



**Alianza EMDR  
Latinoamérica y Caribe**

# REVISTA CIENTÍFICA

Terapia EMDR.  
Un modelo terapéutico basado  
en la evidencia.  
Nuevas direcciones

---

**SEGUNDA EDICIÓN**

**OCTUBRE, 2026**



**III Congreso Argentino EMDR**  
III Congreso de la Alianza EMDR  
Latinoamérica y Caribe

**23-25 OCTUBRE 2026 · BUENOS AIRES**

©2026, Los Autores

# Alianza EMDR Latinoamérica y Caribe



## III Congreso Argentino EMDR

III Congreso de la Alianza EMDR  
Latinoamérica y Caribe

23-25 OCTUBRE 2026 · BUENOS AIRES

## COMITÉ ENCARGADO DE LA REVISTA

### Presidenta del Congreso

Lic. Susana Bálsamo

### Comité Editorial

MSc. Víctor Aguilar

MSc. Cristina Leal

Lic. Silvana Plottier

Dr. Nicolás Rodríguez

MSc. Margie Sánchez

### Equipo de Revisores de los artículos

MSc. Zelenia Eguigure

Lic. Silvana Plottier

MSc. Margie Sánchez

# Índice

---

## **4 Editorial**

*Lic. Susana Bálsamo*

---

## **5 Terapia EMDR con integración del enfoque sistémico. Tratamiento de una fobia infantil a las tormentas.**

*Ps. Leticia Bianco y Ps. Noelia Cuña Fernández*

---

## **10 La experiencia subjetiva del terapeuta EMDR: efectividad percibida, motivación profesional y desgaste emocional en un estudio piloto centroamericano**

*Ps. Ernesto Gálvez-Pineda*

---

## **17 La Historia del Abrazo de la Mariposa y el Primer Protocolo EMDR Grupal del Mundo**

*Ignacio (Nacho) Jarero y Lucina (Lucy) Artigas*

---

## **19 Cuando el dolor físico es la puerta al trauma: Integración de EMDR y DBR en un estudio de caso.**

*Ps. Agustina Liste*

---

## **24 Integración de EMDR, compasión y creatividad en el tratamiento del trauma relacional infantil.**

*Ps. Paula Moreno*

---

## **29 Sueños en dictadura**

*Ps. Carolina Sánchez*

---

## **33 Comorbilidad entre el TEPT y los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión de la evidencia desde el modelo SPIA**

*Ps. Julián Saugy*

---

## **38 La metáfora de la máscara como herramienta terapéutica para el trabajo con personas Autistas**

*Ps. Álvaro Valenzuela Rivera y Nerea Ocaranza Lázaro*

---

Estimados y estimadas lectores y lectoras,

Tengo la alegría junto al Comité Editorial y a las revisoras (a quienes agradecemos el tiempo y la rigurosidad en el trabajo realizado) de presentarles el segundo número de la Revista Alianza EMDR Latinoamérica y Caribe, que se lanza en octubre de 2026, coincidiendo con la celebración del III Congreso Argentino EMDR y el III Congreso de la Alianza EMDR Latinoamérica y del Caribe.

Con el mismo objetivo por el cual fue creada, queremos que este sea un espacio donde las y los terapeutas EMDR, puedan dar a conocer y compartir sus investigaciones, revisiones teóricas y metodológicas.

Esta revista mantiene el espíritu de publicar contribuciones realizadas por terapeutas EMDR de nuestra región, para reflejar la producción clínica y científica que se realiza en los distintos países integrantes de la Alianza EMDR Latinoamérica y Caribe.

Ignacio Jarero y Lucina Artigas nos comparten la historia de la creación del abrazo de la mariposa y del primer protocolo EMDR grupal creado por estos grandes maestros.

En esta edición se presentan, además, artículos de integración de EMDR con otros modelos y técnicas, y cuadros clínicos como TEPT.

Esperamos puedan disfrutar de esta revista y que vayan preparando sus artículos para la tercera edición en el 2027.

Atentamente,

**Lic. Susana Bálsamo**

Presidenta del Congreso



### **III Congreso Argentino EMDR**

III Congreso de la Alianza EMDR  
Latinoamérica y Caribe

**23-25 OCTUBRE 2026 · BUENOS AIRES**



# Terapia EMDR con integración del enfoque sistémico

## *Tratamiento de una fobia infantil a las tormentas*

*Autoras: Ps. Leticia Bianco Feo y Ps. Noelia Cuña Fernández*

**Lic. Leticia Bianco Feo**

**monica.leticia.bianco@gmail.com**

Licenciada en Psicología egresada de la Universidad Católica del Uruguay. Psicoterapeuta Cognitivo - Conductual. Terapeuta Certificada EMDR y en proceso de formación como supervisora EMDR. Especialista en Psicotraumatología. Especialista en Experiencia Somática.

**Lic. Noelia Cuña Fernández**

**noeliacufer@gmail.com**

Licenciada en Psicología egresada de la Universidad de la República. Diploma en Estudios en Familia de la Universidad Católica del Uruguay. Especialización en Psicotraumatología. Terapeuta Certificada EMDR.

## Introducción

El presente trabajo describe un caso de fobia infantil a las tormentas desde una mirada integrativa entre la Terapia EMDR y el enfoque sistémico. Según Shapiro y colaboradores en Manual de EMDR y procesos de Terapia Familiar: *“la terapia de sistemas familiares y la terapia EMDR son enfoques diferentes pero complementarios para la mejora de las relaciones de apego. EMDR puede eliminar los obstáculos a los vínculos afectivos en un individuo y crear una ventana de oportunidad para la cercanía”* (2012,p.147).

El trabajo en equipo entre terapeuta EMDR de niños y terapeuta EMDR de adultos fue muy importante para lograr los objetivos terapéuticos. La comunicación fluida para el abordaje estratégico de la situación, permitió detectar, a través de la intervención, elementos que nos hacían pensar en una posible conducta abusiva hacia ella. Y actuar inmediatamente en abordaje preventivo, a pesar de que no se haya confirmado tal situación hasta la actualidad.

El enfoque de tres vertientes de EMDR permite abordar pasado, presente y futuro. Luego del reprocesamiento de memorias traumáticas pasadas, se hace blanco en las experiencias presentes, actuales en las que los niños y sus padres han desarrollado asociaciones negativas y reprocesarlas. (Shapiro, Francine y colab. Manual de EMDR y procesos de Terapia Familiar, 2012, p.31).

Desde la mirada sistémica, los miembros de la familia tienen jerarquías diferentes donde padres e hijos tienen distintos niveles de autoridad.

Los hijos forman parte de un subsistema dentro del sistema familiar y los padres conforman otro subsistema diferente. Entre padres e hijos existe una relación asimétrica que posibilita un funcionamiento ordenado, entendiendo por esto que los pa-

dres tienen un rol como figuras de autoridad y por lo tanto, hay una jerarquía entre padres e hijos. También son importantes aquí los límites claros entre los subsistemas que permite que el funcionamiento familiar sea adecuado. Se pueden detectar diferentes formas de límites según la familia, pueden ser límites claros, límites rígidos o límites difusos (Salvador Minuchin, Familias y Terapia Familiar, 2005, p.88).

El enfoque desde la Psicotraumatología también está presente para entender la transmisión transgeneracional del trauma, que muchas veces se muestra a través del síntoma del niño, además de otros trastornos como los referentes al apego.

La atención a la fobia de la niña y la derivación de los padres posteriormente a un terapeuta EMDR de adultos con formación sistémica dio lugar a intervenir en el funcionamiento familiar para una comunicación fluida entre los miembros de los diferentes subsistemas y trabajar en límites claros para un adecuado funcionamiento familiar.

## Metodología utilizada

### *Informe de caso*

María tiene 8 años en el momento de la consulta y presenta miedo excesivo a la lluvia y a las tormentas. Ella vive con sus padres (35 y 34 años), con su hermano de 16 años y con su bisabuela materna (85 años). Existen otras situaciones que le generan ansiedad: especialmente la separación con su madre, los fuegos artificiales y la oscuridad.

Es importante destacar que en relación al desarrollo de María se presentó sin particularidades. En relación a sus antecedentes familiares, cabe mencionar que la madre tiene una abuela ludópata que vive con ellos y en el transcurso de la intervención surgió que el abuelo paterno de la niña, abusó sexualmente de sus hijastras hace varios años (las adolescentes denunciaron hace unos años ante la justicia)

## Motivo de consulta

Tanto los padres como la niña refieren como motivo de consulta: el miedo excesivo a la lluvia y a las tormentas.

## Hipótesis diagnóstica

Según el DSM-5-TR (2022) “María presenta una fobia específica a la tormenta (entorno natural), la cual se encuentra dentro de los trastornos de ansiedad. Los criterios diagnósticos son: miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica. En los niños, se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrados. La situación específica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata, se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real y causa malestar clínicamente significativo”

A su vez, se observa también sintomatología ansiosa en la dificultad para separarse de su madre observada en la entrevista conjunta y con dificultad en la co-regulación por parte de la madre. Asimismo, muchas veces la niña dormía con sus padres porque no se sentía segura en su cuarto. Ella dormía en una misma habitación que su bisabuela materna con diagnóstico de ludopatía.

En la entrevista con los padres, aparecen en la historia de vida de la madre situaciones de abandono, que muestran indicios de un apego inseguro. Y en la relación madre e hija se repite un patrón de apego inseguro de tipo ambivalente que como dice Diane Poole Heller (2024) caracterizado por una profunda hipersensibilidad, inseguridad, el mundo de relaciones es inestable, con búsqueda constante de proximidad y temor al abandono.

A su vez es una niña que presenta rasgos que se perfilan predominantemente de tipo C (hipersensible, preocupada, represión de sus emociones y exigente)

A su vez, la hipótesis diagnóstica sería que esta niña se siente insegura en su entorno existiendo alguna o varias situaciones que han sido vividas como traumáticas.

Al realizar la evaluación se utilizó ficha para padres, test proyectivos y los tests: SCARED (Screening de Ansiedad infantil) y CDI (Cuestionario de Depresión infantil). El SCARED es una herramienta para evaluar trastornos de ansiedad y la niña obtiene puntuaciones elevadas reflejando sintomatología ansiosa especialmente en el área somática. A su vez, se aplicó la misma escala para padres (SCARED para padres) y se obtuvieron puntajes similares. En el CDI no se obtuvieron datos significativos.

## Plan de tratamiento EMDR

Los síntomas presentados desde el inicio del tratamiento fueron: fobia a la lluvia y a la tormenta, miedo a la oscuridad, dificultades para separarse de su madre, gran inquietud, transgresión de límites en la casa y escuela.

Los desencadenantes fueron: la pobre calidad del sueño de la pareja a raíz de que María comenzó a dormir con ellos. La dificultad en el vínculo de la niña con pares y la baja autoestima.

## Objetivos

Describir el tratamiento psicoterapéutico de una fobia infantil a las tormentas integrando el aporte de la mirada sistémica desde el trabajo en equipo con terapeuta EMDR de adultos quien recibe a los padres derivados por Terapeuta EMDR de niños.

## Con la familia

- Lograr una comunicación fluida entre los padres para mejorar la convivencia con los hijos, lograr la expresión natural de emociones y afecto entre los miembros de la familia.
- Trabajar en la puesta de límites claros. Se trabajan límites respecto a la intimidad y el pudor.
- Brindar herramientas para la autorregulación emocional de los padres para brindar contención y seguridad.
- Psicoeducación en abuso sexual
- Intervención en trabajo preventivo de abuso sexual.
- Derivación y recomendación de terapia EMDR a los padres para abordar situaciones traumáticas que ambos traen en la entrevista, que desde una mirada transgeneracional se han transmitido de padres a hijos.

## Con la niña

- Lograr un mayor manejo del miedo a la tormenta.
- Fortalecerla en sus recursos para lidiar con la separación de su madre, miedo a los fuegos artificiales y otras situaciones que le generaban ansiedad.
- Brindarle herramientas de autorregulación y de co-regulación.
- Indagar posibles situaciones abusivas y trabajar en prevención.

## Descripción de una sesión o dos sesiones completas

### Plan de secuencia de blancos

Pasado: Evento base: Cuando tenía 4 años, en la playa hubo truenos y se asustó mucho con el ruido.

Otras situaciones del pasado: En la playa la madre le sacó la malla a la niña quedando desnuda y sintió mucha vergüenza.

Presenció contactos sexuales entre sus padres.

Disparadores presentes: Cuando existe una tormenta, grita, llora y acude a la ayuda de sus padres.

Patrón a futuro: Manejar el miedo a la lluvia cuando llueva el fin de semana próximo.

A continuación, expondremos cómo se trabajó con la niña en la aplicación de las fases del protocolo EMDR.

### ***Fase 1: Historia del paciente***

Se recoge la historia en una entrevista con los padres de la niña y luego se realizan entrevistas en conjunto para ver el vínculo entre ellos. En cuanto a la historia de vida de la madre de María destacamos que creció en una familia disfuncional, la pareja del padre ejercía violencia hacia ella. El padre tenía conductas negligentes no solo hacia ella sino también a su hermana. La madre de María fue madre adolescente de su primer hijo; el hermano de la paciente.

En cuanto al padre, también vivió violencia intrafamiliar en su infancia de parte de su padre. Límites difusos en cuanto a los cuidados del cuerpo, predominando un modelo autoritario de crianza.

Al momento de la consulta, la madre de María es ama de casa y el padre trabaja en un negocio familiar, cuyo jefe es el abuelo de María. Ambos padres presentaban trauma complejo. En cuanto a sus antecedentes personales, fue sin particularidades pero cabe destacar que presentaba dificultad para separarse de su madre cuando asistía al jardín.

Por lo tanto, diseñamos un programa de intervención que incluyó trabajar con la niña con estrategias cognitivos - conductuales, somáticas y de EMDR, así como hacer la derivación a los padres a un asesoramiento para ellos y trabajar en continuo diálogo con el colegio de la niña.

### ***Fase 2: Preparación***

Se estableció un vínculo de confianza con la niña, brindándole seguridad y adaptándonos a su desarrollo evolutivo e intereses. Con el objetivo de que María estuviera preparada para poder trabajar su motivo de consulta y sus memorias traumáticas, aplicamos distintas herramientas y técnicas para poder fortalecerla. Algunos de los materiales específicos utilizados fueron: el libro de “Adiós pensamientos y sentimientos feos” de Waldon y aprendió la herramienta del “sobre de ayudantes” técnica que consiste en elegir personas, personajes, héroes, animales que le dan fortaleza para luego reprocesar el material traumático. Se trabajó en tomar conciencia del cuerpo con el libro “Escuchando a mi cuerpo” de Gaby García para estimular el sentido del tacto, sentir y asociar emociones con sensaciones corporales y también trabajamos en prácticas de mindfulness con el libro “Tranquilos y atentos como una rana” de Snel; la niña se lograba dormir con alguno de los audios sugeridos. A su vez, utilizamos “El emocionómetro del inspector Drilo” de Isern, el libro el “Emocionario” de Núñez Pereira, y Valcárcel, los peluches de la película “Intensamente”, donde pudo reconocer especialmente sus emociones, los pensamientos y las sensaciones en su cuerpo.

Ella logró armar su lugar calmo con “goma eva” y realizó una carpita donde se sentía segura en el consultorio para ir trabajando y colocó allí figuras de su “sobre de ayudantes”.

A su vez, trabajamos con el libro “Una vez tuve mucho mucho miedo” de Ghosh y ella se identificó con la tortuga que se escondía en su caparazón cuando tenía miedo; mostrando su defensa de evitación.

A su vez, le explicamos sobre el EMDR y utilizamos la metáfora de la astilla de madera que se clava en el dedo. Esto permite que como dice Morris - Smith y Silvestre (2016) que a pesar de que ha sucedido algo malo y duele, se puede curar, aunque sea doloroso.

Asimismo, instalamos redes de memorias positivas (protección, seguridad, fortaleza y cuidado); cuando su abuela le cocina torta en su casa, y en el consultorio cuando juega con un paraguas chino, cuando se balancea en la pelota de pilates y cuando le pega a la bolsa de boxeo.

### ***Fase 3: Evaluación***

En las sesiones, en general, utilizamos unos minutos para regularse a través del movimiento o alguna instancia de juego. Recogimos el ICES (imagen, creencia negativa y positiva, la emoción y sensación en el cuerpo) de la última vez que había llovido. Al pensar en este evento, expresa “veo truenos”

Trabajamos con el kit de pensamientos para niños de Ana Gómez y surge la creencia negativa: “no puedo soportarlo”. (CN)

En relación a la creencia positiva expresa “puedo manejarlo”. (VoC:4)

Surge la emoción del Miedo. (SUDS: 9) y la sensación en el cuerpo fue algo desagradable en el pecho y en los oídos.

Terminamos también la sesión con alguna situación de juego y de “premio” por haber trabajado y por el esfuerzo realizado.

### ***Fases 4, 5, 6: Desensibilización, instalación, chequeo corporal y Cierre***

En una ocasión, comenzamos a reprocesar el presente, la última vez que había escuchado lluvia y tormenta.

T: ¿Cuál es el recuerdo más feo?

P: Los ruidos de los truenos. Se toca las orejas.

T: ¿Te gustaría dibujarlo?

P: Sí.

T: ¿Qué emoción te hace sentir?

P: Mucho miedo.

T: Entiendo, ¡estás siendo muy valiente al hablarlo! ¿Cuánto molesta? (le muestro la escala de niños)

P: Un 11. (Aunque la escala tenía hasta el 10)

T: Si tuviera palabras ese miedo que diría?

P: No sé, peligro, ¡estoy en peligro!. (Habíamos trabajado con el kits de pensamientos de Ana Gómez)

Al ver que era muy intenso su malestar y le ofrecí segmentar el dibujo (Fraccionando el material traumático) y fuimos reprocesando de a poco el dibujo en segmentos.

T: Mirá esta parte del dibujo ¿cuánto molesta?

P: Mejor, un 5 (marca el SUDS en la escala de niños)

T: Realizó MBL (táctil) mostrándole cómo hace un gorila y ella me imita. (Le parecía muy divertido en otras sesiones)

P: Me siento mejor. No escucho más ruido en mis orejas. (Se va a pegarle a la bolsa de boxeo) Puedo manejarlo.

Le ofrezco dibujar. Realiza un trueno más chico de tamaño.

Ella coloca el dibujo del rayo en la bolsa de boxeo y le pega con fuerza. (Con MBL el VoC va aumentando)

P: Expresa “soy fuerte”

T: ¿Existe alguna molestia en tu cuerpo? Le doy la lupa para que realice chequeo corporal.

P: No siento nada malo. (Se la nota tranquila) Quiere jugar a un juego de caja conmigo.

