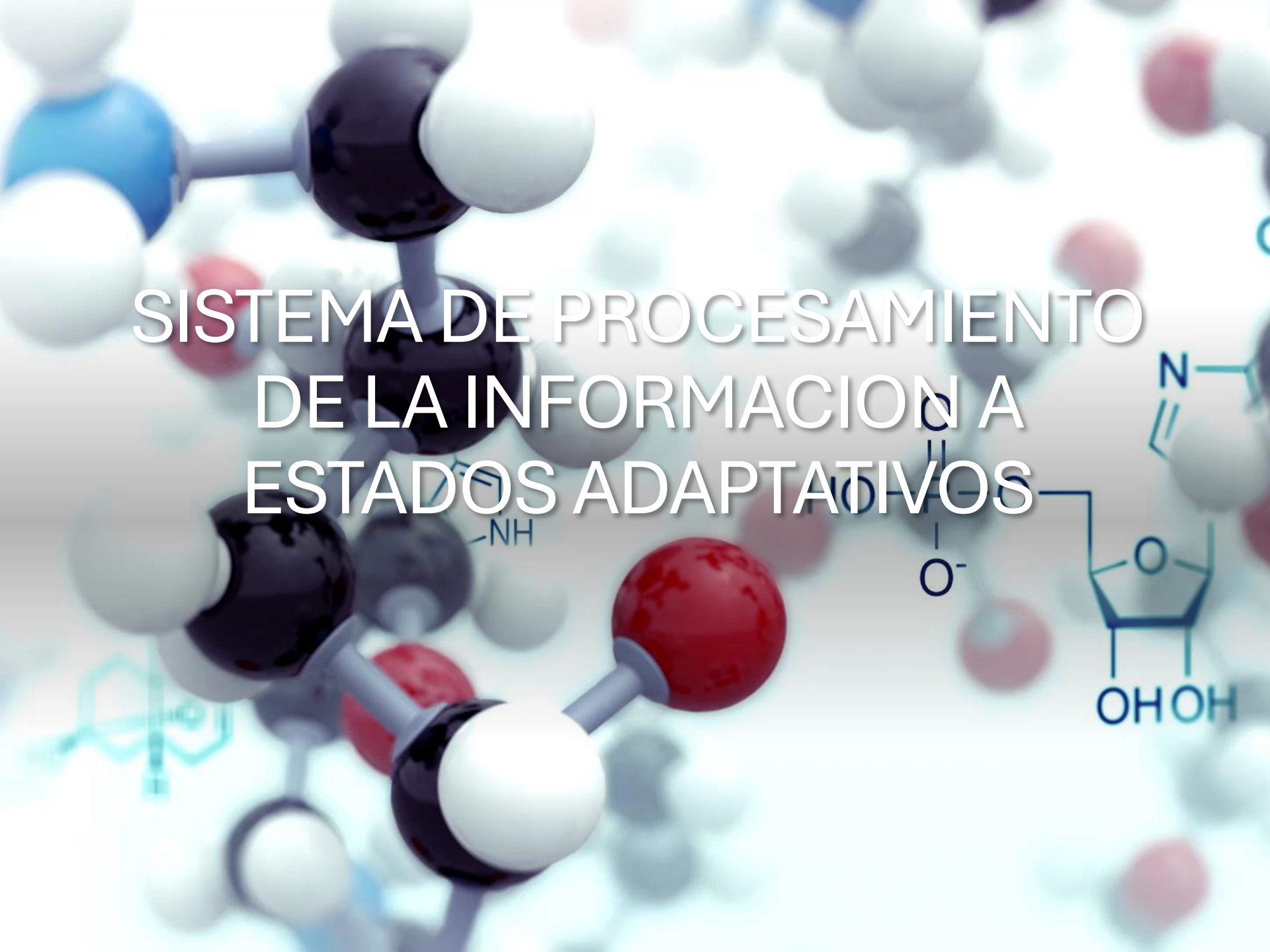
Jonathan Laugharne, M.B.B.S., F.R.C.Psych., F.R.A.N.Z.C.P., Claire Kullack, B.Sc., Christopher W. Lee, Ph.D., Tracy McGuire, M.Sc., Simone Brockman, B.Sc. (Hons.), Peter D. Drummond, Ph.D., Sergio Starkstein, M.D., Ph.D.

The authors investigated the impact of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and prolonged exposure (PE) on the volumes of the amygdala and hippocampus, structures known to be important in fear conditioning, in 20 patients with posttraumatic stress disorder (PTSD). Patients were randomly allocated to either EMDR or PE. Volumes were assessed before and after treatment via magnetic resonance imaging (MRI). Both groups showed significant improvements in PTSD symptoms. Left amygdala mean volume increased significantly following EMDR treatment only. No significant volumetric changes were found for the hippocampus.

J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2016; 28:312–318; doi: 10.1176/appi.neuropsych.16010006



Yaveth Ruvalcaba-Delgadillo¹, Diana Emilia Martínez-Fernández², Sonia Luquin³, Ana Moreno-Alcázar³, Diego Redolar-Ripoll⁴, Fernando Jauregui-Huerta⁵, David Fernández-Quezada¹
 • PMID: 38803673
 • PMCID: [PMC11129278](#)
 • DOI: [10.3389/fpsyt.2024.1396550](#)



SISTEMA DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION A ESTADOS ADAPTATIVOS

Modelo del Sistema de Procesamiento de la información a Estados Adaptativos (SPIA)