Cómo realizamos sesión incompleta, guardamos el dibujo y el malestar en un contenedor hasta la próxima sesión.

T: Te felicito por el esfuerzo y el trabajo que hiciste.

En otras ocasiones, comenzamos a reprocesar el evento base: tormenta en la playa cuando tenía 4 años. Y luego su visión de futuro que le gustaría tener la próxima vez que lloviera.

### **Fase 8: Reevaluación**

Al indagar los eventos trabajados, María refería no molestarle y su cuerpo y su lenguaje corporal también lo expresaba.

Comenzó a incorporar pensamientos más positivos de sí mismo, a sentirse fuerte...

A su vez, volvió a aplicarse el SCARED y su nivel de ansiedad bajó significativamente.

En el colegio la notaron más tranquila y se la notaba menos inquieta y opositora en el consultorio.

### **Conclusiones**

EL EMDR es un método eficaz para trabajar con niños y con la familia. Se obtuvieron los siguientes logros:

- Manejo del miedo a la lluvia y truenos
- Manejo del miedo a los fuegos artificiales.
- Mayor aceptación de límites por parte de la niña.
- Límites claros por parte de los padres en el baño, cuarto.
- Desnaturalización de la violencia por parte de la madre.
- Autorregulación de la madre y la niña.
- Empoderamiento de la madre para poner límites al abuelo paterno y proteger a sus hijos.

En general el miedo a la tormenta combina vulnerabilidad del niño, aprendizaje donde los adultos referentes envían mensajes de que algo es peligroso más experiencias y redes de memorias no procesadas. En este caso, observamos cómo el medio inseguro que le proporcionaban sus padres, hacían sentir insegura a la niña. La importancia de trabajar en equipo incorporando una terapeuta de adultos EMDR en el trabajo con los padres para brindarle un entorno seguro fue crucial para lograr los resultados terapéuticos obtenidos. En una entrevista con la

madre se reveló que el abuelo paterno había abusado a sus hijastras y en función de esta información la madre de María toma medidas para protegerla y la terapeuta infantil trabaja en la prevención de situaciones de abuso.

En el reprocesamiento de la fobia se trabajó además del presente y del futuro, el recuerdo base de los 4 años donde hubo tormenta en la playa y la niña sintió mucho miedo. La tormenta en este caso estaba ligada al miedo a la oscuridad, separación de figuras de apego, sensación de indefensión y algunos eventos no procesados.

En la intervención terapéutica con los padres se destaca el trabajo con los límites. La familia tenía un funcionamiento con límites difusos, por ejemplo, el padre se bañaba con la hija, las puertas del baño permanecían abiertas y también el dormitorio de los padres, sin límites claros para los hijos. Luego de la intervención terapéutica los padres comienzan a cambiar el funcionamiento, estableciendo límites más claros y entendiendo el para qué de los mismos, como por ejemplo, la importancia de la privacidad en el baño, y de que la puerta del dormitorio de los padres permanezca cerrada cuando están ellos, incorporando el golpear y pedir permiso para entrar a la habitación.

La psicoeducación en límites, comunicación asertiva y prevención de abuso estuvo presente en la intervención con los padres. Entendieron que el aprendizaje del cuidado del cuerpo comienza en la familia, y que María necesitaba más espacio, sentir que podía cuidarse ella misma, incluso dormir sola. Esto se hacía difícil para ella ya que compartía dormitorio con la abuela materna, no contaban con la posibilidad de que la abuela durmiese en otra habitación en ese momento.

Los estilos de apego de los padres cuyas historias son mencionadas al principio, inciden en la dificultad de María de separarse y sentirse segura. Los padres son derivados a terapia individual EMDR, con el objetivo de reprocesar los eventos traumáticos de su historia, y trabajar los estilos de apego inseguros consecuencia de esas experiencias tempranas.

Para finalizar, fue efectivo el trabajo en conjunto y en coordinación de las terapeutas con abordaje EMDR en el tratamiento de una fobia a la tormenta y para ayudar a brindarle seguridad fomentando factores de resiliencia como la autoconfianza, la inteligencia emocional y la autonomía en una niña en desarrollo.

### **Procedimientos éticos**

Se obtuvo consentimiento informado de los representantes legales y el asentimiento de la paciente, de acuerdo con su edad, para la publicación del estudio de caso. Se modificaron datos y se utilizó un seudónimo para proteger la identidad de las pacientes. La documentación pertinente permanece bajo custodia de las autoras.

## Referencias

- DSM-5-TR (Revisión de texto 2022): Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., rev. texto).
- Bunge, E; Gomar, M y Mandil, J. (2011). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Editorial Akadia.
- Ghosh Ippen, C. (2017). *Una vez tuve mucho mucho miedo*. Piplo Productions
- Heller, D. (2024) *El poder del apego*. Editorial Sirio.
- Isern, S. (2023) *El emiconómetro del inspector Drilo*. Nubeocho.
- Minuchin, S. (2005) *Familias y Terapia Familiar*. Gedisa Editorial.
- Morris - Smith, J y Silvestre M. (2016) *EMDR para la próxima generación: Cómo sanar a niños y familia*. Asociación EMDR España.
- Núñez Pereira, C y Valcárcel, R. (2023) *Emocionario (Dime lo que sientes)* Editorial Palabras Aladas.
- Salvador, M. C. (2016) *Más allá de Yo. Encontrar nuestra esencia en la curación del trauma*. Editorial Eleftheria.
- Shapiro, F; Kaslow, F y Maxfield, L. (2012) *Manual de EMDR y procesos de Terapia Familiar*. Ediciones Pléyades
- Spinelli Larratea, I. (Coord.). (2020). *La presencia invisible: el trauma en nuestra vida*. Fin de Siglo.
- Snel, E. (2013) *Tranquilos y atentos como una rana*. Editorial Kairós.
- Waldon, A. P. (2004) *Adiós pensamientos y sentimientos feos: Manual de EMDR para niños* (M. E. Adúriz, Trad.).

## Anexo: imágenes de referencia

**Figura 1**

*Lugar seguro*



*Nota. Carpa de goma eva donde se sentía protegida y a salvo.*

**Figura 2**

*Lugar seguro con sus ayudantes*



*Nota. Carpa donde se siente segura con sus Ayudantes adentro.*

**Figura 3**

*Tridente en su lugar seguro*



*Nota. Tridente que la defiende (en su Lugar Seguro).*

# La experiencia subjetiva del terapeuta EMDR: efectividad percibida, motivación profesional y desgaste emocional en un estudio piloto centroamericano

*Autor: Ps. Ernesto Gálvez-Pineda*

**Ernesto Gálvez-Pineda**

Honduras. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6395-4037>

## Resumen

La investigación sobre la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares se ha centrado sobre todo en sus resultados clínicos y en la reducción de los síntomas ligados al trauma. Sin embargo, se sabe menos sobre la experiencia personal de los profesionales que aplican EMDR, especialmente en contextos latinoamericanos. Este estudio buscó explorar las relaciones entre la efectividad terapéutica percibida por los profesionales, la respuesta observada en los pacientes, la motivación profesional y el desgaste emocional de los terapeutas EMDR. Se realizó un estudio piloto, exploratorio, cuantitativo, transversal y descriptivo-correlacional, con un análisis cualitativo complementario de respuestas abiertas. Participaron 18 psicólogos, residentes principalmente en Honduras y Guatemala, con edades entre 32 y 55 años. Se utilizó la Escala de Percepción del Terapeuta sobre EMDR, que consta de 24 preguntas agrupadas provisionalmente en cuatro áreas. Se calcularon estadísticas descriptivas, coeficientes alfa de Cronbach de manera preliminar, correlaciones de Spearman y comparaciones exploratorias entre grupos. Los participantes dijeron que perciben una alta efectividad terapéutica y una elevada motivación profesional, junto con niveles bajos a moderados de desgaste emocional. La efectividad percibida se relacionó positivamente con la experiencia profesional y la motivación, mientras que una mejor respuesta del paciente se asoció con un menor desgaste emocional. La motivación profesional también mostró una relación negativa con el desgaste. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas con la edad, el tiempo de experiencia en EMDR ni la frecuencia semanal de uso. Las respuestas abiertas destacaron la estructura del modelo, el reprocesamiento, la instalación de recursos y la autorregulación como puntos fuertes. El trauma complejo, la disociación, la resistencia al inicio y la baja tolerancia emocional fueron señalados como retos. Los resultados sugieren que la experiencia del terapeuta EMDR puede estar ligada tanto a los resultados clínicos que percibe como a la participación del paciente y a los recursos

profesionales que tiene para sostener el trabajo con el trauma. Debido al tamaño de la muestra y al carácter preliminar del instrumento, los resultados deben considerarse exploratorios.

Palabras clave: EMDR, terapeutas, efectividad percibida, motivación profesional, desgaste emocional.

## 1. Introducción

EMDR es un enfoque psicoterapéutico estructurado. Se desarrolló inicialmente para tratar recuerdos traumáticos y problemas emocionales derivados de experiencias difíciles. El modelo tiene ocho fases. Integra la identificación de recuerdos molestos, ideas negativas, emociones, sensaciones físicas y formas de estimulación bilateral. Todo esto forma parte de un proceso que busca reprocesar la información para ayudar a la persona (Shapiro, 2018).

En las últimas décadas, gran parte de la investigación sobre EMDR se ha centrado en determinar si es eficaz para el trastorno de estrés postraumático y otros problemas relacionados con el trauma. Los estudios clínicos, las revisiones sistemáticas y los metaanálisis han contribuido a que EMDR sea uno de los tratamientos psicológicos utilizados para abordar los síntomas postraumáticos. Un metaanálisis reciente, basado en datos individuales, comparó EMDR con otras intervenciones psicológicas para el trastorno de estrés postraumático. Este estudio confirmó que el EMDR es importante entre los tratamientos centrados en el trauma (Wright et al., 2024).

A pesar de estos avances, la mayor parte de la evidencia disponible se centra en el paciente. Esto incluye la reducción de los síntomas, la remisión diagnóstica, la tolerancia al tratamiento, el abandono terapéutico, el mantenimiento de los resultados o la comparación con otras intervenciones. Se ha prestado menos atención sistemática a la persona que aplica el tratamiento y a cómo el uso constante de EMDR puede relacionarse con su motivación, seguridad, percepción de competencia y bienestar emocional.

La experiencia del terapeuta es un factor importante en la calidad y la duración de cualquier intervención psicoterapéutica. Los profesionales que trabajan con personas expuestas a trauma escuchan con frecuencia relatos de violencia, pérdida, abuso, desastres, accidentes y otras experiencias perturbadoras. Esta exposición indirecta puede causar agotamiento, estrés traumático secundario, trauma vicario o fatiga por compasión. Al mismo tiempo, acompañar procesos de recuperación también puede generar satisfacción por compasión, sentido de eficacia, crecimiento profesional y un mayor compromiso con la práctica clínica.

Estas experiencias no tienen por qué parecerse entre sí. Un terapeuta puede sentirse satisfecho al ver cambios clínicos importantes y, al mismo tiempo, notar que algunas sesiones resultan emocionalmente difíciles. La investigación con especialistas en trauma ha mostrado que el trabajo clínico puede generar tanto cansancio como satisfacción profesional. En una muestra nacional de terapeutas que trabajan con trauma, el uso de prácticas basadas en evidencia se asoció con menos fatiga por compasión y burnout y con mayor satisfacción por compasión (Craig & Sprang, 2010).

La percepción de autoeficacia puede ser uno de los mecanismos clave para comprender esta relación. Según la teoría social cognitiva, la autoeficacia es el conjunto de creencias de una persona sobre su capacidad para organizar y llevar a cabo las acciones necesarias para enfrentar determinadas situaciones (Bandura, 1997). En el campo clínico, sentir que se cuenta con un procedimiento claro, ver avances y contar con habilidades para manejar situaciones complejas puede contribuir a la seguridad profesional. Estudios recientes con otros grupos de terapeutas han encontrado que el uso de prácticas basadas en evidencia puede estar relacionado con un menor nivel de burnout, ya que estas ayudan a fortalecer la autoeficacia profesional (Bar-Nizan et al., 2024).

En EMDR, la estructura de las ocho fases, la forma de entender el caso, la preparación del paciente, la identificación de los objetivos y el seguimiento de los indicadores clínicos pueden servir de guía al terapeuta para organizar intervenciones difíciles. Sin embargo, aplicar el modelo conlleva retos. El trauma complejo, la disociación, la inestabilidad emocional, los problemas de mentalización, las diferencias neurocognitivas y la preparación limitada del paciente pueden requerir cambios, supervisión y formación adicionales.

Los pocos estudios que se han centrado en terapeutas de EMDR han sido, en su mayoría, cualitativos. Hasandedić-Đapo (2021) revisó las percepciones y experiencias de 20 profesionales de Bosnia y Herzegovina y de Turquía. Los participantes relataron experiencias positivas con EMDR, reconocieron su utilidad para tratar el trauma y señalaron barreras relacionadas con la formación y el escaso conocimiento del método. Fisher et al. (2022) estudiaron las experiencias de terapeutas que usaron EMDR con personas

autistas. Sus resultados mostraron que es importante mantener las partes esenciales del modelo y, al mismo tiempo, realizar ajustes según las características y necesidades de cada paciente. También resaltaron la importancia de la supervisión y el apoyo profesional.

Estos trabajos muestran que la experiencia del terapeuta aporta información útil para la práctica clínica. Sin embargo, todavía hay pocos estudios cuantitativos que examinen conjuntamente la efectividad percibida, la respuesta del paciente, la motivación profesional y el desgaste emocional. Esta falta de estudios es aún más evidente en América Latina. Allí, las características socioculturales, las oportunidades de formación, el acceso a la supervisión, las condiciones laborales y la oferta de servicios especializados pueden ser distintas de las de los contextos en los que se ha generado la mayor parte de la evidencia.

Estudiar la experiencia de terapeutas latinoamericanos en EMDR puede ayudar a identificar factores asociados a una práctica profesional sostenible. También puede aportar información útil para diseñar programas de entrenamiento, supervisión, certificación y autocuidado que respondan a las necesidades de la región. En este contexto, esta investigación constituye un primer acercamiento exploratorio a la experiencia subjetiva de profesionales que emplean EMDR en Honduras y Guatemala.

### **1.1. Objetivo general**

Explorar cómo viven los terapeutas que usan EMDR. Examinar las relaciones entre la efectividad terapéutica percibida, la respuesta observada en los pacientes, la motivación profesional y el desgaste emocional.

### **1.2. Objetivos específicos**

1. Describe los niveles de efectividad terapéutica percibidos, la respuesta favorable del paciente, la experiencia profesional positiva, la motivación y el desgaste emocional.
2. Realizar una evaluación inicial de la consistencia interna de las dimensiones propuestas en la Escala de Percepción del Terapeuta sobre EMDR.
3. Analizar la relación entre la efectividad terapéutica percibida y la motivación profesional.
4. Estudiar cómo la respuesta que el paciente percibe se relaciona con el cansancio emocional del terapeuta.
5. Explora cómo se relacionan la edad, el tiempo de uso de EMDR, el nivel de formación y la frecuencia de uso con las dimensiones estudiadas.
6. Identificar las fortalezas, dificultades y cambios profesionales que los participantes mencionan en las respuestas abiertas.

### 1.3. Hipótesis

H1. Una mayor efectividad terapéutica percibida se asocia positivamente con una mayor motivación y con una experiencia profesional positiva.

H2. Una respuesta más favorable por parte de los pacientes se asocia con niveles más bajos de desgaste emocional.

H3. Más experiencia y un uso frecuente de EMDR se asociarán con una mayor efectividad percibida y un menor desgaste emocional.

H4. El desgaste emocional se asocia negativamente con la motivación profesional.

## 2. Método

### 2.1. Diseño

Se realizó un estudio piloto, exploratorio, cuantitativo, transversal y descriptivo-correlacional. Se consideró piloto debido al tamaño reducido de la muestra, al uso inicial de una escala creada para esta investigación y al objetivo de identificar patrones que sirvan de guía para estudios futuros con muestras más grandes.

Se revisaron las respuestas a tres preguntas abiertas mediante un análisis cualitativo de contenido. Esta parte buscó contextualizar los resultados cuantitativos y no constituyó un diseño cualitativo independiente.

### 2.2. Participantes

La muestra incluyó a 18 profesionales de la psicología que indicaron que emplean EMDR en su práctica clínica. Las edades iban de 32 a 55 años. El promedio fue de 41.39 años y la desviación estándar, de 6.57 años. La mediana fue de 40 años.

Catorce participantes se identificaron como mujeres. Esto representa el 77,8 % de la muestra. Cuatro se identificaron como hombres, lo que equivale al 22,2 %. Quince participantes dijeron que viven en Honduras. Dos viven en Guatemala. Un participante no informó su país de residencia.

En cuanto al tiempo de uso de EMDR, 12 profesionales (66,7 %) indicaron tener más de 3 años de experiencia. Seis (33,3 %) reportaron entre 1 y 3 años. Diez participantes (55,6 %) usaban EMDR al menos una vez por semana. Cinco (27,8 %) lo usaban entre dos y cinco veces por semana. Tres (16,7 %) dijeron aplicarlo más de cinco veces por semana.

La formación reportada fue variada. Incluyó entrenamiento básico oficial, cursos avanzados, formación en trauma complejo, protocolos para la niñez, ASSYST, PRECI, certificación como terapeuta y formación como supervisor. Debido a la variedad de nombres y a la falta de categorías estándar, el nivel de formación se analizó de manera descriptiva y exploratoria.

### 2.3. Instrumento

Se aplicó la Escala de Percepción del Terapeuta sobre EMDR (EPT-EMDR), creada para este estudio. La versión utilizada incluía datos sociodemográficos y profesionales, 24 afirmaciones con respuestas de tipo Likert y 3 preguntas abiertas.

Las respuestas a los ítems cuantitativos se anotaron en una escala de 5 puntos. Para el análisis, los reactivos escritos en sentido negativo se recodificaron. Así, una puntuación alta indicó una valoración más favorable en las dimensiones de efectividad, respuesta del paciente y experiencia profesional. En el caso del desgaste emocional, las puntuaciones más altas indicaron una mayor demanda o afectación emocional.

Los ítems fueron organizados teóricamente en cuatro dimensiones preliminares:

1. Efectividad terapéutica percibida: percepción de cambios clínicos, mejoras en la terapia, estabilidad de los resultados y capacidad para abordar experiencias traumáticas.
2. Respuesta del paciente: receptividad, comprensión, participación, resistencia y valoración de la utilidad.
3. Experiencia profesional positiva y motivación. Seguridad, tranquilidad, estabilidad emocional, competencia profesional, interés en seguir usando EMDR y ganas de seguir aprendiendo.
4. Desgaste emocional. Sobrecarga, demanda emocional, cansancio y necesidad de recuperación tras las sesiones.

Debido al tamaño de la muestra, no se realizaron análisis factoriales ni exploratorios ni confirmatorios. Se revisó de manera preliminar la consistencia interna de las dimensiones propuestas mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Los coeficientes obtenidos se interpretaron únicamente como indicadores iniciales y no como una prueba de validación psicométrica.

Las preguntas abiertas exploraron lo siguiente. a) Los aspectos de EMDR que los participantes consideran más eficaces. b) Las dificultades que encontraron durante su aplicación. c) La influencia de EMDR en la experiencia personal y profesional del terapeuta.

### 2.4. Procedimiento

La información se recopiló mediante un cuestionario digital. Antes de responder, los participantes conocieron el propósito académico del estudio. También se les explicó que participar era voluntario y que sus respuestas serían anónimas. Solo se analizaron los datos de quienes aceptaron participar.

La recolección se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. La invitación se dirigió a profesionales con formación o experiencia en la aplicación clínica de EMDR.

## 2.5. Análisis de datos

Se calcularon frecuencias, porcentajes, medias, medianas, desviaciones estándar y rangos. Para cada dimensión se obtuvo un puntaje promedio a partir de los ítems correspondientes. Luego, se recodificaron los reactivos inversos.

Se calculó primero la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Debido al tamaño de la muestra, a la naturaleza ordinal de los ítems y a la posibilidad de distribuciones no normales, se analizaron las relaciones entre las dimensiones mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

Se consideró la edad como variable continua y se agruparon los participantes en dos categorías: hasta 40 años y mayores de 40 años. Se eligió esta división porque coincide aproximadamente con la mediana de la muestra. No debe verse como una clasificación evolutiva fija.

El análisis de las respuestas abiertas siguió un proceso que incluyó leer, identificar unidades de significado, agrupar contenidos similares y construir categorías descriptivas. Usaron las categorías para complementar e interpretar los resultados cuantitativos.

El nivel de significación estadística se fijó en  $p < .05$ . Dado que el estudio es piloto y exploratorio, también se tuvieron en cuenta la dirección, la magnitud y la coherencia clínica de las asociaciones. Se evitó interpretar la falta de significación como prueba de que no existe relación.

## 3. Resultados

### 3.1. Características de la muestra

La Tabla 1 presenta las principales características sociodemográficas y profesionales de los participantes.

**Tabla 1**  
*Características de los participantes*

| Variable                           | n  | %    |
|------------------------------------|----|------|
| Mujeres                            | 14 | 77.8 |
| Hombres                            | 4  | 22.2 |
| Honduras                           | 15 | 83.3 |
| Guatemala                          | 2  | 11.1 |
| País no consignado                 | 1  | 5.6  |
| Entre 1 y 3 años utilizando EMDR   | 6  | 33.3 |
| Más de 3 años utilizando EMDR      | 12 | 66.7 |
| Al menos una aplicación semanal    | 10 | 55.6 |
| Entre 2 y 5 aplicaciones semanales | 5  | 27.8 |
| Más de 5 aplicaciones semanales    | 3  | 16.7 |

### 3.2. Estadísticos descriptivos de las dimensiones

Los participantes reportaron altos niveles de efectividad terapéutica percibida y una experiencia profesional positiva. El desgaste emocional fue bajo o moderado, pero varió más entre los participantes.

**Tabla 2**  
*Estadísticos descriptivos de las dimensiones propuestas*

| Dimensión                            | Media | DE   | Mínimo | Máximo |
|--------------------------------------|-------|------|--------|--------|
| Efectividad terapéutica percibida    | 4.41  | 0.63 | 2.80   | 5.00   |
| Respuesta favorable del paciente     | 3.71  | 0.68 | 2.00   | 4.80   |
| Experiencia profesional y motivación | 4.50  | 0.34 | 3.90   | 5.00   |
| Desgaste emocional                   | 2.49  | 0.96 | 1.00   | 4.25   |

Las dimensiones con las medias más altas fueron la experiencia profesional y la motivación.  $M = 4.50$ ;  $DE = 0.34$ . Este resultado muestra que se valora muy positivamente la influencia de EMDR en la seguridad, la competencia, el interés en seguir aplicándolo y las ganas de seguir formándose.

La efectividad terapéutica percibida también obtuvo una puntuación alta. La media fue de 4.41 y la desviación estándar de 0.63. La respuesta favorable del paciente presentó una media moderadamente alta de 3.71 y una desviación estándar de 0.68. Sin embargo, esta cifra fue menor que las puntuaciones de efectividad y de motivación.

El desgaste emocional tuvo una media de 2.49 ( $DE = 0.96$ ). La mayor desviación estándar en esta dimensión indica que la demanda emocional no se experimentó de la misma manera por todos. Algunos terapeutas dijeron que el impacto fue mínimo. Otros mencionaron sobrecarga, cansancio o la necesidad de recuperarse tras ciertas sesiones.

### 3.3. Resultados por ítems

Los ítems con puntuaciones más elevadas fueron:

- Integrar EMDR ha mejorado mi forma de trabajar como terapeuta.  $M = 4.94$ .
- Me siento motivado a seguir utilizando EMDR en mi práctica clínica.  $M = 4.83$ .
- Me interesa seguir aprendiendo sobre EMDR.  $M = 4.83$ .
- Me siento seguro al usar EMDR en las sesiones.  $M = 4.72$ .
- EMDR refuerza mi sensación de competencia profesional.  $M = 4.72$ .
- EMDR me ayuda a tratar experiencias traumáticas de manera efectiva.  $M = 4.72$ .
- EMDR me ayuda a sentirme capaz en mi trabajo.  $M = 4.67$ .

Estos resultados muestran que la buena opinión sobre EMDR no solo se relacionó con la percepción de los cambios por parte de los pacientes. También se manifestó en la manera en que los participantes valoraron su identidad, su seguridad y su crecimiento profesional.

En la dimensión de desgaste, la afirmación con mayor puntuación fue la de que trabajar con EMDR puede resultar emocionalmente exigente ( $M = 3.06$ ). Le siguieron el cansancio tras varias sesiones ( $M = 2.89$ ), la sobrecarga emocional ocasional ( $M = 2.67$ ) y la necesidad de más tiempo de recuperación ( $M = 2.50$ ).

### 3.4. Consistencia interna preliminar

La Tabla 3 muestra los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos para las dimensiones propuestas.

**Tabla 3**

*Evaluación preliminar de la consistencia interna*

| Dimensión                            | Número de ítems | Alfa de Cronbach |
|--------------------------------------|-----------------|------------------|
| Efectividad terapéutica percibida    | 5               | .72              |
| Respuesta percibida del paciente     | 5               | .59              |
| Experiencia profesional y motivación | 10              | .49              |
| Desgaste emocional                   | 4               | .80              |

La dimensión de desgaste emocional presentó la consistencia interna más alta, con un valor de  $\alpha$  de 0,80. En segundo lugar, se encontró la efectividad terapéutica percibida, con  $\alpha = 0,72$ . La respuesta percibida del paciente obtuvo un coeficiente de 0,59. La dimensión de experiencia profesional y motivación presentó un coeficiente de 0,49.

Estos resultados muestran que las dimensiones de la respuesta del paciente y de la experiencia profesional requieren una revisión conceptual y psicométrica. En especial, la dimensión profesional podría integrar contenidos diversos, como la seguridad clínica, la regulación emocional, la autoeficacia, la motivación y el deseo de seguir formándose.

Debemos interpretar los coeficientes con cuidado, ya que hay pocos participantes y poca variabilidad en algunos ítems. No son prueba suficiente para afirmar que el instrumento está validado.

### 3.5. Relaciones entre las dimensiones

La Tabla 4 muestra las correlaciones de Spearman.

**Tabla 4**

*Correlaciones entre las dimensiones estudiadas*

| Variables                                                   | $\rho$ | p    |
|-------------------------------------------------------------|--------|------|
| Efectividad–respuesta del paciente                          | .29    | .239 |
| Efectividad–experiencia profesional y motivación            | .65    | .003 |
| Efectividad–desgaste emocional                              | -.27   | .284 |
| Respuesta del paciente–experiencia profesional y motivación | .26    | .304 |
| Respuesta del paciente–desgaste emocional                   | -.61   | .007 |
| Experiencia profesional y motivación–desgaste emocional     | -.54   | .020 |

La efectividad terapéutica percibida mostró una relación positiva, fuerte y significativa con la experiencia profesional y la motivación. El valor de  $\rho$  fue 0,65 y el de p fue 0,003. Los

terapeutas que notaron más avances y mayor efectividad también dijeron que se sentían más seguros, competentes, motivados e interesados en seguir formándose.

La respuesta favorable del paciente mostró una relación negativa con el desgaste emocional ( $\rho = -0.61$ ;  $p = .007$ ). Cuando los pacientes mostraron mayor receptividad, comprensión e involucramiento, los profesionales notaron menor demanda, menos cansancio y menor necesidad de recuperación.

La experiencia profesional y la motivación también se relacionaron negativamente con el desgaste emocional ( $\rho = -.54$ ;  $p = .020$ ). Este resultado muestra que una experiencia profesional más positiva se asoció con niveles más bajos de sobrecarga.

La relación entre efectividad y desgaste fue negativa, pero no fue estadísticamente significativa ( $\rho = -.27$ ;  $p = .284$ ). Por lo tanto, pensar que EMDR es efectivo no implica necesariamente que no haya demanda emocional.

### 3.6. Edad y experiencia subjetiva

La edad no mostró correlaciones estadísticamente significativas con la efectividad ( $\rho = .05$ ;  $p = .833$ ), la respuesta del paciente ( $\rho = -.26$ ;  $p = .304$ ), la experiencia profesional y la motivación ( $\rho = .05$ ;  $p = .848$ ), ni con el desgaste emocional ( $\rho = .09$ ;  $p = .717$ ).

Al comparar a los participantes de hasta 40 años con los de más de 40 años, tampoco se observaron diferencias significativas.

**Tabla 5**

*Comparaciones exploratorias según grupo de edad*

| Dimensión                            | Hasta 40 años M | Mayores de 40 M | p    | Correlación biserial |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|------|----------------------|
| Efectividad                          | 4.36            | 4.48            | .364 | -.26                 |
| Respuesta del paciente               | 3.80            | 3.60            | .532 | .19                  |
| Experiencia profesional y motivación | 4.46            | 4.55            | .655 | -.14                 |
| Desgaste emocional                   | 2.33            | 2.69            | .448 | -.23                 |

Aunque no fueron significativas, las diferencias mostraron algunas tendencias exploratorias. Los participantes mayores de 40 años reportaron una efectividad y una motivación ligeramente más altas. También informaron de un desgaste ligeramente mayor. Los participantes de hasta 40 años notaron una respuesta del paciente ligeramente más favorable.

Los tamaños del efecto fueron pequeños. Por eso, la información disponible no permite afirmar que la edad sea el factor principal que explique la experiencia del terapeuta en EMDR.

### 3.7. Tiempo utilizando EMDR

Los participantes con más de tres años de experiencia mostraron una media de efectividad ligeramente mayor que quienes tenían entre uno y tres años. La media fue de 4,50 frente a 4,23. El tamaño del efecto fue de pequeño a moderado. Sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p = .271$ ;  $r$  biserial =  $-.33$ ).

El grupo con más de tres años también mostró un mayor desgaste emocional ( $M = 2.67$ ) que el de uno a tres años ( $M = 2.13$ ). Esta diferencia no fue significativa ( $p = .323$ ), pero su dirección merece ser revisada en estudios futuros. Tener más experiencia puede asociarse con seguridad y competencia, pero también con exposición acumulada, mayor complejidad de los casos o una carga clínica más alta.

No se observaron diferencias significativas en la motivación profesional. Esta siguió siendo alta en ambos grupos.

### 3.8. Frecuencia de aplicación

Los terapeutas que aplicaban EMDR solo una vez por semana reportaron una efectividad media de 4,50. Quienes lo usaban dos o más veces por semana obtuvieron una media de 4,30. La diferencia no fue significativa.

El desgaste emocional fue ligeramente mayor entre quienes lo usaban una vez por semana ( $M = 2.68$ ). Quienes lo aplicaban con mayor frecuencia presentaron un nivel de desgaste menor ( $M = 2.25$ ). Esta diferencia tampoco fue estadísticamente significativa.

Este patrón no permite afirmar que usar EMDR con mayor frecuencia cause menos desgaste. Puede ser que los terapeutas que usan EMDR con más frecuencia tengan más entrenamiento, elijan mejor los casos o cuenten con rutinas más sólidas de preparación y recuperación. No se evaluaron estas explicaciones de forma directa.

### 3.9. Análisis de las respuestas abiertas

El análisis de contenido permitió organizar las respuestas en cinco categorías generales.

#### 3.9.1. La estructura del modelo sirve de base para organizar y aportar seguridad

Los participantes resaltaron el seguimiento de las fases, enfocarse en un objetivo a la vez, identificar los disparadores, prepararse, contar con un lugar seguro y usar recursos. Valoraron la estructura por su utilidad clínica y la claridad que brinda al terapeuta.

#### 3.9.2. Cambios visibles y mejora de la eficacia profesional

Los terapeutas hablaron sobre la rapidez del reprocesamiento, la disminución de los síntomas, los cambios en la emoción asociada a los recuerdos, el cierre más rápido de los procesos y los resultados observados en situaciones de crisis. Ver estos cambios pareció aumentar la satisfacción y la confianza en su trabajo.

#### 3.9.3. Trauma complejo, disociación y regulación emocional

Los problemas más comunes se relacionaron con el trauma complejo, la disociación, el trauma del desarrollo, la fragmentación de recuerdos, la baja tolerancia al dolor y las respuestas emocionales muy intensas. También se mencionaron dificultades al trabajar con niños y con pacientes que tenían dificultades para comprender o participar en ciertas tareas del protocolo.

#### 3.9.4. Receptividad, comprensión y barreras de implementación

La resistencia se describió como incredulidad, comparación con experiencias terapéuticas negativas, necesidad de explicar la base científica del modelo, retroalimentación prolongada y expectativas sobre la duración del tratamiento. También aparecieron barreras económicas, falta de tiempo y preferencias por la atención presencial.

Estas respuestas muestran que la resistencia no siempre implica una oposición interna al tratamiento. A veces puede mostrar que falta información, que hay expectativas poco realistas, que existen barreras del entorno o que la preparación aún es limitada.

#### 3.9.5. Transformación profesional y autocuidado

Los participantes describieron mayor seguridad al abordar casos complejos, satisfacción al aliviar el sufrimiento, claridad clínica, crecimiento personal y un mayor reconocimiento de sus propias necesidades. Algunos señalaron que EMDR les había motivado a priorizar el autocuidado, a organizar mejor su tiempo, a buscar acompañamiento terapéutico y a cultivar la calma.

En conjunto, las respuestas muestran que la aplicación de EMDR no fue percibida únicamente como la incorporación de una técnica. Para varios participantes, representó una transformación en su forma de comprender el trauma, de organizar la intervención y de relacionarse con su propio bienestar.

## Bibliografía

- Akoral, M., Hauenstein-Swan, A., Rizeq, J., & Gumley, A. (2026). Treating dissociation in PTSD: A meta-analysis of psychological intervention studies. *Journal of Trauma & Dissociation*, 27(3), 300–315. <https://doi.org/10.1080/15299732.2026.2641635>.
- Bar-Nizan, T., Rand, D., & Lahav, Y. (2024). Implementation of evidence-based practice and burnout among occupational therapists: The role of self-efficacy. *American Journal of Occupational Therapy*, 78(1), 7801205190. <https://doi.org/10.5014/ajot.2024.050426>.
- Cuijpers, P., van Veen, S. C., Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behavior Therapy*, 49(3), 165–180. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>.
- Fisher, N., Patel, H., van Diest, C., & Spain, D. (2022). Using eye movement desensitization and reprocessing with autistic individuals: A qualitative interview study with EMDR therapists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95(4), 1071–1089.

- <https://doi.org/10.1111/papt.12419>.
- Hasandedić-Đapo, L. (2021). How do psychologists experience and perceive EMDR? *Psychiatria Danubina*, 33(Suppl. 1), 18–23.
- Hu, J.-H., Ma, Y.-Q., Zhou, Y., Wang, S.-B., Jia, F.-J., & Hou, C.-L. (2025). Efficacy of psychological interventions for complex post-traumatic stress disorder in adults exposed to complex traumas: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 380, 515–526. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.153>.
- Hyland, P., Hamer, R., Fox, R., Vallières, F., Karatzias, T., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2024). Is dissociation a fundamental component of ICD-11 complex posttraumatic stress disorder? *Journal of Trauma & Dissociation*, 25(1), 45–61. <https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2231928>.
- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., Cloitre, M., & Karatzias, T. (2020). The relationship between ICD-11 PTSD, complex PTSD, and dissociative experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 62–72. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675113>.
- Leithner, C., Schreyer, B., Däumling, S., Semmlinger, V., & Ehring, T. (2026). The role of dosage and intensity in trauma-focused treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 125, 102720. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2026.102720>.
- Li, A. C. M., Chio, F. H. N., Mak, W. W. S., Fong, T. H., Chan, S. H. W., Tran, Y. H. R., & Kakani, K. (2025). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and mindfulness among healthcare professionals: A meta-analysis of correlational studies and randomized controlled trials. *Social Science & Medicine*, 367, 117749. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.117749>.
- Peji, R. G. A., Lipat, D. D., & De Rojas, A. M. (2026). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing passive and active control conditions. *Cureus*, 18(6), e111244. <https://doi.org/10.7759/cureus.111244>.
- Vaage-Kowalzik, V., Engeset, J., Jakobsen, M., & Evensen, J. H. (2025). Educational, but demanding: The experience of therapists in an intensive inpatient trauma treatment program. *Frontiers in Psychology*, 16, 1581055. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1581055>.

# La Historia del Abrazo de la Mariposa y el Primer Protocolo EMDR Grupal del Mundo

*Autores: Ignacio (Nacho) Jarero y Lucina (Lucy) Artigas*

1 de mayo de 2026

Antes de nuestra formación como terapeutas EMDR, trabajábamos como terapeutas de pareja utilizando enfoques sistémicos, Junguianos y orientados al cuerpo. Recordamos lo frustrados que nos sentíamos al tratar a pacientes con trastorno de estrés postraumático (TEPT) con estos enfoques, sin ningún éxito.

Nuestro primer encuentro con la terapia EMDR fue en 1997. Asistíamos a una conferencia sobre terapia familiar y, mientras caminábamos por los pasillos, vimos un pequeño cartel en la entrada de una de las aulas que decía «EMDR».