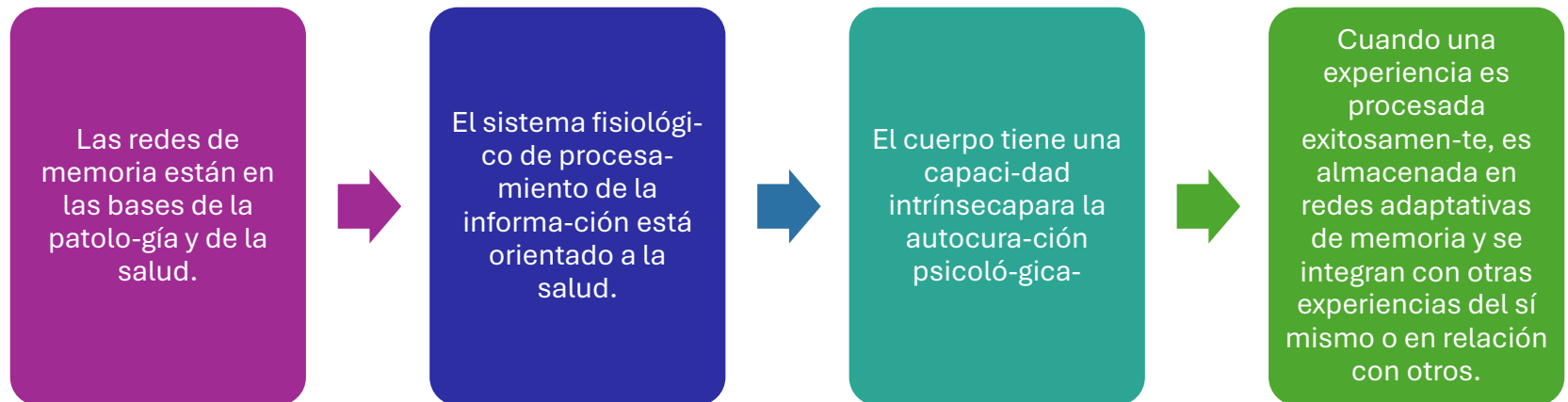
Proporciona un marco para el tratamiento, la comprensión del desarrollo de la patología, la creación de asociaciones, la resolución y la orientación de acciones futuras.



Modelo del Sistema de Procesamiento de la información a Estados Adaptativos (SPIA)

- El modelo del SPIA es exclusivo de la terapia EMDR, pero está anidado en modelos históricos precedentes de procesamiento de información emocional.
-

Modelo SPIA



Modelo SPIA

Las **interrupciones** en el sistema SPIA dan como resultado memorias que se procesan de **manera inadecuada y se almacenan de manera desadaptativa** en forma específica del estado

Como los estímulos se vinculan con experiencias negativas del pasado, las similitudes disparan una reacción al presente como si fuera el mismo

El pasado es presente

Las memorias
procesadas inadecuadamente y sus
componentes almacenados se
transmutan durante el reprocesamiento

Modelo SPIA

Cuando se activa el sistema de procesamiento de información, combinado con **EB**, un **proceso asociativo** permite realizar **conexiones relevantes** y mueve el sistema hacia una **resolución** adaptativa.

Cuando el reprocesamiento es exitoso, las memorias previamente perturbadoras son neutralizadas e integradas

Lo que es útil se almacena, disponible para informar experiencias futuras; lo que ya no es adaptativo se descarta.

I
SENSORY INPUT
(including Images)

C
THOUGHTS
(at the time)

T
EVENT
(Far in the Past)