Entramos al aula por pura curiosidad. Una mujer estadounidense dio una charla sobre EMDR a una docena de asistentes. Al final de la plática, nos acercamos a ella y nos dijo que había sido entrenada por la creadora del EMDR, la Dra. Francine Shapiro, y que tenía su permiso para entrenar a otras personas.

En ese momento, no sabíamos que nos estaba mintiendo, así que fuimos a su casa y recibimos el «Entrenamiento Nivel 1». Finalmente, completamos la formación oficial en terapia EMDR en septiembre de 1998.

El encuentro fortuito que tuvimos con la terapia EMDR en 1997 cambió nuestras vidas. Recordamos que, durante el viaje de regreso a casa después de nuestro trabajo de campo en Acapulco a principios de 1998, tomamos dos decisiones trascendentes: la primera fue dedicar nuestras vidas profesionales a aliviar el sufrimiento humano provocado por el trauma mediante la terapia EMDR, y la segunda fue lograrlo mediante el trabajo humanitario.

En este sentido, a través de nuestro proyecto humanitario más reciente, llamado ASSYST HEART, desde marzo de 2022 hasta diciembre de 2025, se ha entrenado de forma gratuita a casi 12 000 profesionales especializados en salud mental de 57 países, quienes han prestado apoyo a innumerables niños, adolescentes y adultos sobrevivientes de situaciones catastróficas en todo el mundo.

El 8 de octubre de 1997, el huracán Paulina devastó las costas de los estados mexicanos de Oaxaca y Guerrero, convirtiéndose en uno de los huracanes más mortíferos, destructivos y costosos de la historia del país.

Al ver las escenas de devastación en la televisión, sentimos «fuego en las entrañas», una necesidad urgente de ayudar. Así

que organizamos la primera iniciativa de ayuda humanitaria de nuestras vidas. En enero de 1998, llegamos a Acapulco (la capital del estado de Guerrero) con muy pocos conocimientos sobre EMDR y ninguno sobre intervención temprana, pero con un gran deseo de ayudar.

El primer día de trabajo, llegamos a la «Casa de la Cultura» y más de 200 personas nos esperaban. Decidimos enseñar técnicas de autorrelajación. Al final del día, Nacho estaba dirigiendo un ejercicio llamado «Rayo de Luz» y le pidió a Lucy que lo concluyera. Ella estaba jugando alegremente con un niño de cuatro años que, entre risas y abrazos espontáneos, le preguntó: «Cuando vuelvas a casa... ¿quién me abrazará?». Ella se colocó en el centro del círculo de personas y, en un momento de inspiración, le respondió con el «Abrazo de la Mariposa».

Unos días más tarde, el gobierno estatal nos pidió que ayudáramos a los niños de una escuela a dos horas de Acapulco. Cuando llegamos, nos informaron que el huracán había destruido la escuela y que los niños estaban recibiendo clases bajo un árbol de mango, utilizando largas mesas de madera. Mientras Nacho hablaba con los profesores y pensaba en cómo podríamos proporcionar terapia EMDR individual a docenas de niños, Lucy empezó a jugar con un pequeño grupo de ellos.

Se sentaron en círculo alrededor de Lucy, bajo un árbol de mango como techo y la arena del mar como suelo. Ella les preguntó si recordaban el huracán y todos respondieron que sí. Luego les preguntó si todavía sentían miedo y todos respondieron que sí.

Lucy les pidió que utilizaran los dedos para dibujar en la arena cómo se sentían en ese momento. Una vez que los niños terminaron el dibujo, Lucy les enseñó el Abrazo de la Mariposa y les indicó que dejaran que pasara lo que tuviera que pasar y que pararan cuando sintieran en sus cuerpos que había sido suficiente.

Una vez que los niños dejaron de hacer el Abrazo de la Mariposa, les pidió que borrarán el dibujo y que dibujaran cómo se sentían en ese momento.

Repitió este procedimiento varias veces y luego les pidió que volvieran a recordar el huracán y les preguntó si aún sentían miedo. La respuesta de los niños fue que no, en absoluto. Luego, los niños volvieron a jugar y Lucy se acercó a Nacho y le

dijo: «Ya sé qué hacer para ayudar a estos niños». En ese momento, el primer protocolo de terapia EMDR grupal en el mundo había nacido

En un principio, tuvimos tres retos principales: el primero fue que la terapia EMDR era prácticamente desconocida en América Latina. El segundo, que nosotros éramos totalmente desconocidos en América Latina, y el tercero, que no existía investigación alguna sobre la terapia EMDR grupal en todo el mundo.

En 1998, enviamos a la Dra. Francine Shapiro fotos y una descripción de nuestro trabajo en Acapulco por correo postal. Ella quedó fascinada y nos sugirió que realizáramos investigación. Recordamos haberle dicho: «¿Cuál es el propósito de la investigación, Dra. Shapiro, si ya hemos visto los increíbles resultados?». Su respuesta fue: «Deben realizar investigación para consolidar su trabajo ante los ojos del mundo, para que sea declarado empíricamente validado por las grandes organizaciones internacionales como UNICEF, y así miles y miles más serán sanados en los próximos años».

Y seguimos su sugerencia, animando y guiando a otros a realizar investigaciones. El resultado es que, hoy en día, nuestros protocolos cuentan con más de 100 investigaciones revisadas por pares y publicadas en revistas académicas internacionales que abarcan cerca de 60 poblaciones clínicas, lo que los convierte en los más investigados en el campo de la intervención temprana y del estrés traumático continuado con terapia EMDR.

Desde 1998, nos hemos enfrentado a cuatro retos principales a la hora de proporcionar terapia EMDR sobre el terreno a personas afectadas por desastres naturales o provocados por el hombre y de llevar a cabo investigaciones. Esos retos principales han dado lugar a avances importantes en el campo de la terapia EMDR.

El primero, como mencionamos anteriormente, ocurrió en 1998, tras el huracán Paulina. El desafío era cómo proporcionar terapia EMDR individual en formato grupal para aliviar el sufrimiento de muchas personas con un número limitado de terapeutas EMDR.

La solución fue el desarrollo del protocolo grupal e integrativo de terapia EMDR (EMDR-IGTP, por sus siglas en inglés) para la intervención temprana y el método de terapia EMDR para la estimulación bilateral autoadministrada, llamado el Abrazo de la Mariposa.

En aquel momento, no teníamos formación oficial en investigación y tuvimos que aprender a hacerlo en circunstancias muy difíciles, con poblaciones altamente móviles y el mandato ético de proporcionar terapia a todos los participantes del estudio. La solución fue realizar estudios aleatorizados controlados con cuatro momentos de evaluación y dos grupos: el grupo de tratamiento inmediato y el grupo de tratamiento demorado, en lugar de un grupo de control en lista de espera.

El segundo reto se presentó unos años más tarde, cuando nos dimos cuenta de que muchas poblaciones vivían con experiencias adversas prolongadas recientes, presentes o pasadas, que producían un estrés traumático de larga data, continuado o prolongado.

Para abordar estas poblaciones, desarrollamos e investigamos el EMDR-IGTP para estrés traumático continuado (EMDR-IGTP-OTS, por sus siglas en inglés) y el Protocolo EMDR para incidentes críticos recientes y estrés traumático continuado (EMDR-PRECI, por sus siglas en inglés).

El tercero se produjo justo después del terremoto del 19 de septiembre de 2017 en la Ciudad de México, y el reto consistía en cómo tratar y llevar a cabo investigaciones sobre los síntomas de intrusión del trastorno de estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático, para regular el sistema nervioso autónomo de miles de supervivientes de una manera eficiente, eficaz y segura. La respuesta fueron los protocolos de estabilización del síndrome de estrés agudo (ASSYST, por sus siglas en inglés).

Y el cuarto fue la pandemia de COVID-19, durante la cual desarrollamos e implementamos investigaciones sobre versiones en línea de los protocolos mencionados anteriormente.

Hoy, estamos listos para el próximo desafío...

Para saber más del Abrazo de la Mariposa, visite <https://tinyt.co/4BHu>

# Cuando el dolor físico es la puerta al trauma: Integración de EMDR y DBR en un estudio de caso

*Autora: Ps. Agustina Liste*

## Introducción

La supervivencia depende de la capacidad del sistema nervioso para detectar cambios en el entorno y organizar respuestas adaptativas antes de que la experiencia alcance la conciencia. Frente a una potencial amenaza, el cerebro puede no manifestar inicialmente emociones, sino activa una secuencia jerárquica de procesos neurobiológicos destinados a orientar rápidamente al organismo hacia el estímulo, evaluar su relevancia para la supervivencia y preparar respuestas defensivas apropiadas. Esta organización ocurre en escalas temporales de milisegundos y está mediada, inicialmente, por circuitos del mesencéfalo, particularmente los colículos superiores y el locus coeruleus, antes de la participación de estructuras responsables de las respuestas afectivas y defensivas, como la sustancia gris periacueductal (PAG) y el hipotálamo (Corrigan & Christie-Sands, 2020; Corrigan et al., 2024).

Desde esta perspectiva, la respuesta traumática no comienza con la memoria del acontecimiento, sino con una respuesta automática de orientación, seguida por un incremento de la tensión preparatoria, una reacción de shock neurofisiológico y, posteriormente, por la emergencia de los afectos que organizan las distintas estrategias defensivas. Corrigan describe esta secuencia como Orientación–Tensión–Shock–Afecto (O–T–Sh–A), proponiendo que constituye la organización más primitiva de la respuesta al peligro y un punto de acceso terapéutico privilegiado cuando la experiencia traumática permanece codificada, predominantemente, en memorias implícitas.

Esta formulación amplía la comprensión del modelo EMDR desarrollado por Francine Shapiro (2018), según el cual las experiencias adversas que no logran procesarse adaptativamente permanecen almacenadas en redes de memoria disfuncionales, conservando las percepciones, emociones, cogniciones, sensaciones corporales y respuestas fisiológicas originales del momento traumático.

Van der Kolk (2024) plantea que el trauma queda registrado en el cuerpo mediante modificaciones duraderas de los sistemas de percepción, regulación autonómica, movimiento y sensación, permitiendo que determinados estímulos reactiven respuestas defensivas aún en ausencia de un recuerdo consciente del acontecimiento. En la misma línea, la Teoría Polivagal (Porges, 2017) destaca que las respuestas de supervivencia constituyen organizaciones jerárquicas del sistema ner-

vioso autónomo cuya finalidad primaria es preservar la vida antes que generar una experiencia emocional consciente. Dentro de este marco, los colículos superiores adquieren una relevancia particular, sus capas profundas participan, activamente, en la preparación de los movimientos de la cabeza, el cuello y el tronco hacia estímulos relevantes del ambiente, generando patrones anticipatorios de tensión muscular incluso cuando el movimiento, finalmente, no llega a ejecutarse.

Se presenta el caso de una paciente de 40 años que consultó por un dolor persistente de oído derecho desde 2018 descrito como "un cuchillo clavado", cuya intensidad y persistencia no encontraban un correlato orgánico suficiente, pese a una extensa evaluación diagnóstica, intervenciones médicas y tratamientos especializados. La sintomatología se acompañaba de cefaleas, trastornos gastrointestinales desde la adolescencia y una marcada repercusión funcional y emocional, configurando un cuadro de dolor persistente que motivó la consulta psicológica especializada en trauma.

## Metodología

El presente trabajo corresponde a un estudio de caso clínico único, de carácter descriptivo y longitudinal, cuyo propósito es analizar el proceso de evaluación, conceptualización e intervención psicoterapéutica de una paciente con dolor persistente de oído derecho sin un correlato orgánico suficiente, abordada mediante la integración de EMDR y DBR.

La información fue obtenida a partir de entrevistas diagnósticas, anamnesis, técnicas psicométricas, registros sistemáticos de sesión, revisión de antecedentes médicos y seguimiento longitudinal de la evolución clínica durante todo el proceso terapéutico. La conceptualización se desarrolló en dos niveles complementarios. En un primer nivel, el caso fue formulado desde el modelo EMDR (Shapiro, 2018), identificando las redes de memoria potencialmente implicadas en la sintomatología, las experiencias adversas tempranas, los acontecimientos vitales significativos, los recursos disponibles y los patrones actuales de activación. En un segundo nivel, la comprensión neurobiológica del caso se enriqueció mediante el modelo de DBR previamente descrito.

Complementariamente, la dimensión cuantitativa incorporó la administración de la Dissociative Experiences Scale-II (DE-S-II) para la evaluación de sintomatología disociativa, cuyo resultado se ubicó dentro del promedio esperado para la po-

blación adulta general, sin indicadores de sintomatología disociativa significativa y el Adverse Childhood Experiences Scale (ACE) para la exploración de experiencias adversas tempranas obteniendo un puntaje de 1, correspondiente a la convivencia durante la adolescencia con un padre deprimido que recibió tratamiento farmacológico. Ambos instrumentos aportaron información relevante, aunque resultaron insuficientes para explicar la complejidad observada. La aparente discordancia entre la evaluación psicométrica y la observación clínica no debilitó la formulación diagnóstica; por el contrario, constituyó uno de los elementos centrales. El proceso diagnóstico no avanzó desde los instrumentos hacia la clínica, sino que fue la propia clínica la que condujo a una interpretación crítica de los alcances y limitaciones de la evaluación psicométrica, respetando a su vez, los principios éticos para la publicación de casos. La paciente otorgó su consentimiento informado para la utilización de la información con fines científicos y académicos, preservándose su identidad.

### Motivo de consulta

Se presenta el caso de una paciente de 40 años, contadora, la menor de 3 hermanos de una familia de tradición católica activa. Se caracteriza por un elevado rendimiento académico, marcada autoexigencia y alto nivel de compromiso con sus responsabilidades laborales y familiares. Consultó el 24 de abril de 2023 por un dolor persistente de oído derecho de ocho años de evolución, descrito como "un cuchillo clavado", cuya intensidad y persistencia no encontraban un correlato orgánico suficiente. El cuadro se inició el 9 de marzo de 2018, sin que pudiera identificarse un desencadenante médico o evento emocional capaz de explicar la magnitud y la cronicidad de la sintomatología. Desde entonces, el dolor presentó una intensidad fluctuante impactando sobre el funcionamiento cotidiano, la calidad de vida y el bienestar en general. La sintomatología se acompañaba de cefaleas recurrentes, antecedentes de trastornos gastrointestinales desde la adolescencia y una marcada repercusión funcional y emocional, configurando un cuadro de dolor persistente que motivó la consulta psicológica especializada en trauma.

Inicialmente, no identificaba experiencias traumáticas que, según su propia comprensión, pudieran explicar la complejidad del cuadro. No obstante, el proceso de formulación clínica permitió reconocer un funcionamiento caracterizado por elevados niveles de disociación, inhibición afectiva, sobreadaptación, extrema responsabilidad, dificultades para identificar, expresar y priorizar sus necesidades.

Como parte del abordaje médico fue evaluada por distintos especialistas y se realizaron múltiples estudios complementarios, entre los que se identificó solo una compresión del nervio glossofaríngeo por una arteria que no coincidiría con el dolor descrito por la paciente. Al momento de la elaboración del presente trabajo, la paciente se encuentra con indicación de intervención neuroquirúrgica de descompresión como última alternativa del equipo tratante.

### Hipótesis diagnóstica

El principal desafío diagnóstico no consistió únicamente en explicar la persistencia de este dolor sino en comprender la relación entre la intensidad del sufrimiento y los hallazgos que permitieran explicar su evolución. Entre las hipótesis médicas consideradas predominó el síndrome de Eagle por sobre una neuralgia del nervio glossofaríngeo, aunque los estudios complementarios no mostraban alteraciones concluyentes que confirmaran dicha sospecha. Como parte del tratamiento, recibió diferentes procedimientos, entre ellos un bloqueo del nervio glossofaríngeo y la infiltración de toxina botulínica en la región de la apófisis estiloides. Asimismo, durante uno de los procedimientos se realizó anestesia local sin que se produjera una disminución significativa del dolor referido. Esta discordancia impulsó la necesidad de ampliar el marco conceptual integrando la perspectiva médica con modelos contemporáneos sobre trauma y funcionamiento neurobiológico.

A medida que avanzó la evaluación comenzaron a emerger indicadores que orientaron una formulación diferente. La paciente presentaba un funcionamiento caracterizado por marcada autoexigencia, elevado rendimiento académico y laboral, hiperresponsabilidad, sobreadaptación, inhibición de sus propias necesidades emocionales y una tendencia persistente al hiperfuncionamiento. Su organización cotidiana se encontraba centrada en el cumplimiento, el desempeño y el cuidado de los demás, con escasa conexión consciente con sus propios estados afectivos.

En el plano vincular se observaba una modalidad relacional rígida y altamente normativa. Esta organización también se expresaba en su vivencia religiosa, caracterizada por una adhesión estricta a normas y mandamientos, con predominio del deber por sobre la experiencia emocional. La exploración de un vínculo de pareja se inició a los 27 años con quien posteriormente contrajo matrimonio respetando rigurosamente los principios de la iglesia. Estos aspectos no fueron considerados problemáticos por su contenido religioso, sino por la forma en que evidenciaban un estilo de funcionamiento basado en el cumplimiento, la autoexigencia y la postergación sistemática de las propias necesidades. Ninguno de estos elementos constituye, por sí mismo, un criterio diagnóstico; sin embargo, la consistencia con la que aparecían en distintas áreas del funcionamiento permitió reconocer un patrón organizador que trascendía los síntomas aislados y comenzaba a otorgar coherencia al conjunto del caso.

Paralelamente, la reconstrucción longitudinal permitió advertir que, más allá de sus diferentes localizaciones anatómicas, todas compartían un mismo patrón evolutivo: tendían a exacerbarse durante períodos de elevada exigencia, persistían aun cuando el estresor inmediato había cesado y coexistían con una marcada dificultad para reconocer la experiencia emocional asociada. La integración progresiva entre ambas dimensiones comenzó a perfilarse durante el proceso de evaluación y posteriormente se consolidaría durante el tratamiento, consti-

tuyendo uno de los cambios más significativos del caso. La organización fisiológica precedía a la integración narrativa: el cuerpo se manifestaba desde mucho antes de que la paciente pudiera contar.

Desde la clasificación nosográfica vigente (DSM-5-TR), el cuadro podría pensarse dentro del espectro de los trastornos de síntomas somáticos debido a la presencia de dolor persistente y repercusión funcional, siendo una categoría que resultó insuficiente. La hipótesis clínica fue que los síntomas corporales constituían la forma predominante de manifestación de una organización traumática cuya actividad permanecía sostenida mediante respuestas implícitas del sistema nervioso.

Esta formulación resulta congruente con diferentes desarrollos contemporáneos sobre trauma complejo y relacional que describe cómo la traumatización prolongada puede producir alteraciones persistentes en la regulación emocional, la identidad y las relaciones interpersonales. Van der Kolk (2022) profundizó el papel de la memoria implícita y de las manifestaciones corporales del trauma, mientras que Anabel González (2017) y Dolores Mosquera (2013) lo desarrollaron en el contexto del trauma relacional, el apego y la integración terapéutica mediante EMDR.

Desde esta perspectiva, la predominancia inicial de manifestaciones fisiológicas observada en la paciente resulta coherente con una organización traumática compleja expresada mediante procesos implícitos y respuestas defensivas mantenidas en el tiempo. Esta formulación no pretende constituir una nueva categoría diagnóstica ni sustituir la clasificación nosográfica vigente, sino ofrecer una hipótesis integradora que permita comprender la organización del caso y orientar el proceso terapéutico.

### **Plan de tratamiento: síntomas, desencadenantes y objetivos terapéuticos**

Durante la Fase 1 del Modelo EMDR se logró delimitar tres dimensiones interrelacionadas: la sintomatología actual, los desencadenantes que la exacerban y los objetivos terapéuticos que orientaron el tratamiento.

#### ***Síntomas***

Se identificó un predominio de manifestaciones somáticas por sobre las cognitivo-emocionales, congruente con la hipótesis de una organización traumática cuya expresión clínica se sostiene, principalmente, a través de vías fisiológicas. El síntoma dominante fue el dolor persistente de oído derecho sumado a cefaleas, bruxismo de larga data con uso sostenido de placa de relajación, tensión cervicofacial crónica y trastornos gastrointestinales presentes desde la adolescencia (constipación y hemorroides), junto con alteraciones tiroideas y hematológicas exploradas por las especialidades médicas intervinientes.

#### ***Desencadenantes***

Más allá de sus diferentes localizaciones anatómicas, luego de un extenso trabajo la sintomatología tendía a exacerbarse ante un patrón consistente de disparadores vinculados a la injusticia y a lo absurdo. Un rasgo distintivo fue que los síntomas persistían aun cuando el estresor inmediato había cesado, lo que orientó la hipótesis de que dichos disparadores reactivaban redes de memoria más tempranas.

Ya durante la Fase 1 se aplicaron los procedimientos de identificación de memorias, sin lograr un acceso fluido a experiencias previas a los doce años. Recién durante el trabajo posterior con DBR comenzaron a surgir señales implícitas que permitieron pensar en la existencia de material aún más temprano, insuficientemente representado en la memoria autobiográfica. La reconstrucción de dicho material mediante el diálogo con sus padres, permitió identificar contenidos vinculados al nacimiento y a los primeros cuarenta días de vida, ampliando la comprensión inicial y poniendo de relieve la relevancia de una figura de cuidado temprano —la abuela materna— cuya función protectora en ese período resultaría clave para comprender otras experiencias posteriores.

#### ***Objetivos terapéuticos***

En función de la conceptualización del caso, se estableció como objetivo del tratamiento favorecer el procesamiento adaptativo de las redes de memoria disfuncionales subyacentes a la sintomatología somática persistente, integrando los procedimientos estandarizados de EMDR con las intervenciones de DBR, fortaleciendo los recursos de estabilización y regulación fisiológica de la paciente durante la fase de preparación, considerando su elevado nivel de sobreadaptación y su escasa conexión con las propias señales corporales. Dado que la paciente transitó por múltiples intervenciones médicas que requerían una preparación específica, se implementaron protocolos de psicoprofilaxis quirúrgica, protocolos de dolor, instalación de recursos y otras medidas de estabilización orientadas a favorecer su conexión afectiva con la experiencia, en tanto se observaba que tendía a desafectivizar el relato en la misma medida en que la situación implicaba mayor rigurosidad y seriedad. Estas intervenciones se consideraron condiciones necesarias para garantizar la tolerancia afectiva y somática requerida antes de iniciar el reprocesamiento de las memorias identificadas.

### **Descripción de sesiones según las ocho fases del protocolo EMDR**

#### ***Fase 1 — Conceptualización informada del caso y planificación del tratamiento***

**Problema:** dolor persistente de oído derecho de 5 años de evolución.

**Experiencia reciente elegida:** consulta médica.

**Imagen:** el momento en que el médico habla y se tira hacia atrás.

**CN:** "No tengo el control". **SUDS:** 8. Emoción: angustia, incertidumbre. Sensación: panza, pecho.

**Síntomas:** dolor de oído derecho, cefaleas recurrentes, bruxismo con tensión cervicofacial crónica, trastornos gastrointestinales (constipación y hemorroides) desde la adolescencia, alteraciones tiroideas y hematológicas, hipervigilancia somática, sobreadaptación, hiperresponsabilidad e inhibición afectiva.

**Metas de la paciente:** reducir o resolver el dolor y la sintomatología física asociada, y comprender el cuadro más allá de una explicación estrictamente médica.

**Recursos existentes (internos/externos):** alto rendimiento académico y profesional, capacidad de compromiso y responsabilidad, vínculo de pareja estable, fuertes lazos de amistad y familia, marco de sostén religioso y comunitario, motivación y adherencia sostenida al proceso terapéutico.

Se accedió en esta Fase a las experiencias pasadas, a los disparadores presentes y patrones futuros.

**Fase 2 — Preparación:** Estimulación Bilateral elegida, abrazo de mariposa. En el ejercicio de Estado Seguro/Tranquilo, la paciente eligió la playa, en la zona límite con Pinamar, un lugar que suele visitar y que, según sus palabras, "siempre le dio mucha paz". Palabra clave: Paz

**Fase 3 — Evaluación:** Se seleccionó como primer blanco a reprocesar la experiencia de la internación en terapia intensiva de la abuela en el 2005 (Título: Sala) por tratarse de la experiencia más perturbadora identificada hasta el momento y generadora de malestar psíquico actual, transcribiéndose tal como fue registrado, el primer reprocesamiento correspondiente a una sola sesión.

**Imagen:** verle las manchas en la piel. **CN:** "No tengo el control". **CP:** "Puedo aceptar". **VoC:** 3,5. Emoción: tristeza. **SUDS:** 10. Sensación corporal: garganta y cabeza.

#### **Fase 4 — Desensibilización**

**P:** Esta experiencia deja en evidencia mi debilidad, lo apegada que soy a mi familia. (EB) Una sola imagen, la habitación de terapia, desde que entró a la sala, no salió más. (EB) Sigo ahí, sala de espera, estudiando en junio ahí porque estaba por rendir italiano con mi mejor amiga. (EB) Nunca entré a verla. (EB) Imágenes de cosas que me contaba mi mamá. (EB) Yo estaba muy tranquila. Mi pregunta es si sufrió o no (llora). (EB) Lo mismo, me decían que yo estaba muy tranquila. (EB) Vino un cura a verla, fue el único momento que estuvo conectada, le dio la mano. (EB) No me genera más nada, ahora es mi mamá, no me acuerdo de verla mal, todo el tiempo nos cuidó a nosotros. Es una persona muy entera, no sé cómo hizo. (EB) Se me mezcló todo porque hubo lío con mis primas, se necesitaban dadores de sangre y ellas no iban, tema dinero también. Tuvo una actitud fea una de ellas. Una de ellas le responde un mensaje a mi mamá después de mucho tiempo y fueron a tomar un café. (EB) Cuando me enteré no sabía si matarla a ella o a mi mamá. (EB) No me la quiero cruzar, ganas de matar. Que ella tenga a mi mamá es un regalo de Dios. (EB) Imágenes de mis sobrinos, eso me hizo entenderla. (EB) Imágenes de mis sobrinos con sus abuelos. (EB) Las mismas imágenes de ellos juntos.

**T:** B) Al regresar a la experiencia original, ¿qué surge?

**P:** Tristeza por no controlar lo que pasó y la falta que me hace. Los veo a mis padres como abuelos. Imagen del día que me faltan ellos, no como angustia sino con realidad. (EB) Volví a la primera pregunta: faltar, podemos faltar todos, lo más probable es por enfermedad y no por injusticia como con mi tío y mi abuela. El papá de mi cuñada murió de cáncer después de conocer a Mateo. Lo de mi abuela igual no debería haber pasado. No se habla mucho de mi abuela en mi casa. (EB) Ya está, me largué a llorar. (EB) Me pasó el tren este... me vinieron las cosas buenas. (EB) Sobrinos con mis padres, los buscan de cómplices. (EB) Es extrañarla. (EB) Nada, me quedé con las palmaditas (el ruidito del abrazo de mariposa). (EB) Esto ya es cualquiera, se me vino el vóley, un capítulo en mi vida. (EB) El ruido a pelotas desordenadas cuando las vas picando me hizo acordar; cuando estoy nerviosa, voy en un avión por ejemplo, tengo como imágenes de la previa a cuando jugaba al vóley, de mis sobrinos. (EB) Me tocó escuchar muchas cosas tristes, esta es la primera vez que me tocó vivirlo también. (EB) Seguí con lo mismo. (EB) La veo a mi mamá con la misma imagen del tren bala, le dio para adelante con todo. (EB) Conversación con el médico que me dijo que me haría bien hacer terapia, y yo le dije que sí, necesito a alguien que me acompañe porque mi dolor con ella no lo puedo compartir. (EB) Fin de la conversación: me entiende, pero no es que ella no va a sufrir porque yo no se lo cuente. Demasiado cargarle a una madre con un dolor que no tiene consecuencias, pero largo, muy cansador... mami, no puedo contarte mis cosas porque sos mi mamá.

### Fase 7 — Cierre (blanco incompleto)

Al no completarse el reprocesamiento del blanco durante este primer reprocesamiento (SUDS > 0), se procedió al cierre de un blanco incompleto. La paciente señaló comenzar a reconocer un aprendizaje: identifica la necesidad de llorar, aunque le resulta difícil hacerlo en presencia de otras personas. Como técnica de cierre se utilizó la Técnica del Haz de Luz (Shapiro, 2018). Al finalizar, la paciente notó su cuerpo más liviano y refirió alivio por haber podido llorar durante la sesión. Este logro fue incorporado al registro de avances del proceso terapéutico.

### Conclusiones

El presente caso ilustra cómo un cuadro de dolor persistente, cuya intensidad no encontraba una explicación suficiente en los hallazgos médicos disponibles, puede comprenderse de manera más amplia mediante una formulación clínica que integre la evaluación médica, la historia evolutiva, el modelo EMDR y los aportes de DBR. Desde esta perspectiva, la información médica y la comprensión del funcionamiento del sistema nervioso dejan de constituir explicaciones excluyentes para convertirse en niveles complementarios de análisis clínico.

Uno de los principales hallazgos fue la discrepancia entre la escasa carga traumática sugerida por los instrumentos psicométricos estandarizados y la complejidad de la organización clínica evidenciada durante el proceso terapéutico. La baja puntuación obtenida en la ACE y la ausencia de indicadores clínicamente significativos en la DES-II no permitieron anticipar la magnitud de la organización traumática observada, poniendo de manifiesto que, en determinados pacientes, la evaluación del trauma requiere integrar la trayectoria del desarrollo, la observación longitudinal y la organización fisiológica del sistema nervioso.

La evolución terapéutica permitió, a su vez, observar el aporte complementario de ambos abordajes. El reprocesamiento mediante EMDR del blanco correspondiente a la internación de la abuela materna mantuvo durante un período prolongado un elevado nivel de perturbación, sin alcanzar un cierre completo. La incorporación posterior de DBR, utilizando el dolor de oído como estímulo activador y atendiendo a las respuestas de orientación, tensión y shock, permitió acceder a respuestas somáticas y a aspectos, evolutivamente, más tempranos que no se encontraban inicialmente disponibles en forma de memoria autobiográfica. Una vez contextualizado e integrado este material, el retorno al blanco mediante EMDR permitió completar su reprocesamiento adaptativo. Este proceso se acompañó del cese significativo del dolor de oído —con manifestaciones residuales abordadas médicamente— y de cambios que trascendieron el síntoma físico: mayor acceso a la propia vulnerabilidad, disminución de la culpa asociada a priorizar sus necesidades y modificaciones en patrones arraigados de hiperresponsabilidad, autocuidado y funcionamiento interpersonal.

El principal aporte, sin embargo, no radica en la secuencia de las técnicas empleadas, sino en la hipótesis clínica que de ella se desprende. Cuando la narrativa autobiográfica resulta inicialmente inaccesible, las respuestas fisiológicas pueden constituir la primera expresión observable de una organización traumática aún no integrada. En este caso, aquello que inicialmente se presentó como un síntoma físico terminó constituyéndose en una vía de acceso a experiencias y aspectos de la identidad que hasta entonces permanecían insuficientemente integrados. El dolor no solo disminuyó: adquirió un sentido dentro de la historia de la paciente.

Esta observación invita a reconsiderar el lugar de los síntomas somáticos persistentes dentro de la formulación clínica. El síntoma deja de ser únicamente un fenómeno que requiere explicación etiológica para convertirse también en una fuente de información acerca del modo en que el sistema nervioso ha organizado la experiencia. Desde esta perspectiva, la fisiología no representa simplemente una consecuencia del trauma: puede constituir su primera manifestación clínicamente accesible.

En síntesis, este caso sugiere que, cuando el dolor persiste sin un correlato orgánico suficiente, la pregunta clínica deja de ser únicamente “¿qué le duele al paciente?” para transformarse en otra más amplia: “¿qué organización del sistema nervioso sostiene ese dolor?”. Este cambio de perspectiva no reemplaza la evaluación médica ni las clasificaciones diagnósticas, sino que las complementa mediante una formulación clínica que integra la historia del desarrollo, las respuestas fisiológicas implícitas y el procesamiento de las redes de memoria. Si futuras investigaciones respaldan esta formulación, una de sus principales implicancias será reconsiderar el punto de partida del trabajo clínico con el trauma: en determinados pacientes, el primer acceso terapéutico no comienza por la memoria, sino por la fisiología.

### Referencias Bibliográficas

- Corrigan, F., & Christie-Sands, J. (2024). *Deep Brain Reorienting: Clinical Applications of Neuroscience for Trauma Psychotherapy*. Routledge.
- González, A. (2017). *No soy yo: Entendiendo el trauma complejo, el apego y la disociación*.
- González, A., & Mosquera, D. (2013). *EMDR y disociación: El abordaje progresivo*. Ed. Pléyades.
- Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures* (3rd ed.). Guilford Press.
- Porges, S. W. (2017). *La teoría polivagal: Fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación*. Ed. Pléyades.
- Van der Kolk, B. A. (2022). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Ed. Eleftheria.

ENSAYO TEÓRICO

# Integración de EMDR, compasión y creatividad en el tratamiento del trauma relacional infantil

*Autora: Ps. Paula Moreno*

## Introducción

Cuando el trauma relacional interrumpe el desarrollo de la seguridad, la conexión y la capacidad de tratarse con amabilidad, la reparación requiere algo más que el reprocesamiento de las memorias traumáticas. La presente propuesta sostiene que la integración de EMDR con los Dragones Compasivos —como dispositivos narrativos y experienciales que promueven la regulación emocional, la autocompasión y la creación de nuevas experiencias relacionales— constituye una vía eficaz para favorecer la integración del trauma y la reorganización del sentido de sí mismo en niños que han atravesado experiencias de traumatización compleja.

Hay niños que llegan a consulta convencidos de que algo en ellos está roto.

No suelen decirlo de manera explícita. Lo encontramos en sus silencios, en la dificultad para pedir ayuda, en la manera en que esconden sus emociones o en el modo en que intentan volverse invisibles. Otros llegan con conductas disruptivas, explosiones de ira o una intensa necesidad de controlar cuanto sucede a su alrededor. Detrás de cada una de estas manifestaciones suele existir una historia común: la experiencia repetida de la desconexión.

El trauma relacional tiene una cualidad particular. La herida ocurre precisamente allí donde debería haberse encontrado refugio. El niño necesita acercarse a quienes ama para regular su sufrimiento, pero son esos mismos vínculos los que muchas veces resultan incapaces de ofrecer seguridad, sintonía o consuelo.

DeYoung (2024) describe la vergüenza como una experiencia relacional de desconexión.

Cuando esta desconexión se vuelve persistente, el niño no sólo pierde la posibilidad de sentirse acompañado emocionalmente, sino que comienza a construir una narrativa acerca de sí mismo. No piensa que el vínculo falló. Piensa que él es quien falla.

La vergüenza se convierte entonces en una lente a través de la cual interpreta el mundo.

Con el tiempo, el universo emocional comienza a empobrecerse. La curiosidad disminuye. La espontaneidad se retrae. El juego pierde libertad. La capacidad de reconocer necesidades internas se vuelve confusa. Lo que alguna vez fue una estrate-

gia adaptativa para preservar el vínculo termina transformándose en una organización del yo marcada por la soledad, la inseguridad y la desconexión.

A lo largo de mi trabajo clínico con niños, niñas y familias que han atravesado situaciones de trauma relacional cuyo impacto se lee en una traumatización compleja, he observado que muchas de las intervenciones que resultan eficaces comparten un elemento común: ayudan a restaurar experiencias de conexión.

EMDR ha constituido una herramienta fundamental para acompañar estos procesos. Su capacidad para facilitar el reprocesamiento de experiencias traumáticas, integrar recuerdos disfuncionalmente almacenados y promover nuevas asociaciones adaptativas ha contribuido significativamente a la comprensión contemporánea de la recuperación del trauma (Leeds, 2016; Shapiro, 2018). Sin embargo, cuando las heridas se originan en los vínculos tempranos, el procesamiento de las memorias suele requerir algo más que el acceso a la información traumática. Requiere crear las condiciones necesarias para que el niño pueda sentirse acompañado mientras se acerca a aquello que durante años debió enfrentar en soledad. Por otro lado, necesitamos un abordaje psicodinámico que potencie, tal como describen Vliegen et al. (2026), los procesos de mentalización en los cuidadores.

Comprender el trauma relacional implica también reconocer que sus huellas no se organizan únicamente como recuerdos narrativos, sino como alteraciones profundas en la manera en que el niño percibe su propio cuerpo y el mundo que lo rodea. Lanius y colaboradores describen el trauma como una lesión de los sistemas sensoriales, capaz de modificar la forma en que la información proveniente del cuerpo y del ambiente es registrada, integrada y utilizada para construir una experiencia de seguridad. Desde esta perspectiva, la sensación de amenaza deja de ser exclusivamente una interpretación cognitiva para convertirse en una vivencia corporal persistente, donde los sentidos, el movimiento, el equilibrio, la interocepción y el contacto interpersonal participan activamente en la organización de la experiencia traumática (Lanius et al., 2025).