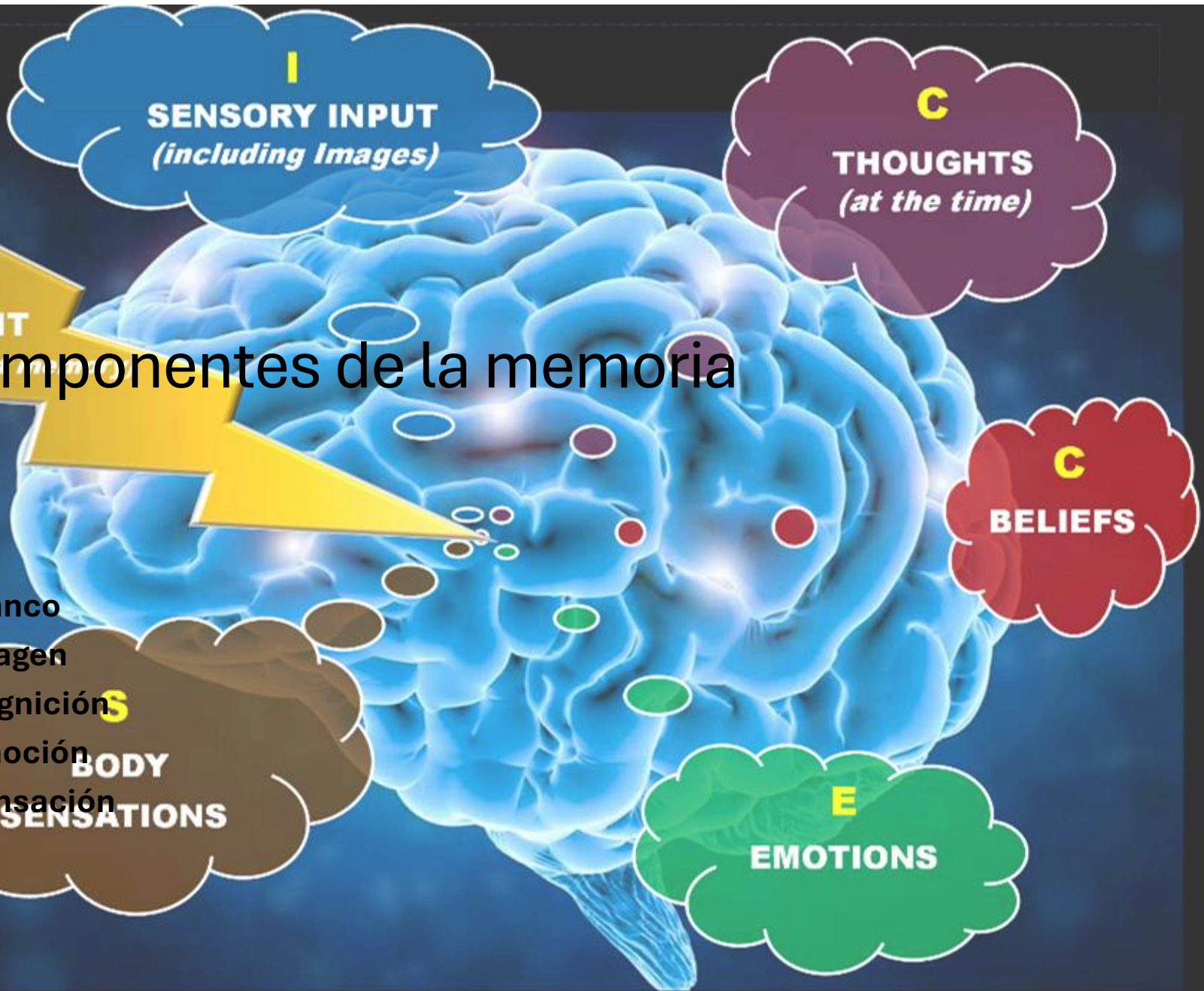
Componentes de la memoria

C
BELIEFS

- Blanco
- Imagen
- Cognición
- Emoción
- Sensación

S
BODY
SENSATIONS

E
EMOTIONS



Blanco

- **Experiencia elegida para el reprocesamiento** que se relaciona con el problema que se presenta
- **Evento Base:** la primera experiencia recordada que sentó las bases para el problema y la cuestión que se presenta
- El **Blanco** es tanto un medio para un fin como un fin en sí mismo.
- Puede ser una experiencia pasada o presente

Los recuerdos con información similar (sentidos, pensamientos, emociones, sensaciones corporales y creencias) están vinculados por sus **canales de asociaciones**.

Redes de memoria desadaptativas

Las redes de memoria desadaptativas/disfuncionales son la base primaria de la patología

Patrones negativos de conducta, afectos, sensaciones y creencias distorsionadas sobre uno mismo y los demás.

Las memorias almacenadas desadaptativamente conforman la etiología de los problemas que presenta el paciente

Redes de memoria adaptativas

- Redes de memoria adaptativa **base primaria de la salud** (es decir, aprendizaje, autoestima, recursos)
- **Experiencias positivas** que, cuando se acceden, se pueden **fortalecer y mejorar** con EB
- **Experiencias negativas** que son **resueltas**

La información es congruente con la respuesta emocional y ya no es perturbadora

- Necesidad de estar presentes y accesibles para que ocurra el reprocesamiento
- La relación terapéutica es parte de la red de memoria adaptativa

Metodología

Enfoque **basado** en la memoria que se centra en el reprocesamiento de la experiencia.

Protocolo **integrativo** de tres vertientes: Pasado, Presente y Futuro

Enfoque de tratamiento integral de **ocho fases**

Procedimientos estandarizados **guiados por el SPIA**

La **fidelidad** a los procedimientos estándar produce **mayor efecto del tratamiento**.

Procedimientos de la Terapia EMDR

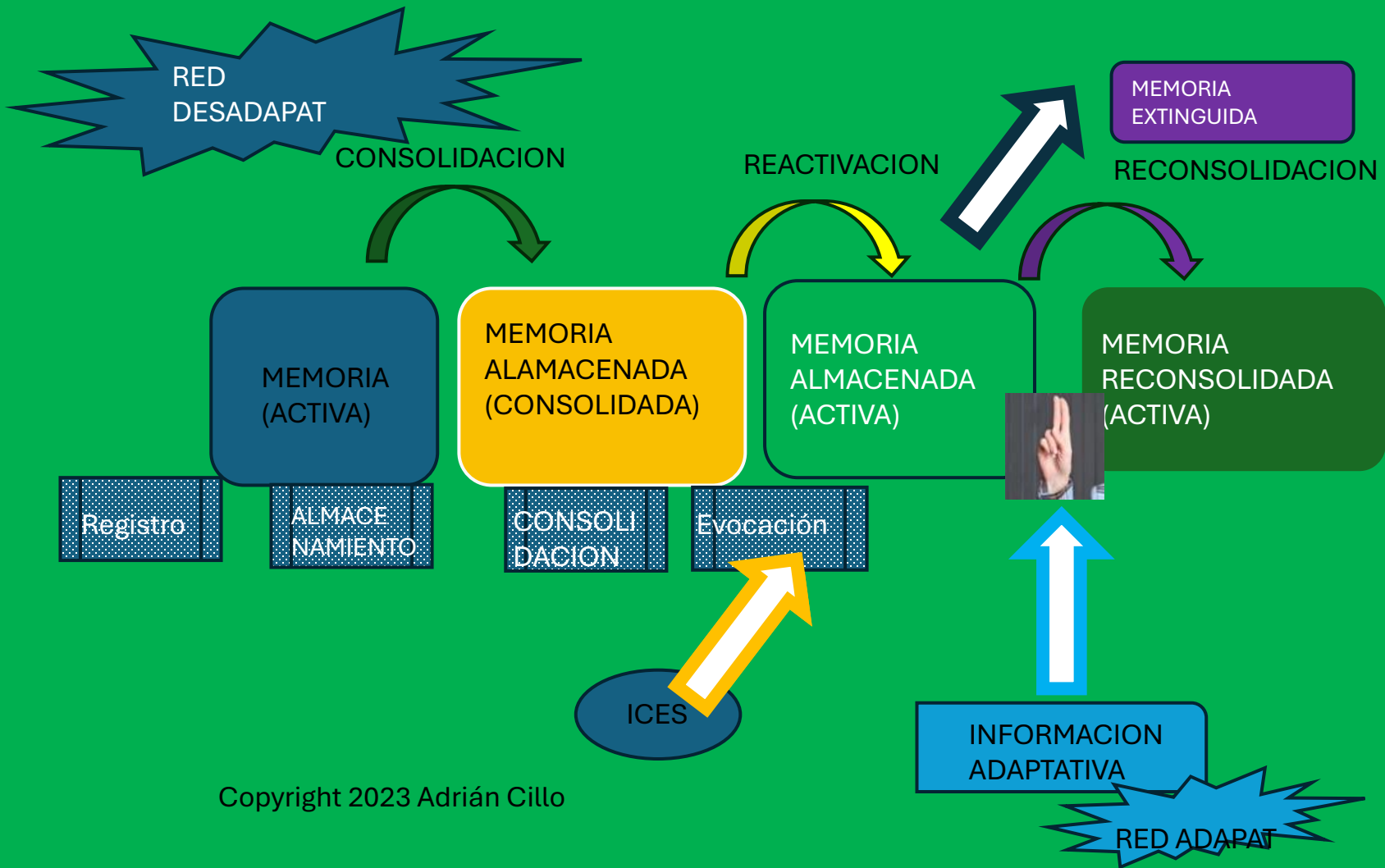
- Diseñado para acceder al **Blanco** tal como está almacenada actualmente; **mecanismos activadores** responsables del SPIA
- Los **recuerdos negativos y perturbadores** que se almacenan de manera desadaptativa se **reprocesan**
- Los **recuerdos reprocesados** se **integran** en redes de memoria adaptativa
- **Resultados en la generalización del tratamiento**

Reprocesamiento

- El acceso a experiencias permite **vínculos** entre la conciencia y el almacenamiento de información.
- **Redes de memoria desadaptativas/disfuncionales, cuando se accede a ellas y se reprocesan, se vinculan con redes adaptativas positivas**
- La **reducción de la excitación inducida por EB** permite **vínculos**
- El reprocesamiento activado por EMDR es **metafóricamente como moverse por las vías del tren hacia la resolución adaptativa**

Componentes activadores de EMDR

- **Acceder** a la memoria disfuncional "congelada"
- **Estimular** el sistema de procesamiento de la información.
- **Mover** la información hacia una resolución adaptativa
- **Reprocesamiento = Nuevo aprendizaje**



Terapia EMDR como enfoque integrador de la psicoterapia

- Compatible con la mayoría de las principales orientaciones
- Es posible que se necesiten intervenciones y modalidades adicionales para:
 - Proporcionar un tratamiento integral, o
 - Asimilar completamente los cambios que ocurren como subproducto del reprocesamiento de EMDR

Terapia EMDR como enfoque integrador de la psicoterapia

Aplicar a través de una comprensión del modelo SPIA:

- Habilidades de autorregulación para abordar desafíos internos/externos a la estabilidad emocional
- Desarrollo de habilidades para llenar los déficits de desarrollo en el aprendizaje
- Puede incluir terapia de pareja, de grupo y familiar como tratamiento adyuvante

Objetivos del enfoque EMDR de la psicoterapia

1. Identificar y reprocesar recuerdos que informan problemas actuales.
2. Fortalecer el acceso a las redes de memoria adaptativa para optimizar la capacidad del paciente para responder adecuadamente en las demandas de la vida actual/futura
3. Elimine las redes de memoria disfuncionales para reducir la vulnerabilidad para responder de manera inapropiada en situaciones desafiantes

Objetivos del enfoque EMDR para la psicoterapia

4. Incorporar habilidades, comportamientos y creencias necesarias sobre uno mismo/otros optimizando la capacidad de responder de forma espontánea y auténtica.
5. Lograr efectos de tratamiento efectivos y eficientes mientras se mantiene la estabilidad y seguridad del paciente
6. Traer alegría, satisfacción, bienestar a la vida del paciente.

PROTOCOLO DE TRES VERTIENTES DE EMDR



```
graph TD; A[PROTOCOLO DE TRES VERTIENTES DE EMDR] --- B[PASADO]; A --- C[PRESENTE]; A --- D[FUTURO]
```

The diagram illustrates the 'Three Phases of EMDR Protocol'. At the top, a dark gray rounded rectangle contains the title 'PROTOCOLO DE TRES VERTIENTES DE EMDR' in white, bold, uppercase letters. A vertical line descends from the center of this rectangle, meeting a horizontal line that branches out to the left and right. From these horizontal lines, three vertical lines descend to three separate dark gray rounded rectangles arranged horizontally below. Each of these three rectangles contains a word in white, bold, uppercase letters: 'PASADO' on the left, 'PRESENTE' in the center, and 'FUTURO' on the right.

PASADO

PRESENTE

FUTURO

Ocho Fases de la Terapia EMDR



FASE UNO: HISTORIA Y PLAN DE TRATAMIENTO

1

Capítulo 4 (Shapiro-2001 & 2018)



Fase uno: Historia y Plan de Tratamiento

SPIA

Los síntomas son impulsados por **experiencias anteriores** que no se procesan adecuadamente.

Determinar la naturaleza y el alcance de estas experiencias adversas de la vida.

Fase Uno: Historia y Plan de Tratamiento

Objetivo

Identificar un problema principal de tratamiento que está representado por los problemas del paciente y los objetivos generales del tratamiento

Para recopilar información relevante sobre el historial del paciente en relación con el problema de presentación

Fase Uno: Historia y Plan de Tratamiento

Objetivo (cont.)

Conceptualizar el caso desde la perspectiva SPIA; comprender los temas clínicos en los problemas que se presentan

Considerar los criterios específicos de la terapia EMDR para la selección y preparación del paciente

Fase Uno: Historia y Plan de Tratamiento

Objetivo (cont.)

Identificar recuerdos relevantes, tanto positivos como negativos, pasados y presentes, propios y ajenos.

Identificar los déficits de desarrollo, las habilidades necesarias para abordar las demandas de la vida.

Toma de Historia de Terapia EMDR

Incluye un **cuadro clínico completo** de las preocupaciones, los síntomas, las fortalezas y los objetivos del tratamiento del paciente, lo que permite la formulación de una **conceptualización integral del caso**.