Esta comprensión resulta especialmente relevante para el trabajo con niños. Como plantea Shore, el trauma temprano compromete la integración entre el cerebro de supervivencia, los sistemas emocionales y las áreas corticales responsables

de la reflexión, el acceso exclusivo a estrategias verbales suele resultar insuficiente (2012). El juego, los objetos narradores, los títeres y las experiencias sensorio motrices ofrecen entonces una vía privilegiada para restablecer esa integración desde una dirección "bottom-up" (intervenciones de "abajo hacia arriba", en donde se comienza por la experiencia corporal, sensorial, emocional y autonómica, en lugar de partir del análisis cognitivo), favoreciendo nuevas experiencias de seguridad que posteriormente podrán ser elaboradas mediante procesos reflexivos y de procesamiento adaptativo, como propone el abordaje EMDR.

La integración de esta adaptación en donde se combinan el uso del arte, títeres, el trabajo desde las artes narrativas, la terapia centrada en la Compasión y EMDR, se convierten en un abordaje eficaz en este tipo de traumas.

### EMDR y trauma relacional

El Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información ofrece un marco particularmente útil para comprender el trauma relacional. Las experiencias de desconexión temprana quedan almacenadas en redes de memoria que contiene emociones, sensaciones corporales, imágenes y creencias negativas acerca de uno mismo. En el caso del trauma relacional, estas experiencias no suelen estar organizadas alrededor de un único evento traumático, sino de múltiples experiencias repetidas de rechazo, humillación, ausencia emocional o falta de sintonía.

Por esta razón, el trabajo terapéutico requiere adaptaciones que prioricen la seguridad, la estabilización y el fortalecimiento de recursos.

EMDR permite acceder a estas experiencias implícitas y facilitar su integración. Sin embargo, en niños con trauma relacional severo, la vergüenza suele funcionar como una barrera que dificulta el acercamiento a las memorias traumáticas.

La evitación, la autocrítica, la disociación y el rechazo de aspectos vulnerables del yo suelen aparecer como intentos de protegerse del dolor asociado a estas experiencias.

Es aquí donde la compasión adquiere un papel fundamental.

La compasión permite desarrollar una actitud de curiosidad, aceptación y valentía frente al sufrimiento. En lugar de acercarnos a las experiencias traumáticas desde la exigencia o el juicio, aprendemos a hacerlo desde una presencia amable capaz de sostener aquello que fue vivido en soledad.

Desde esta perspectiva, la compasión no constituye una intervención separada de EMDR. Se convierte en el contexto emocional dentro del cual el procesamiento puede ocurrir.

### Trauma relacional y vergüenza: cuando la desconexión se convierte en identidad

Los seres humanos construimos el sentido de quiénes somos dentro de las relaciones. Durante la infancia, las experiencias de cuidado, regulación y sintonía emocional constituyen el principal organizador del desarrollo psicológico.

Cuando el vínculo de apego ofrece seguridad, las inevitables rupturas relacionales encuentran reparación. El niño descubre que puede experimentar frustración, enojo o tristeza sin perder el amor de quienes lo cuidan.

Sin embargo, cuando la desconexión se vuelve persistente, la experiencia cambia radicalmente.

La vergüenza emerge allí donde el encuentro fracasa. Cuando el niño necesita ser visto y encuentra indiferencia. Cuando necesita protección y encuentra rechazo. Cuando necesita consuelo y encuentra soledad.

En contextos de trauma relacional, el niño se enfrenta a una tarea imposible: preservar el vínculo con quienes depende para sobrevivir aun cuando esos mismos vínculos sean fuente de sufrimiento. Como consecuencia, suele atribuirse a sí mismo la responsabilidad de aquello que ocurre.

Resulta menos amenazante pensar "hay algo malo en mí" que aceptar que quienes deberían cuidarlo no pueden hacerlo.

Poco a poco la vergüenza deja de ser una emoción y se transforma en una identidad.

La persona deja de creer que hizo algo malo y comienza a sentir que ella misma es mala.

Aparecen entonces creencias nucleares como "no merezco amor", "soy defectuoso", "hay algo malo en mí", "no soy importante", "estoy solo". Estas cogniciones constituyen frecuentemente el núcleo de las redes de memoria traumática que posteriormente encontramos durante el procesamiento EMDR.

La vergüenza también afecta profundamente la regulación emocional. Algunos niños se vuelven agresivos y controladores. Otros se esconden, evitan el contacto visual o se desconectan de sus emociones. Aunque las manifestaciones sean diferentes, todas buscan proteger al niño de una experiencia interna percibida como insoportable.

La curiosidad, el juego, la espontaneidad, la imaginación y la capacidad de pedir ayuda suelen quedar inhibidos. El mundo interno se vuelve un territorio desconocido y temido.

Desde esta perspectiva, el desafío terapéutico no consiste únicamente en procesar recuerdos traumáticos. Implica ayudar al niño a desarrollar una nueva relación consigo mismo. Como así también, crear un contexto relacional más seguro con sus cuidadores.

## Compasión y creatividad: los Dragones Compasivos como experiencia reparadora

La Terapia Centrada en la Compasión fue desarrollada por Paul Gilbert para trabajar con personas que presentan altos niveles de vergüenza y autocrítica. Su objetivo principal es desarrollar la capacidad de responder al sufrimiento con sensibilidad, comprensión y deseo de aliviarlo.

Cuando comencé a integrar este modelo al trabajo con niños observé que muchos de los conceptos resultaban difíciles de transmitir únicamente a través de explicaciones verbales. Los niños necesitaban tocar, imaginar, jugar y experimentar la compasión.

Por otro lado, como manifiesta Malchiodi (2023), la terapia de artes expresivas ayuda a los pacientes a estar en contacto con maneras de sanar que no involucren el lenguaje, sino el cuerpo y las sensaciones fisiológicas.

De esta necesidad nacieron los Dragones Compasivos. Los dragones constituyen una adaptación propia de las intervenciones basadas en CFT para la infancia. Funcionan como objetos narradores y mediadores simbólicos entre el niño, su mundo interno y su manera de vincularse con los otros.

Desde el inicio del tratamiento forman parte de la construcción del vínculo terapéutico y de la psicoeducación acerca de la regulación emocional. La adaptación es amplia e involucra varios títeres y objetos narradores que fueron creados con todas las cualidades necesarias para desarrollar en el mundo interno del niño.

El primero de los dragones representa el Ideal Compasivo. Posee cualidades de valentía, sabiduría, fortaleza, ternura y amabilidad. Sus antenas le permiten detectar el sufrimiento y acercarse a él. Su mirada transmite calidez y seguridad. Este dragón ayuda a los niños a imaginar cómo sería relacionarse consigo mismos desde una actitud compasiva.

El segundo dragón representa la capacidad de acercarse al sufrimiento. Tiene grandes alas que le permiten descender a las profundidades del océano y regresar. Junto a él aparece un pequeño dragón bebé que simboliza las partes heridas de la experiencia. A través del juego, los niños aprenden a sostener ese sufrimiento, cuidarlo, alimentarlo y protegerlo en lugar de rechazarlo.

El tercer dragón representa la vergüenza. Puede esconder su cabeza dentro de su cuerpo, cubrirse con sus alas y retraerse frente a la mirada de los demás. Su diseño permite explorar corporalmente las posturas asociadas a la vergüenza y desarrollar conciencia sobre la forma en que esta emoción se expresa en el cuerpo.

El cuarto dragón representa a la culpa. Es un dragón que posee alas muy pequeñas, casi imposibles de ser desplegadas, tiene un mecanismo de peso en su cola de dragón, de manera que se arrastra con su peso y su espalda está encorvada. Su mirada es esquiva y la cabeza está encogida.

Junto a ellos aparecen también el Cerebro Terapéutico y el Cerebro Primitivo. El primero contiene los tres sistemas de regulación emocional descritos por Gilbert: amenaza, logro y calma. El segundo ayuda a comprender las respuestas automáticas de lucha, huida o congelamiento asociadas al trauma.

También es posible que los niños tengan en sus manos el cerebro compasivo. Tal como lo describo en mi libro “Recursos creativos para la intervención clínica” (Moreno, 2026), este cerebro posee una serie de objetos que representan las cualidades que podemos cultivar para tener una mirada amorosa con nuestra vida y con nosotros mismos.



Estos recursos permiten traducir conceptos complejos en experiencias concretas, favoreciendo procesos de conexión hemisferio derecho a hemisferio derecho que resultan esenciales para la reparación del trauma temprano.

Los Dragones Compasivos pueden integrarse a todas las fases del protocolo EMDR.

Durante la preparación facilitan el desarrollo de recursos internos y la regulación emocional. Son un medio hábil para trabajar en el vínculo terapéutico. Facilitan la evaluación y el rastreo de información acerca de la comunicación familiar y sus maneras de vincularse.

Durante la evaluación ayudan a identificar necesidades insatisfechas, emociones difíciles y creencias negativas. Tanto a nivel individual del niño como de la familia toda.

Durante el procesamiento pueden funcionar como figuras protectoras, acompañantes compasivos o representantes simbólicos de aspectos vulnerables del yo.

Durante la instalación fortalecen nuevas experiencias de seguridad, aceptación y conexión.

Asimismo, resultan especialmente útiles en el trabajo con niños que presentan síntomas disociativos. Los dragones facilitan la aproximación a estados internos rechazados, promueven la cooperación entre partes de la personalidad y permiten desarrollar una mirada compasiva hacia aspectos previamente asociados con vergüenza, miedo o rechazo.

La creatividad deja entonces de ser un recurso complementario para convertirse en un lenguaje terapéutico. Un lenguaje capaz de llegar allí donde las palabras todavía no alcanzan.

El uso de títeres en el tratamiento de niños con impacto traumático, se convierte en un camino de trabajo desde el enraizamiento, la autorregulación, el sentimiento de seguridad y la posibilidad de crear un nuevo sentido a la narrativa traumática.

Si la vergüenza nació dentro de una experiencia de desconexión, la reparación necesita ser vivida dentro de una experiencia de conexión.

Los Dragones Compasivos buscan ofrecer precisamente esa experiencia.

### **Integración de los Dragones Compasivos en las ocho fases del protocolo EMDR**

La integración de los Dragones Compasivos dentro del abordaje EMDR no constituye una técnica aislada ni un recurso accesorio. Se trata de una manera de habitar el protocolo desde una perspectiva compasiva, relacional y creativa. Los dragones acompañan al niño a lo largo de todo el proceso terapéutico, favoreciendo la regulación emocional, el desarrollo de recursos internos y la construcción de nuevas experiencias de apego.

#### ***Fase 1. Historia clínica y planificación del tratamiento***

Durante la evaluación inicial, los Dragones Compasivos facilitan la exploración del mundo interno del niño. Muchos pacientes que han atravesado trauma relacional presentan dificultades para identificar emociones, necesidades o experiencias corporales. A través del juego simbólico, los dragones permiten acceder a información que frecuentemente no aparece mediante preguntas directas.

El terapeuta puede observar con qué dragón se identifica el niño, cuáles rechaza, cuáles teme o cuáles necesita. Estas elecciones suelen ofrecer valiosa información acerca de los estados emocionales predominantes, los sistemas de regulación activados y las experiencias de apego internalizadas.

Asimismo, los dragones permiten comenzar a identificar aspectos fragmentados de la experiencia que posteriormente podrán ser abordados durante el procesamiento.

Los dragones son facilitadores de la creación del vínculo terapéutico que se gesta desde las primeras entrevistas.

#### ***Fase 2. Preparación***

La fase de preparación constituye uno de los momentos más importantes en el tratamiento del trauma relacional.

Muchos niños llegan a terapia con escasos recursos de autorregulación y con el sistema de amenaza persistentemente activado. Antes de acercarse a las memorias traumáticas necesitan desarrollar experiencias internas de seguridad.

En esta etapa los Dragones Compasivos, el Cerebro Terapéutico y el Cerebro Primitivo adquieren un papel central.

El Cerebro Terapéutico permite comprender los sistemas de amenaza, logro y calma descritos por Gilbert. Los niños aprenden a reconocer cuándo su cerebro de amenaza está activado y qué recursos pueden ayudarlos a regresar a estados de mayor regulación.

El Cerebro Primitivo facilita la comprensión de las respuestas automáticas de lucha, huida y congelamiento. Esta psicoeducación suele disminuir significativamente la vergüenza asociada a determinadas conductas, ya que permite comprenderlas como respuestas adaptativas de supervivencia. Los títeres ofrecen una cuota de humor y alegría que, en dosis adecuadas, permiten restaurar esa energía vital perdida.

En paralelo, el Dragón Compasivo comienza a desarrollarse como una figura interna de apoyo. A través de historias, dibujos, visualizaciones y juegos, los niños exploran las cualidades de sabiduría, valentía, fortaleza y amabilidad. Cada dragón además tiene un fuego sagrado que es el medio hábil para ofrecer esas cualidades que todavía no pueden reconocer en ellos mismos.

Más que crear un personaje imaginario, el objetivo es comenzar a construir una nueva experiencia interna de relación consigo mismos.

#### ***Fase 3. Evaluación***

Durante esta fase los dragones facilitan la identificación de emociones, necesidades y cogniciones negativas asociadas a las experiencias traumáticas.

Con frecuencia, los niños encuentran menos amenazante expresar pensamientos difíciles a través de los personajes. El Dragón de la Vergüenza suele convertirse en un puente para explorar sentimientos de inadecuación, exclusión o no merecimiento. Desde lo fisiológico permite hacer un rastreo del estilo "bottom up". Entonces, una postura determinada puede ayudar a evaluar una sensación física incómoda y tal vez, asociarse muy de a poco con una emoción determinada.

Preguntas como "¿qué cree este dragón acerca de sí mismo?" o "¿qué necesita escuchar este dragón?" permiten acceder a material clínico relevante sin exponer al niño de manera abrupta.

Asimismo, la presencia del Dragón Compasivo comienza a introducir perspectivas alternativas frente a las cogniciones negativas.

#### **Fase 4. Desensibilización**

Durante el procesamiento, los Dragones Compasivos funcionan como acompañantes simbólicos que ayudan al niño a permanecer dentro de la ventana de tolerancia.

Cuando emergen emociones intensas de miedo, vergüenza o soledad, el Dragón Compasivo puede acercarse a la escena traumática, acompañar al niño que sufrió la experiencia o sostener aspectos vulnerables del recuerdo. Este dragón posee alas muy grandes para abrazar al niño. Posee también, en sus patas unos dedos que le permite apoyarse en los brazos del niño o en su hombro, como un gesto de cuidado y protección.

Esta intervención no busca evitar el procesamiento emocional sino favorecer una aproximación segura al material traumático.

El niño deja de enfrentar la experiencia traumática en soledad. Comienza a hacerlo acompañado por una representación interna de cuidado y protección.

#### **Fase 5. Instalación**

A medida que las cogniciones positivas comienzan a fortalecerse, los dragones ayudan a dar forma concreta a las nuevas experiencias.

Creencias como "soy valioso", "merezo cuidado" o "puedo pedir ayuda" dejan de ser únicamente afirmaciones cognitivas para transformarse en experiencias relacionales encarnadas.

El Dragón Compasivo representa la posibilidad de establecer un vínculo diferente con uno mismo.

#### **Fase 6. Escaneo corporal**

Muchos niños con trauma relacional presentan una profunda desconexión respecto de sus sensaciones corporales.

Los dragones facilitan la observación de las respuestas corporales asociadas a distintas emociones. El Dragón de la Vergüenza o el de la Culpa permite identificar posturas de encogimiento, ocultamiento o retracción. El Dragón Compasivo, por el contrario, ayuda a explorar sensaciones asociadas con seguridad, expansión y calma.

De esta manera, el cuerpo deja de ser únicamente un lugar donde aparecen síntomas para transformarse en una fuente de información y regulación. Es posible que encuentren un lugar calmo en sus cuerpos. Los dragones pueden ayudar en esta búsqueda fisiológica de calma.

#### **Fase 7. Cierre**

Durante el cierre, los dragones favorecen la integración de la experiencia terapéutica.

El niño puede revisar qué aprendieron los personajes, qué desafíos enfrentaron y qué recursos descubrieron durante la sesión. Esta narrativa facilita la consolidación del trabajo realizado y fortalece el sentido de continuidad entre una sesión y otra.

Asimismo, los dragones pueden acompañar al niño fuera del consultorio mediante dibujos, historias o pequeños objetos que funcionen como recordatorios de las capacidades desarrolladas.

#### **Fase 8. Reevaluación**

En la fase de reevaluación, los dragones permiten observar los cambios ocurridos a lo largo del proceso.

Con frecuencia, resulta significativo revisar cómo se encontraba inicialmente el Dragón de la Vergüenza y cómo se relaciona consigo mismo después del procesamiento.

Estos cambios simbólicos suelen reflejar transformaciones profundas en la organización emocional del niño.

#### **Conclusión**

La utilización de los Dragones Compasivos dentro del protocolo EMDR amplía sus posibilidades clínicas en aquellos casos donde las heridas relacionales tempranas han dejado profundas experiencias de vergüenza, desconexión y soledad.

La creatividad ofrece un lenguaje. La compasión proporciona una actitud. EMDR aporta un marco sólido para el procesamiento adaptativo de la información.

Cuando estos tres elementos se encuentran, se abre la posibilidad de que aquello que fue vivido desde la vergüenza pueda ser observado con curiosidad; aquello que fue rechazado pueda ser acogido; y aquello que quedó atrapado en el dolor pueda finalmente encontrar caminos de integración.

En definitiva, los Dragones Compasivos constituyen una invitación a que el procesamiento traumático ocurra dentro de una experiencia relacional marcada por la seguridad, la ternura y el cuidado. Porque cuando el trauma se origina en la desconexión, la reparación necesita ocurrir en el encuentro.

#### **Bibliografía**

- DeYoung, P. A. (2024). Comprender y tratar la vergüenza crónica: Sanar el trauma relacional del hemisferio derecho. Eleftheria.
- Lanius, R. A., Stanley, E. A., & Spinazzola, M. B. (Eds.). (2025). Sensory pathways to healing from trauma: Harnessing the brain's capacity to heal via the senses. W. W. Norton & Company.
- Leeds, A. M. (2016). A guide to the standard EMDR therapy protocols for clinicians, supervisors, and consultants (2nd ed.). Springer Publishing Company.
- Malchiodi, C. A. (2023). Trauma y terapia de artes expresivas: Cerebro, cuerpo e imaginación en el proceso de curación. Eleftheria.
- Moreno, P. (2026). Recursos creativos para la intervención clínica. Amazon.
- Shapiro, F. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures (3rd ed.). Guilford Press.
- Shore, A. N. (2012). The science of the art of psychotherapy. W. W. Norton & Company.
- Vliegen, N., Tang, E., Midgley, N., Luyten, P., & Fonagy, P. (2026). Trabajo terapéutico con niños con trauma complejo: Un enfoque psicodinámico de tres vías. Desclée de Brouwer.