Toma de Historia de Terapia EMDR

- Información típica de admisión/historial
- **Historia detallada de los síntomas dominantes** y los contribuyentes experienciales relacionados, incluida la memoria fundamental y ejemplos recientes
- **Trauma del desarrollo**, abuso, negligencia y estrategias de afrontamiento relacionadas

Toma de Historia de Terapia EMDR

- Desventajas relacionadas con el **racismo y otras adversidades y traumas sociales**
- **Déficits en el desarrollo:** Falta de información o habilidades asociadas con un desarrollo saludable
- Evaluación de la **tolerancia afectiva negativa y positiva**, la tolerancia somática y los síntomas disociativos

Toma de Historia de Terapia EMDR

- Redes de memoria adaptativa/funcional (es decir, fortalezas, habilidades y recursos)
- Evaluación de la capacidad de integración, motivación y preparación del paciente para el reprocesamiento

Lista de verificación de criterios de preparación del paciente



Procedimientos para identificar recuerdos para reprocesamiento

SPIA

Las reacciones disfuncionales a las situaciones actuales son causadas por experiencias anteriores que se procesan de manera inadecuada y se almacenan de manera desadaptativa.

Procedimientos para identificar recuerdos

Objetivo

Identificar
recuerdos
anteriores

asociados con
las experiencias
actuales del
paciente sobre
el
tema/problema,
haciéndolos
conscientes

Identificar
las
memorias
alimentado-
ras cuando
el
reprocesa-
miento está
bloqueado

Identificar
un
recuerdo
que causa
una
creencia
bloquea-
dora

Procedimientos para identificar recuerdos

Estrategias que pueden ser efectivas para la anamnesis y la identificación de la memoria:

1. Cuestionamiento Directo

Puede ser una **forma preferible** de obtener la información inicial.

A menudo proporciona una red clara de Blancos anteriores.

Cuestionamiento Directo para identificar recuerdos

- *“¿Ha habido otros recuerdos que se sintieran así?”*
- *“¿Cuándo experimentó por primera vez este _____ (patrón de respuesta, reacción emocional, creencia)?”*

Caso informado basado en el SPIA

Conceptualización y Plan de Tratamiento

Conceptualización de casos de terapia EMDR es la **visión general** de la presentación del paciente, los factores clínicos y una base para la hipótesis de trabajo que **guía la planificación del tratamiento**.

Describe cómo piensa acerca de este paciente.

Conceptualización de casos de terapia EMDR

Al considerar la conceptualización del caso, debe incluir:

- Presentación de **problemas**, **metas** para el tratamiento, **limitaciones**
- **Experiencias de vida perturbadoras**, incluidos los contribuyentes experienciales, eventos traumáticos y aprendizajes tempranos relacionados.

Plan de tratamiento de la terapia EMDR

Se desarrolla a partir de la conceptualización del caso y **establece prioridades, inquietudes a atender y el orden de reprocesamiento.**

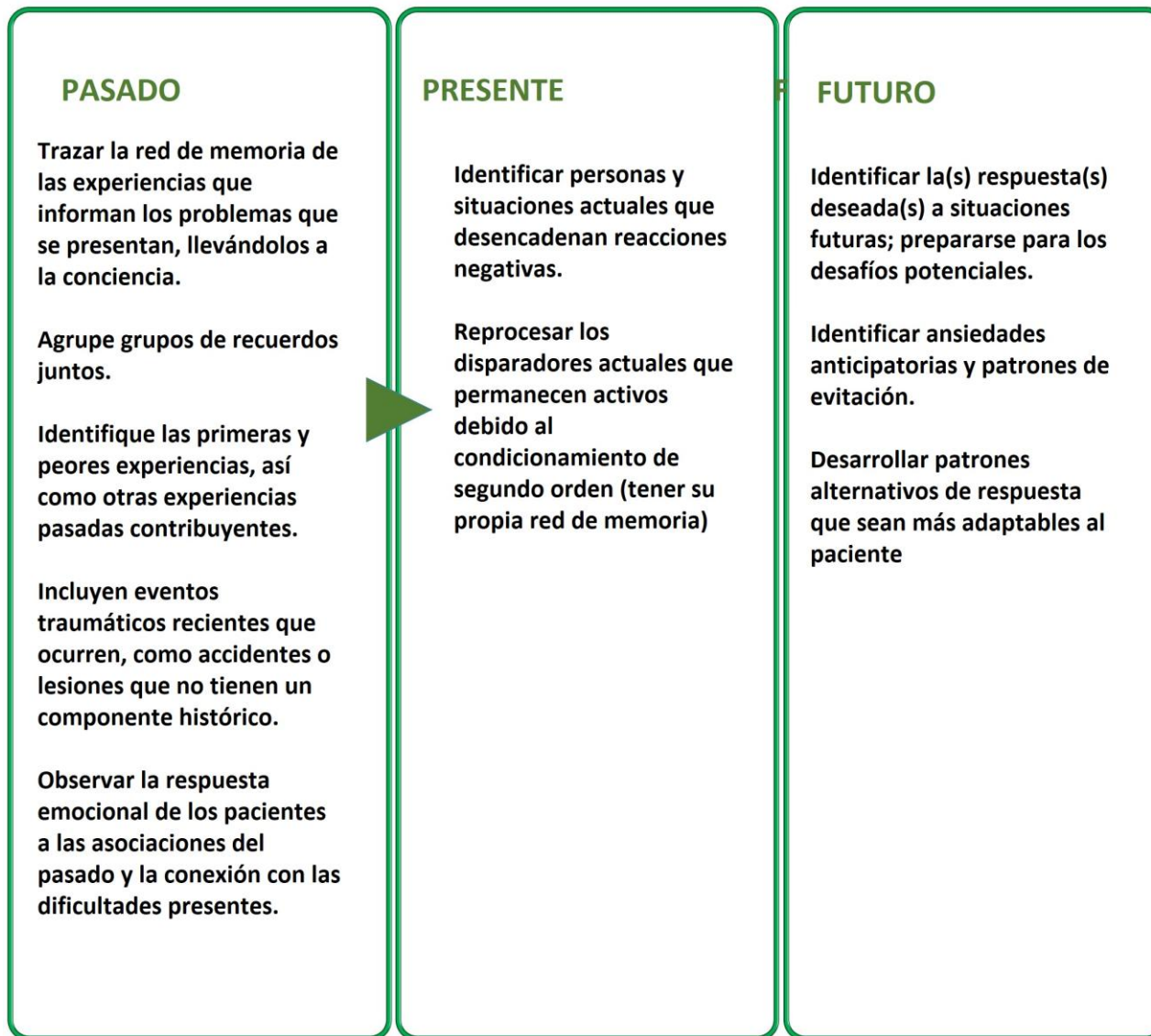
Plan de tratamiento de la terapia EMDR

Éstos incluyen:

- Presentación de **problemas y metas** para el tratamiento.
- Abordar cualquier **preocupación identificada en la conceptualización del caso** (es decir, estabilidad, afecto y tolerancia somática, acceso insuficiente a redes de memoria adaptativa)

Cualquier área donde el paciente **no cumpla con los criterios de preparación.**

Terapia EMDR – Protocolo de 3 vertientes



FASE DOS: PREPARACIÓN Y ESTABILIZACION

Capítulo 5 (Shapiro-2001 & 2018)

2



Fase dos: Preparación y Estabilización

SPIA

Determinar la disponibilidad de redes de memoria positivas/adaptativas

Desarrollar y fortalecer redes de memoria positiva

Evaluar la preparación del paciente para el reprocesamiento evaluando los conjuntos de habilidades necesarios para el reprocesamiento

Fase Dos: Preparación

Objetivo:

Preparar a los Pacientes para el reprocesamiento de EMDR

Evaluar la preparación del paciente

Establecer alianza terapéutica; establecer expectativas

Establecer mecánicas y parámetros; obtener el consentimiento informado

Psicosocial



- Relación
- **Parámetros** de tratamiento claramente definidos
- Tiene **recursos externos** para apoyo según sea necesario
- Cumple con los **criterios de preparación** del paciente

Educación y Expectativas

- Educación en **mecánica y procedimientos**.
- **Orientación al protocolo** y secuencia de procedimientos
- **Expectativas** de tratamiento antes, durante y después del reprocesamiento de la memoria

Consentimiento Informado

El paciente acepta el Tratamiento EMDR con el entendimiento de lo siguiente:

Naturaleza de la “memoria” en relación con la terapia EMDR y la **participación en la justicia**:

- **La imagen puede desvanecerse o desaparecer**
- Es posible que el paciente **ya no muestre angustia emocional** al contar el incidente.
- Se puede recordar más o menos información, **siempre válida, no necesariamente precisa**

Consentimiento Informado

- Puede ocurrir un **alto nivel de emociones perturbadoras** durante el reprocesamiento
- **Medidas de seguridad apropiadas** para prevenir recaídas con antecedentes de adicciones/compulsiones o comportamiento impulsivo

Las estrategias de afrontamiento utilizadas en el momento del trauma pueden reaparecer y, por lo tanto, también deben ser parte del consentimiento informado y la planificación del tratamiento.

Habilidades y Estabilidad del Paciente

Las intervenciones de la fase de preparación y estabilización estándar son suficientes cuando los pacientes pueden:

- **Acceder a su experiencia** y su respuesta a ella.
- **Mantener la atención dual** entre el pasado y el presente.
- **Tolerar su experiencia** por un período de tiempo (Ventana de Tolerancia, Siegel, 1999)
- “Nuestros sentimientos y reacciones son tolerables; podemos pensar y sentir simultáneamente; nuestras reacciones se adaptan a la situación”. (Fisher 2021)

HIPEREXCITACION

(Miedo/pánico, Rabia, Abrumamiento, hipervigilancia)