# Sueños en dictadura

*Autora: Ps. Carolina Sánchez*

**Carolina Sánchez**

**carolsan@adinet.com.uy**

Licenciada en Psicología, egresada de la UDELAR, F. de Psicología. Terapeuta Cognitivo Conductual (SUAMOC) y Terapeuta EMDR (EMDR Uruguay). Postgrado en Psicología Médica en CEIPFO. Integrante del equipo de Psicología en el INDT desde 2011 y desempeño en clínica privada desde 2005 (Adultos). Montevideo, Uruguay.

## Introducción

*“Sanar no significa que el daño nunca existió, significa que el daño ya no controla tu vida” (Autor desconocido).*

La intervención se realiza, a partir de un caso clínico con un diagnóstico de TEPT crónico, de inicio en la época de la dictadura uruguaya (1973), donde el síntoma principal es un trastorno del sueño – insomnio crónico, como síntoma de larga data (hipervigilancia, recuerdos y sueños angustiantes- pesadillas).

Si los recuerdos traumáticos se procesan de forma adecuada, las emociones, los síntomas físicos y los pensamientos vinculados al hecho, se guardan en la memoria adaptativa y no generan síntoma. Pero cuando esto no sucede, y esas experiencias traumáticas permanecen, terminan tomando el control de nuestra vida. *“En tal caso, el sistema se queda bloqueado – como si el sujeto estuviera atrapado en el trauma – y, a menudo, requiere ayuda externa para ponerse de nuevo en marcha. Ahí es, precisamente, donde entra en juego EMDR”.* (1)

Las memorias almacenadas de forma disfuncional y no resueltas, debido a situaciones adversas, quedan almacenadas desadaptativamente y tal como fueron percibidas en el momento del evento, se activan y son la base de la patología actual – TEPT - y motivo de consulta de la paciente, su síntoma principal: insomnio. A través del reprocesamiento con EMDR, se activa un proceso asociativo, que da como resultado conexiones relevantes, y así las memorias que eran perturbadoras, son neutralizadas e integradas en las redes de memoria adaptativa, a través de la estimulación bilateral, generando una remisión del síntoma. EMDR trabaja en las experiencias que han aportado a la creación del problema – síntoma.

*“Una de las premisas básicas del método EMDR es que la mayor parte de las patologías psicológicas nacen de experiencias tempranas. La meta del tratamiento EMDR es metabolizar rápidamente el residuo disfuncional del pasado y transformarlo en algo útil”.* (2)

Procesar lo vivido, bajar la intensidad emocional, e integrar la experiencia traumática de forma adaptativa, saludable.

Estas experiencias podrían estar relacionadas con el estado de riesgo de vida y/o lesión y de hipervigilancia, que vivió la pa-

ciente, durante la dictadura en Uruguay, lo que generó un TEPT con un síntoma principal de insomnio crónico, el cual sólo padecía si pernoctaba en esa misma casa, que durante la dictadura, habitó con sus dos hijas pequeñas (una de 2 años y otra de 3 meses).

Además, agrega, que cuando viaja o duerme en un hotel, descansa muy bien: *“Donde peor duermo es en mi casa, después duermo bien en el avión, en un hotel, en la casa del este...”*.

Así es que le pregunto: ¿Recordás algún evento traumático que hayan vivido en esa casa con tu familia, en algún momento de sus vidas?: *“Tuve situaciones complicadas durante la dictadura...mi esposo fue requerido por pertenecer al partido comunista...lo buscaban a él ...no dormía en casa por su seguridad y la nuestra...vivía clandestino...yo tenía 23 años y me quedaba sola con mis hijas pequeñas, una de ellas era una bebé de pocos meses...nunca los vi, pero sentía la presencia, sentía la vigilancia, sentía la presencia de gente afuera...mis vecinos si los veían”*.

Su casa, ese lugar que para muchos ofició de ser el “lugar seguro”, fue vigilada durante 3 años: desde 1973 al 1976: *“De noche, después que se dormían mis hijas, me acostaba y repasaba el verso que iba a decir si me golpeaban la puerta en la madrugada...después a veces me dormía, pero siempre alerta”*.

Cuando lo que más temía – que le golpearan la puerta - se hizo realidad, entonces se intensificó la alerta, la hipervigilancia, el miedo y como consecuencia el insomnio.

## Metodología

Amanda, llega a la consulta con 72 años, se disponía a comenzar terapia por segunda vez en su vida. Su primera experiencia terapéutica la había ayudado, pero no había revertido el síntoma de insomnio.

Viuda, Jubilada hacia 8 años – administrativa -, 3 hijas adultas, y 4 nietos a los cuales les dedicaba gran parte de su vida.

Entre sus principales actividades de ocio, estaba la lectura de libros, navegar en internet, algún juego y palabras cruzadas, clases de teatro y viajar con amigas, así como hacer paseos cortos a las playas del este de nuestro país. Contaba con una

vasta red social y familiar. Además un gran sentido del humor y facilidad de procesar información rápidamente. Su lugar seguro, era la casa de la playa, del este del Uruguay.

Busca ayuda por un insomnio de larga data, contaba con un tratamiento psiquiátrico de muchos años (Clonoten 2mg y Parnox 2mg).

Evaluación clínica de la paciente, con síntoma primario de insomnio, identificado en un lugar específico: su casa – lugar donde se activa la hipervigilancia por peligro inminente.

*“El diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) según el DSM-5 requiere la exposición a un evento traumático, la presencia de síntomas en cuatro grupos específicos (reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas/estado de ánimo y alteración de la alerta) que duren más de un mes y causen un deterioro significativo”. (3)*

La intervención se desarrolló siguiendo el protocolo estándar de ocho fases de EMDR descrito por Shapiro.

Se realiza la intervención trabajando en el blanco original – evento base - y se chequea incidentes remanentes identificados durante la toma de la historia, disparadores actuales.

Se trabaja en las 3 vertientes: pasado, presente y futuro. En la práctica clínica, sólo fue suficiente para revertir el síntoma, el trabajo en la vertiente del pasado. Luego se trabaja en la vertiente presente y futuro, pero solo se expone en este artículo la vertiente del pasado.

*“El conocimiento científico acumulado deja claro que el EMDR tiene un efecto positivo, lo que ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a recomendarlo, ya desde 2013, como uno de los tratamientos de elección para los trastornos derivados del trauma. También figura en la mayoría de las guías clínicas internacionales, realizadas por los principales grupos de expertos, entre los tratamientos de primera elección para el Trastorno por Estrés Postraumático.” (4)*

## Motivo de consulta

El motivo de consulta tenía que ver con un insomnio de larga data (Desde 1973), dificultad en conciliar el sueño en su casa, así como mantener el sueño, despertares frecuentes durante la noche, recuerdos y sueños angustiantes - pesadillas. Generaba mucho malestar que sólo le pasara en su casa. El motivo de consulta tiene que ver con las experiencias traumáticas del pasado de la paciente, que no se almacenaron en su mente de forma adaptativa y generaron síntomas crónicos.

## Hipótesis diagnóstica

A través de la evaluación clínica (entrevista y criterios diagnósticos) se concluye, la existencia de un Trastorno por estrés post traumático, por exposición prolongada a un riesgo y amenaza real, de muerte o lesión, sostenida en el tiempo (3 años: 1973 a 1976). Síntoma principal: Insomnio crónico, en el lugar específico donde se activa la hipervigilancia. Otros síntomas: recuerdos y sueños – pesadillas – angustiosos, evitación de situaciones desencadenantes.

*“La característica esencial del trastorno de estrés postraumático (TEPT) es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos”. (5)*

Se descartan otros diagnósticos, por las características de los síntomas, su duración y su vinculación directa a un hecho real traumático, con riesgo de vida.

Se realiza diagnóstico diferencial con: Trastorno de ansiedad generalizada porque no está necesariamente vinculado a un hecho traumático; Trastorno depresivo mayor donde no necesariamente existen síntomas traumáticos; Trastorno de estrés agudo porque se presenta enseguida del episodio traumático y tiene una duración limitada; y se descarta totalmente por no contar con síntomas que determinen el diagnóstico: Trastorno disociativo y Trastorno relacionado a consumo de sustancias.

El tratamiento con psicofármacos, de larga data, no revirtió el síntoma de insomnio crónico.

Posteriormente se realiza una evaluación y seguimiento, con el objetivo de comparar la evolución de los síntomas y poder determinar con certeza los cambios asociados a la intervención EMDR.

## Plan de tratamiento EMDR

El plan de tratamiento consiste, en enseñarle al sistema nervioso que el peligro ya terminó, mediante el reprocesamiento del recuerdo traumático. El sistema nervioso aprende a anticipar el riesgo, el peligro, cuando experiencias traumáticas quedan almacenadas como una amenaza inminente, cuando esto se activa, el cerebro responde como si el peligro estuviera pasando en ese mismo momento, se revive la situación traumática.

Objetivo por trabajar: revertir el insomnio (Tratamiento psiquiátrico de larga data, había ayudado, pero no revertido el síntoma).

Evento pasado: Hipervigilancia, riesgo de vida o lesión inminente, durante la dictadura, durante 3 años, al cuidado de sus hijas menores, con una amenaza de riesgo real de sus vidas.

Síntomas: Insomnio, recuerdos y sueños angustiosos - pesadillas.

Desencadenante: cuando pernocta en su casa, lugar que fue vigilado durante 3 años en la dictadura uruguaya, y en una oportunidad le golpearon la puerta en la madrugada.

Cuando Amanda me cuenta la desesperación que siente al no poder dormirse, le pido que se concentre en esa sensación emocional y física, y que deje ir su mente hacia atrás en el tiempo, hasta la primera vez en que sintió algo similar, es así como llegamos al blanco principal, el cual comenzamos a re-procesar con EMDR. La elección es de común acuerdo, pero además la paciente relata que luego de ese hecho traumático todos los síntomas se intensificaron.

Blancos potenciales:

- **“En el 74 golpearon a las dos, tres de la mañana, la puerta de mi casa, yo sola con mis hijas”. (Evento Base – Blanco principal)**
- **“En esa época- dictadura - sonaba el teléfono 2 AM y saltaba de la cama”.**
- **“Hipervigilancia de mi casa durante la dictadura” - con riesgo real de lesión o muerte-.**
- **“Miedo a que me golpearan la puerta en la madrugada y no poder defenderme”.**
- **“Dormir alerta repasando el “verso” que tenía que decir si me golpeaban la puerta”.**

Disparadores del presente:

- Ir a dormir en la noche, en su casa.
- Escuchar el teléfono sonar en la madrugada.

Futuro:

- Poder adaptarse a dormir en su casa, que realmente sea su lugar seguro y revertir el insomnio.

Plan de tratamiento: Procesar blanco elegido (Evento Base): *“En el 74 golpearon a las dos, tres de la mañana la puerta de mi casa, yo sola con mis hijas”.*

## Descripción

### **Sesión completa con las ocho fases del Protocolo EMDR**

**FASE 1:** Las experiencias almacenadas desadaptativamente, no son integradas y aparecen síntomas negativos y percepciones distorsionadas. Tema clínico: Seguridad/vulnerabilidad.

Experiencia base: situaciones traumáticas vividas durante la dictadura, de riesgo de vida o lesión real, además de vigilancia sostenida durante 3 años a su hogar.

**FASE 2:** La paciente cuenta con herramientas de autorregulación apropiadas, tiene recursos adecuados, tanto internos como externos, vínculos presentes y red social y familiar real, así como un buen nivel de tolerancia para revivir situaciones traumáticas del pasado. Entre sus habilidades fue desarrollando estrategias de regulación emocional, me comenta que el teatro y la lectura la han ayudado mucho y en la actualidad su lugar seguro es su casa de la playa.

**FASE 3:** Debido a su síntoma – insomnio – se selecciona el blanco: *“En el 74 golpearon a las dos, tres de la mañana la puerta de mi casa, yo sola con mis hijas”.*

**FASE 4:** Se inician tandas de MBL táctil.

### **Sesión número 1**

I: *“En el 74 golpearon a las dos, tres de la mañana la puerta de mi casa, yo sola con mis hijas”.*

E: Miedo

SUDS: 10

SC: Presión en el pecho

CN: No estoy a salvo (Estoy en peligro)

CP: Estoy a salvo ahora

(Sesión incompleta).

### **Sesión número 3**

I: *“En el 74 golpearon a las dos, tres de la mañana la puerta de mi casa, yo sola con mis hijas”.*

E: Miedo

SUDS: 8

SC: Presión en el pecho

CN: No estoy a salvo (Estoy en peligro)

CP: Estoy a salvo ahora

(Sesión incompleta).

Se trabaja durante doce sesiones el mismo blanco, 3 meses. Luego de la tercera sesión de EMDR, la paciente reporta que está durmiendo mejor en su casa.

### **Fase 5**

I: *“En el 74 golpearon a las dos, tres de la mañana la puerta de mi casa, yo sola con mis hijas”.*

E: No reporta emoción alguna

SUDS: 0

SC: No reporta ninguna sensación corporal

CN: No estoy a salvo (Estoy en peligro)

CP: Estoy a salvo ahora

VoC: 7

(Sesión completa). **Última sesión, blanco completo.**

**FASE 6:** Chequeo corporal libre

**FASE 7:** Se cierra sesión de blanco completo (SUDS=0, VoC=7, Chequeo corporal libre de perturbación)

**FASE 8:** Se realiza seguimiento y evaluación del blanco específico. Se evidencian: cambio en los síntomas, se revierte insomnio.

## Resultados

Luego de la intervención, se observó una evolución favorable. Durante el tratamiento se constató una disminución del malestar, del síntoma, que estaba asociado a recuerdos traumáticos. Estos cambios fueron monitoreados durante las sesiones, en donde la paciente manifestaba estar descansando mejor, con una remisión total del síntoma crónico, y no se registraron manifestaciones durante el seguimiento.

## Consideraciones finales

Trabajamos durante tres meses, la misma imagen, de manera semanal y presencial, tres meses alcanzaron para que logre dormir y descansar entre 6 y 8hs seguidas, conciliando bien el sueño, sin despertar en la noche. (Inicia con un SUDS de 10, en la tercera sesión desciende el SUDS a 8, en la cuarta sesión desciende el SUDS a 7, en la octava sesión desciende el SUDS a 5, en la novena y décima sesión mantiene el SUDS en 4 y llega a un SUDS de 0 en las dos últimas sesiones de EMDR).

Prevía evaluación de su psiquiatra, quien decide no quitarle el Clonoten 2mg – para ese entonces había un nuevo integrante de la familia enfermo de cáncer – pero si disminuir la dosis de Parnox. A los 6 meses su médico psiquiatra le retira definitivamente el Parnox (previa disminución progresiva de la dosis).

Amanda finalmente lograba conciliar su sueño también en su casa y descansar de forma adecuada: *“El fin de semana me quedé en Montevideo...dormí muy bien...duermo de forma natural... no me doy cuenta cuando me duermo”*.

El proceso terapéutico transitado por la paciente y los cambios clínicos observados son evidencia positiva y efectiva, tras la aplicación de la terapia EMDR. Una vez que se identificó el evento base, cambió significativamente el síntoma de insomnio hasta que desapareció.

El Centro Nacional para el Trastorno por Estrés Postraumático (National Center for PTSD) indica que la terapia EMDR es efectiva para remitir los síntomas del TEPT.

Inicia terapia en diciembre de 2022 y la veo por última vez en de junio del 2023.

Seguimos en contacto, de manera mensual, realizaba un seguimiento, seguía durmiendo bien, durante la semana concurría a sus actividades de ocio, disfrutaba de sus nietos, cuidaba al nuevo familiar enfermo de cáncer y seguía descansando muy bien.

*“En lugar de centrarse, por tanto, en un determinado aspecto de la imagen clínica, el EMDR se ocupa de las emociones, los pensamientos, las sensaciones físicas, las actitudes, las conductas, etcétera, permitiendo que la persona vuelva a sentir alegría y amor y pueda establecer vínculos, conectar con los demás y sentirse bien consigo mismo. Se trata, pues, de un enfoque que combina procedimientos y protocolos muy diferentes para alcanzar un éxito global que podríamos definir como la disminución de los síntomas y la recuperación de la capacidad vital de funcionar”*. (6)

Años después, en febrero del 2025 Amanda se vuelve a contactar conmigo: *“Esta vez no es por insomnio...EMDR hizo maravillas...no volví a tener pesadillas y descanso muy bien, del insomnio ando bárbara”*.

Esta vez fue diferente, un diagnóstico de una enfermedad crónica la hizo volver a la consulta, sólo se realizaron 3 videollamadas y una visita presencial.

Durante su corto proceso de enfermedad, se mantuvo activa frente a ésta, siempre pudo tomar todas las decisiones, y eso le daba calma, y recuperaba su sentido de control y sobre todo continuaba durmiendo y descansando bien.

Finalmente fallece en junio del 2025.

El 15 de mayo del 2025, tuvimos nuestra última sesión, ninguna de las dos los sabíamos.

Recuerdo la última sesión *“ Todavía duermo y descanso muy bien, hoy no me siento en peligro”*.

*“Para mi EMDR no es sólo mi forma central de trabajo, sino un modo de entender el funcionamiento de la mente humana y de ayudar a deshacer los nudos emocionales. Soltar el lastre del pasado cambia de manera radical nuestro modo de vivir el presente, nos permite realmente estar.”* (7)

## Referencias

- Shapiro, F. (2001; 2017); Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2004); Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular. México, Editorial Pax México. (2): p18.
- American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed.). American Psychiatric Publishing. (3 - 5): p271.
- Shapiro, F. (2012); Supera tu pasado, tomar el control de la vida con EMDR. Barcelona, España, Editorial Kairós.
- Shapiro, F.; Silk, Margot (2019); EMDR una terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés y los traumas. Barcelona, España, Editorial Kairós. (1): p20; (6): p31.
- González, Anabel (2022); Las cicatrices no duelen. Cómo sanar nuestras heridas y deshacer los nudos emocionales. México. Editorial Planeta Mexicana. (4): p61; (7): p17.
- World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders (CDDR). Geneva: World Health Organization; 2024.
- U.S. Department of Veterans Affairs. National Center for PTSD. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD [Internet]. Washington: U.S. Department of Veterans Affairs; 2025
- Declaración de consentimiento:** Previo al alta del tratamiento, se le solicita a la paciente, mediante consentimiento verbal, el deseo de publicar a futuro su caso clínico, quien de forma inmediata acepta totalmente. Para resguardo de su identidad, se usa el seudónimo de Amanda.