La mecánica



EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

ESTIMULACION BILATERAL
OCULAR

ESTIMULACION BILATERAL
TACTIL

ESTIMULACION BILATERAL
AUDITIVA



TECNICAS DE ESTABILIZACION

Fase 1: Toma de Historia y Planificación de Tratamiento

Fase 2: Preparación y Estabilización

Fase 3: Evaluación del Blanco

Activación del Blanco

Fase 4: Desensibilización

Fase 5: Instalación

Reprocesamiento Fases 4-6

Fase 6: Escaneo Corporal

Fase 7: Cierre

Fase 8: Reevaluación

PROTOCOLO DE TRES VERTIENTES EMDR

PASADO

PRESENTE

FUTURO

**FASE TRES:
EVALUACIÓN DEL BLANCO**
Capítulo 5 (Shapiro-2001 & 2018)

3

Fase 1: Toma de Historia y Planificación de Tratamiento

Fase 2: Preparación y Estabilización

Fase 3: Evaluación del Blanco

Activación del Blanco

Fase 4: Desensibilización

Fase 5: Instalación

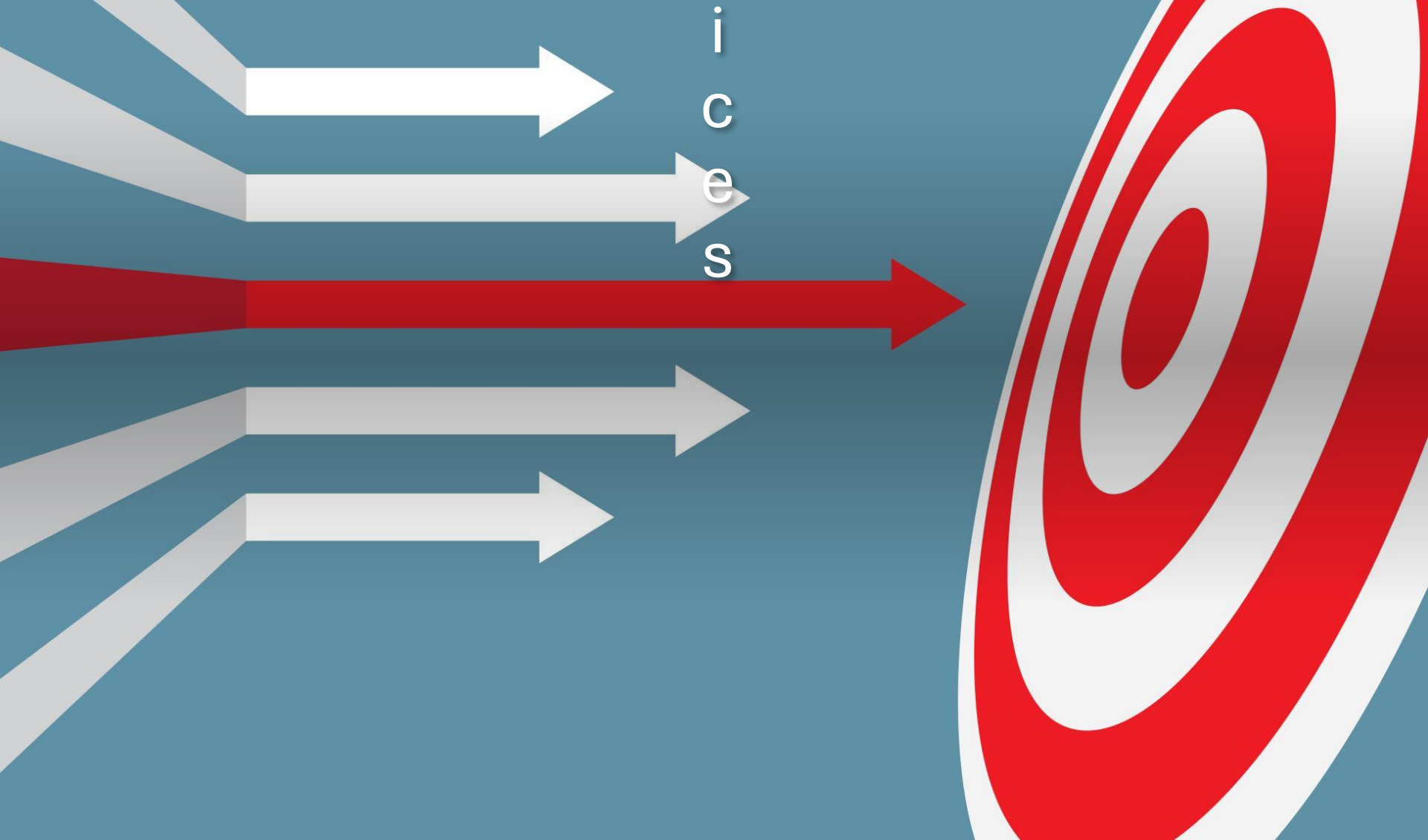
Reprocesamiento
Fases 4-6

Fase 6: Escaneo Corporal

Fase 7: Cierre

Fase 8: Reevaluación

Se trata de activar el blanco de memoria
vinculado al síntoma



FASES 4-7: HOJAS DE TRABAJO DE REPROCESAMIENTO Y CIERRE

FASE CUATRO - Desensibilización: Desensibilizar el recuerdo blanco hacia una resolución adaptativa:

EMPEZAR REPROCESANDO EL RECUERDO BLANCO: *"Ahora traiga esa imagen (o peor parte), esas palabras negativas (resista la Cognición Negativa), note dónde lo está sintiendo en su cuerpo, y déjelo ir a donde necesite ir mientras empieza los movimientos oculares."*
EB rápido empieza con 20-30 pases y luego se adapta a las necesidades del paciente, tan rápido como pueda tolerar.

PARA REANUDAR REPROCESAMIENTO DE UN RECUERDO BLANCO:
Use preguntas de "Fase 6: Reanudar Reprocesamiento de un recuerdo blanco" para activar el recuerdo. Luego reanude en reprocesamiento:
"Traiga la experiencia note donde lo está sintiendo en su cuerpo y déjelo ir a donde necesite ir mientras empieza una tanda de movimientos oculares." EB rápido empieza con 20-30 pases, luego ajuste según necesidad.

Reanudar Reprocesamiento

A. REPROCESAR:
"Déjelo ir... respire... ¿qué está notando ahora?" (pausa para respuesta) *Siga con eso.*
(Tandas de EB generalmente de 30-45 pases rápidos, ajustadas momento a momento basado en las respuestas del paciente.) Repita: *"Déjelo ir... respire... ¿qué está notando ahora?"* (pausa para respuesta) *Siga con eso.* (EB) Repita paso A con tandas de EB mientras el paciente reporte cambios o nueva información.
Haga las tandas de EB que sean necesarias hasta que el paciente no reporte nuevas asociaciones adaptativas o perturbadoras luego de dos tandas consecutivas de EB, luego pase a B.

B. VOLVER AL RECUERDO BLANCO:
"Cuando trae el recuerdo (o el recuerdo de [etiqueta]) tal como lo experimenta ahora, ¿qué está notando?" (pausa para respuesta) *Siga con eso.*
Continúe con tandas de EB (usando A arriba) mientras el paciente reporte cambios o nueva información.

NOTA: cuando el paciente reporta neutro, positivo, o sin cambio por dos tandas consecutivas de EB, vuelva al Recuerdo Blanco de nuevo. Si continúa sin reportar cambio, agregue una tanda más de EB. Si el recuerdo continúa neutro o positivo, tome SUD (proceda a C). Si la falta de cambio se debe a reprocesamiento bloqueado o looping, vuelva a A y use estrategias para reprocesamiento bloqueado como se describió en la teoría/manual.

C. CHEQUEAR SUD:
"Cuando trae el recuerdo (o el recuerdo de [etiqueta]) tal como lo experimenta ahora, en una escala de 0 a 10, donde 0 es neutral o sin perturbación y 10 es la máxima perturbación que pueda imaginar, ¿qué tan perturbador siente el recuerdo ahora?" (pausa para respuesta) *Siga con eso.* (EB) Mientras el paciente reporte cambios o nueva información, vuelva a A.

REPITA Pasos A, B, y C hasta SUD = 0 (o un 1 ecológicamente adaptativo).
Cuando el SUD permanece en 1 o 2, pregunte, *"¿dónde lo siente en su cuerpo?"* (pausa para respuesta) *Siga con eso.* (EB) Mientras el paciente reporte cambios o nueva información, vuelva a A.
Cuando se reporta un SUD de 0, continúe con al menos una tanda de EB, luego pregunte, *"¿Qué está notando ahora?"* (Pausa para respuesta). Si no se reporta perturbación relacionada al recuerdo proceda a Fase 5 Instalación.

Fase 1: Toma de Historia y Planificación de Tratamiento

Fase 2: Preparación y Estabilización

Fase 3: Evaluación del Blanco

Activación del Blanco

Fase 4: Desensibilización

Fase 5: Instalación

Reprocesamiento Fases 4-6

Fase 6: Escaneo Corporal

Fase 7: Cierre

Fase 8: Reevaluación

FASE CUATRO: DESENSIBILIZACIÓN

Capítulo 6 (Shapiro-2001, 2018)

4

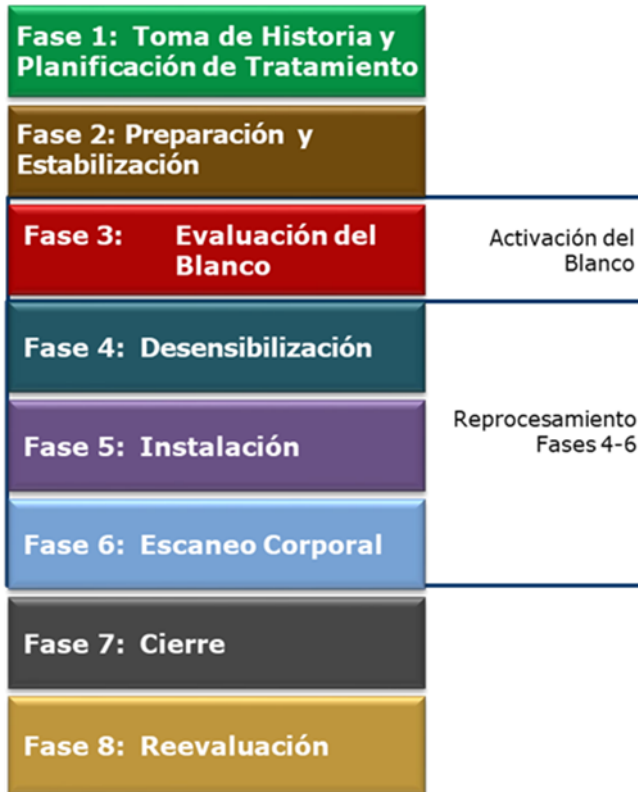


Busca la migración de red

FASE CINCO: INSTALACIÓN

Capítulo 6 (Shapiro-2001 & 2018)

5





Busca un cambio de creencia

FASE SEIS: ESCANEEO CORPORAL

Capítulo 6 (Shapiro-2001 & 2018)

6

Fase 1: Toma de Historia y Planificación de Tratamiento

Fase 2: Preparación y Estabilización

Fase 3: Evaluación del Blanco

Activación del Blanco

Fase 4: Desensibilización

Fase 5: Instalación

Reprocesamiento Fases 4-6

Fase 6: Escaneo Corporal

Fase 7: Cierre

Fase 8: Reevaluación

A dense, chaotic pile of numerous plastic bottle caps in various colors including white, orange, blue, green, red, yellow, and pink. The caps are scattered across the entire frame, creating a textured background. Overlaid on this background is the text "Reprocesa residuos de memorias corporales" in a white, sans-serif font.

Reprocesa residuos de
memorias corporales

FASE SIETE: CIERRE

Capítulo 6 (Shapiro-2001 & 2018)

7

**Fase 1: Toma de Historia y
Planificación de Tratamiento**

**Fase 2: Preparación y
Estabilización**

**Fase 3: Evaluación del
Blanco**

Activación del
Blanco

Fase 4: Desensibilización

Fase 5: Instalación

Reprocesamiento
Fases 4-6

Fase 6: Escaneo Corporal

Fase 7: Cierre

Fase 8: Reevaluación

Cierre de la sesión de reprocesamiento



FASE OCHO: REEVALUACIÓN

Capítulo 8 (Shapiro-2001 & 2018)

8

**Fase 1: Toma de Historia y
Planificación de Tratamiento**

**Fase 2: Preparación y
Estabilización**

**Fase 3: Evaluación del
Blanco**

Activación del
Blanco

Fase 4: Desensibilización

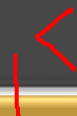
Fase 5: Instalación

Reprocesamiento
Fases 4-6

Fase 6: Escaneo Corporal

Fase 7: Cierre

Fase 8: Reevaluación



Reevaluacion del proceso



Past
Present
-> FUTURE

Patrones a Futuro
Tercera Vertiente del
Protocolo de Tres
Vertientes

SPIA

Desarrollar y fortalecer el acceso a redes de memoria adaptativas, facilitando una integración de recuerdos de respuestas conductuales exitosas y adaptativas.

Desarrollar patrones de respuestas deseadas que sean adaptativas al contexto de vida actual del paciente

**Busca instalar
nuevas formas de
actuar**



EL MUNDO NECESITA GENTE
QUE AME LO QUE HACE

@cillo.adrian