# Comorbilidad entre el TEPT y los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión de la evidencia desde el modelo SPIA

*Autor: Ps. Julián Saugy*

## **Julián Saugy**

Lic. Julián Saugy es Psicólogo graduado por la Universidad del Salvador (USAL). Supervisor y Facilitador EMDR acreditado por el EMDR Institute. Entre los años 2016 y 2022, integró el equipo clínico de Fundación La Casita, centro especializado en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). En la actualidad, desarrolla su actividad profesional en el Centro Integral de Psicotrauma con Soporte Empírico (CIPSE), dirigido por el Dr. Rubén Lescano. En el ámbito académico, ejerce como docente sobre traumatización y sintomatología de los TCA en la Formación Integral de Psicotraumatología dictada por el Dr. Lescano.

**Resumen.** Esta revisión examina la evidencia científica actual sobre la comorbilidad entre el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) con el objetivo de analizar este vínculo bajo la óptica del Modelo del Sistema de Procesamiento de Información a Estados Adaptativos (SPIA) y fundamentar los ajustes necesarios en el protocolo de la Terapia EMDR. A través de una revisión cualitativa de la literatura en las bases de datos PubMed, PsycINFO y Scopus, se constata una prevalencia de TEPT en poblaciones con TCA que oscila entre el 9% y el 24%, consolidándose el estrés postraumático como el predictor más robusto de severidad y riesgo psicopatológico. Los hallazgos demuestran que la asociación entre ambos cuadros no es lineal, sino que está mediada por procesos como la regulación emocional y la imagen corporal. Desde la perspectiva del modelo SPIA, se concluye que la alteración en el procesamiento de la información genera respuestas desadaptativas de afrontamiento (las conductas alimentarias operan como estrategias disfuncionales para recuperar el control de la experiencia), las cuales impactan en un deterioro físico y cognitivo que aumenta y cronifica la vulnerabilidad. Por lo tanto, el abordaje eficaz exige un diseño terapéutico interdisciplinario e integrado que ajuste el protocolo estándar de EMDR, priorizando la estabilización en la Fase 2, un rol activo del terapeuta durante el procesamiento en Fases 3 a 6 y un monitoreo específico en la Fase 8 debido a la frecuente migración diagnóstica dentro de los TCA.

**Introducción.** La terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) constituye un modelo psicoterapéutico que, fundamentado en el Modelo del Sistema de Procesamiento de Información a Estados Adaptativos (SPIA), utiliza el reprocesamiento de memorias traumáticas como eje central del cambio clínico. A través de un procedimiento estructurado en ocho fases, conocido como el protocolo estándar, esta terapia ha demostrado su máxima eficacia y robustez científica en el tratamiento del Trastorno de Estrés

Postraumático (TEPT). No obstante, la evidencia científica contemporánea sugiere que el impacto de la traumatización trasciende las fronteras diagnósticas del TEPT (Brewerton, 2007; Shapiro, 1995), consolidándose como un fenómeno transdiagnóstico que subyace a una amplia gama de configuraciones psicopatológicas. Bajo esta perspectiva, se reconoce que la traumatización no se restringe únicamente a los síntomas del TEPT, sino que se puede manifestar a través de diversos cuadros fenotípicos. Por ello, resulta de importancia conceptualizar las especificidades de dichas presentaciones clínicas para ajustar el procedimiento terapéutico a las necesidades particulares de cada caso. Dentro de los posibles devenires de la traumatización, se observa que los TCA constituyen una comorbilidad frecuente, aunque históricamente poco explorada dentro del campo de la psicotraumatología. En consecuencia, el presente trabajo se propone realizar una revisión de la literatura científica existente del vínculo entre la traumatización y los TCA, con el objetivo de analizarla bajo la óptica del modelo SPIA e integrar dicha conceptualización en la práctica clínica especializada.

**Método.** Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura científica mediante una búsqueda bibliográfica no sistematizada. Para la obtención de la evidencia, se consultaron las bases de datos electrónicas PubMed, PsycINFO y Scopus abarcando los períodos de artículos publicados entre 1995 y 2025. La estrategia de búsqueda incluyó combinaciones de términos clave en los idiomas español e inglés: "Trastornos de la conducta alimentaria" (Eating Disorders), "Trastorno de Estrés Postraumático" (Post-Traumatic Stress Disorder), "EMDR", "trauma" y "SPIA" (Adaptive Information Processing). Se seleccionaron artículos originales de investigación, meta-análisis y revisiones teóricas publicados preferentemente en los últimos años, priorizando aquellos estudios que examinaran los mecanismos de relación y la eficacia de los abordajes terapéuticos. Se excluyeron estudios de caso único, disertaciones no publicadas o artículos que se centraran en poblaciones no clínicas.

La búsqueda inicial arrojó un número aproximado de 130 artículos de los cuales se seleccionaron y analizaron cualitativamente alrededor de 40 artículos. La información recolectada fue analizada cualitativamente y sintetizada bajo los principios teóricos del modelo SPIA.

**Limitaciones.** Al tratarse de una revisión narrativa, la ausencia de una metodología sistemática para la búsqueda, extracción y evaluación de los datos, incrementa la posibilidad de sesgos en la selección de los mismos. Además, la heterogeneidad metodológica de la evidencia disponible exige cautela a la hora de interpretar las generalizaciones. Los hallazgos y conceptualizaciones aquí expuestos deben considerarse como una síntesis integrativa preliminar que fundamenta futuras revisiones sistemáticas dentro de esta línea de investigación.

## Resultados

**Prevalencia y magnitud de la comorbilidad.** Investigaciones actuales estiman que la prevalencia de TEPT en pacientes con TCA oscila en un rango del 9% al 24% (Tagay et al., 2014; Welch et al., 2016). En el análisis inverso, el Estudio Nacional de Mujeres (EE. UU.) reveló que el 10.4% de las mujeres víctimas de violación con sintomatología de TEPT cumplían criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa (BN), evidenciando un vínculo estrecho entre la victimización sexual y los síntomas de purga y atracón (Dansky et al., 1997).

**El trauma infantil como factor de riesgo predominante.** La historia de maltrato infantil constituye uno de los predictores más robustos para el desarrollo de TCA. El meta-análisis de Caslini et al. (2016) constató que la presencia de abuso físico, sexual o emocional durante la infancia triplica la probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario. Otros estudios refuerzan esta asociación, destacando que experiencias traumáticas tempranas inciden de manera no específica en el riesgo de desarrollar cuadros alimentarios (Brewerton, 2007; Feinson & Hornik-Lurie, 2016; Mills et al., 2015).

**TEPT en edad adulta.** Menor cantidad de estudios han examinado el vínculo entre TCA y TEPT en la edad adulta. Sin embargo, los estudios realizados encontraron que el TEPT en la edad adulta puede contribuir tanto al desarrollo como a la exacerbación de los síntomas de TCA (Forman-Hoffman et al., 2012).

**Traumatización sexual y TCA.** Se encuentra que las víctimas de violencia sexual desarrollan una mayor distorsión de la imagen corporal, afectando tanto el sentido de propiedad corporal como los límites del mismo (Kremer et al., 2013). En comparación con experiencias de trauma no sexual, la victimización sexual se asocia a patrones sintomáticos más complejos, niveles superiores de disociación somatomorfa y alteraciones cualitativas en la experiencia corporal (Sack et al., 2010; Talmon & Ginzburg, 2018).

**El diagnóstico de TEPT como núcleo mediador.** Dansky et al. (1997) subrayan que el diagnóstico de TEPT, y no meramente la historia de trauma, presenta la asociación más fuerte

con la sintomatología del TCA. Investigaciones adicionales corroboran que los síntomas de reexperimentación y evitación cognitiva son los mediadores clave entre el abuso sexual infantil y la conducta alimentaria disfuncional (Holzer et al., 2008). La aplicación de modelos de análisis de redes ha permitido identificar vías específicas de interacción que mantienen la coexistencia entre el TEPT y los TCA. Vanzhula y Levinson (2019) ha observado que la irritabilidad (síntoma del TEPT) y los atracones (síntoma del TCA) constituyen el camino principal de interacción entre ambos cuadros, incluso en diagnósticos de Anorexia Nerviosa (AN).

En una investigación reciente con una muestra clínica de 2,178 pacientes en tratamiento residencial, Brewerton et al. (2025) determinaron que la ineficacia personal constituye el factor con mayor centralidad e influencia dentro de la red de síntomas entre ambos trastornos. Otros elementos de alta relevancia en esta estructura incluyen la conciencia interoceptiva, la ansiedad de estado, la preocupación por la silueta y la presencia de síntomas de hiperalerta, así como alteraciones negativas en el ánimo y la cognición vinculada al TEPT.

**Multimorbilidad y síntomas puente en la interacción TEPT-TCA.** La amplitud estadística del estudio de Brewerton et al. (2025) permitió analizar variables y dinámicas de síntomas que estudios previos, limitados por muestras más pequeñas, no habían logrado capturar. En este modelo, se destaca que la depresión mayor, la ansiedad y la calidad de vida (específicamente en sus dimensiones psicológica y fisco-cognitiva) funcionan como síntomas puente, facilitando la interacción sintomática entre los trastornos. Estos hallazgos se alinean con investigaciones previas de gran escala; Baek et al. (2018) encontraron que en pacientes con historia de abuso sexual no solo se observa un incremento en la sintomatología del TCA, sino que la presencia de atracones aumenta significativamente el riesgo suicida y depresión mayor.

**Traumatización y subtipo de TCA.** Caslini et al. (2016) halló que el abuso infantil incrementa el riesgo de desarrollar, primordialmente BN y Trastorno por Atracón (TA). En cuanto a la sintomatología específica, se observa una asociación más robusta con las conductas de atracones y purgas (Brewerton, 2007; Tagay et al., 2014). Por su parte, dentro de los cuadros de AN, la vinculación más estrecha se presenta con el subtipo purgativo (Mitchell et al., 2016; Trottier & MacDonald, 2017; Berge et al., 2012; Jaite et al., 2012; Reyes-Rodríguez et al., 2011).

**El Impacto de la Inanición en el Registro Corporal y Cognitivo.** Los datos históricos del Experimento de Inanición de Minnesota (Keys et al., 1950) demostraron que la inanición prolongada produce alteraciones profundas en el funcionamiento neurocognitivo y afectivo, caracterizadas por un incremento marcado de la apatía, la irritabilidad, la obsesión por la comida y una acentuada distorsión de la imagen corporal.

**Gravedad clínica y pronóstico.** La comorbilidad TEPT-TCA configura un cuadro de alta complejidad. Se asocia a un inicio

más temprano del TCA, síntomas más severos, mayor cruce diagnóstico y mayor comorbilidad psiquiátrica general (Baek et al., 2018; Castellini et al., 2018; Mitchell et al., 2012). Los pacientes con esta comorbilidad presentan menores tasas de recuperación, mayores índices de abandono y recaída en tratamientos estándar (Rodríguez et al., 2005). Investigaciones recientes han ampliado la comprensión de la comorbilidad mediante la inclusión del trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C), tal como se define en la CIE-11. Brewerton et al. (2025) hallaron que el TEPT-C y el subtipo disociativo de TEPT del DSM V actúan como marcadores de una mayor severidad psicopatológica y comorbilidad en pacientes con TCA en niveles de cuidado residencial. Asimismo, Day et al. (2025) demostraron que la presencia de TEPT-C modera negativamente la trayectoria del tratamiento, asociándose a una sintomatología basal más grave y resultados clínicos más pobres.

### Conclusión.

**Desafíos en la Conceptualización Clínica.** La evidencia examinada permite concluir que la presentación comórbida entre el TEPT y TCA constituye una configuración compleja mediada por procesos específicos (Madowitz et al., 2015; Vanzhula & Levinson, 2019). Si bien históricamente la investigación ha subrayado el rol de la traumatización temprana como un factor de riesgo etiológico para el desarrollo de los TCA (Brewerton, 2007; Caslini et al., 2016), el trabajo clínico se ve favorecido con la comprensión de cómo la sintomatología alimentaria limita y bloquea activamente el trabajo de trauma.

La evidencia actual respalda la conceptualización de mecanismos bidireccionales que mantienen la coexistencia de ambas patologías (Mitchell, et al., 2021). Los síntomas alimentarios, tales como la restricción severa, los atracones y las purgas, operan en muchos casos como estrategias de regulación emocional disfuncionales (Madowitz et al., 2015). Estas conductas se refuerzan al facilitar la evitación, permitiendo al paciente escapar de pensamientos y sensaciones intrusivas asociadas a la traumatización, y logrando una disminución temporal de síntomas del TEPT como la hiperalerta y la irritabilidad (Mitchell et al., 2021; Trottier & MacDonald, 2017; Vanzhula & Levinson, 2019). En consecuencia, estas respuestas de memoria implícita desadaptativas orientadas a gestionar el distrés o la hiperalerta actúan como un obstáculo directo para el procesamiento de la experiencia. No obstante, la mecánica funcional de este bloqueo varía de manera significativa según la configuración fenotípica del síntoma alimentario. En los cuadros caracterizados por la restricción severa, el estado de privación anestesia la conciencia interoceptiva, impidiendo el registro somático que requiere la reconsolidación de las memorias traumáticas. Por el contrario, en las presentaciones dominadas por el ciclo de atracón y purga, el despliegue impulsivo de la conducta irrumpe obstaculizando la conexión con la experiencia.

A esta barrera conductual se le suma el deterioro biológico que degrada los recursos cognitivos del paciente. La inanición prolongada produce alteraciones caracterizadas por un incremento de la apatía, la irritabilidad y la percepción corporal (Keys et al., 1950). El deterioro orgánico debilita aun más al consultante cronificando así la vulnerabilidad y favoreciendo la multimorbilidad (Brewerton et al., 2025). Esta red de mantenimiento sintomático explica por qué los pacientes con presentaciones comórbidas experimentan mayor severidad clínica, menor tasa de recuperación y mayores tasas de abandono en los tratamientos (Castellini et al., 2018; Rodríguez et al., 2005).

**Diseños de tratamiento.** Respecto al diseño del tratamiento y la efectividad de la terapia EMDR, es necesario señalar que en la actualidad no se dispone de guías clínicas adaptadas y la evidencia sistematizada es aún incipiente. Un estudio relevante de Bloomgarden & Calogero (2008) encuentra que, en pacientes de presentación comórbida y en tratamiento combinando, EMDR es eficaz para reducir la perturbación asociada a la imagen corporal, lo cual impacta positivamente en la evolución a largo plazo. La baja efectividad de los tratamientos aislados, junto a los hallazgos actuales refuerzan la importancia del desarrollo de tratamientos integrados capaces de abordar simultáneamente la sintomatología alimentaria y los síntomas del TEPT (Mitchell et al., 2025; Rodríguez et al., 2005).

**Conceptualización de la Comorbilidad desde el Modelo SPIA.** Desde la perspectiva del Modelo SPIA, la comorbilidad entre el TEPT y los TCA no constituye una simple superposición diagnóstica, sino una configuración psicopatológica específica. En este marco, los síntomas del TCA operan como intentos de afrontamiento, de memoria implícita, para restablecer el control de la experiencia traumática. Sin embargo, la literatura revela que el despliegue de estas conductas genera un fenómeno de retroalimentación sostenida y un deterioro físico que socavan los recursos del SPIA aumentando la vulnerabilidad general.

**Hipótesis de Ajustes al Procedimiento Estándar EMDR.** La complejidad, la falta de guías clínicas específicas y la bidireccionalidad de este entramado sintomático evidencian la necesidad de diseñar tratamientos integrados e interdisciplinarios. Identificar estos caminos de relación resulta fundamental para establecer una conceptualización que permita anticipar o abordar los bloqueos durante el trabajo terapéutico. En consecuencia, se plantea la hipótesis de que el protocolo estándar de EMDR requiere los siguientes ajustes para viabilizar el tratamiento en este tipo de presentaciones:

**Fase 1 (Conceptualización):** Debido a la diversidad de las vías de mediación entre ambos trastornos y el impacto de la multimorbilidad, resulta indispensable realizar una lectura clínica singular orientada a comprender el entramado sintomático que ayude a elegir de manera estratégica los blancos de procesamiento. **Fase 2 (Preparación):** El impacto temprano y la cronicidad frecuente de estos cuadros exigen una fase de

preparación ampliada y específica. El clínico debe priorizar el desarrollo de herramientas de estabilización para sostener la atención dual, en paralelo con un abordaje directo de la conducta alimentaria, pautas de autocuidado y psicoeducación sobre el cuadro. Debido al severo impacto neurobiológico de la inanición, el diseño terapéutico exige la evaluación de la intervención de profesionales de la nutrición y, de ser necesario, la articulación con un dispositivo clínico orientado específicamente a la sintomatología alimentaria. **Fases 3 a 6 (Fases de Procesamiento):** Durante estas fases suelen emerger múltiples obstáculos para la integración de la información a causa de la fragmentación de las memorias, la ausencia de redes positivas y las alteraciones negativas del ánimo. Esta configuración restringe el procesamiento adaptativo del modelo SPIA y demanda una mayor presencia por parte del terapeuta, quien debe asumir un rol activo calibrando las intervenciones en función del bloqueo predominante: priorizando estrategias de acercamiento frente al aplanamiento interoceptivo, o bien, implementando estrategias orientadas a aumentar la tolerancia emocional frente a las abreacciones. **Fase 8 (Reevaluación):** La elevada migración diagnóstica y la variabilidad clínica inherente a estas presentaciones exigen una evaluación exhaustiva y continua, acompañada de un seguimiento específico de los síntomas alimentarios. Dado que la comorbilidad entre la traumatización y los TCA se asocia a mayores tasas de abandono y recaídas, la fase de reevaluación debe también enfocarse en sostener la adherencia al tratamiento y favorecer la generalización de los cambios en el entorno cotidiano del consultante. Es esperable observar, con mayor frecuencia que en el tratamiento de trauma simple, la necesidad clínica de retomar la preparación (Fase 2) y de ampliar o modificar la conceptualización original del caso (Fase 1) a medida que avanza el trabajo de reprocesamiento.

**Agradecimientos.** Gracias al Dr. Rubén Lescano por su guía y apoyo a lo largo del desarrollo de este trabajo.

## Referencias Bibliográficas

- Baek, J. H., Kim, J. S., Hong, J. P., Cho, M. J., Fava, M., Mischoulon, D., & Jeon, H. J. (2018). Risk of suicidal ideation and attempt in patients with eating disorders and depression. *Psychiatry Research*, 261, 285–291.
- Berge, J. M., Loth, K., Hanson, C., Croll-Lampert, J., & Neumark-Sztainer, D. (2012). Childhood abuse and eating disorders: A population-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 51–61.
- Bloomgarden, A., & Calogero, R. M. (2008). A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eating Disorders*, 16(5), 418–427. <https://doi.org/10.1080/10640260802370598>
- Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15(4), 285–304. <https://doi.org/10.1080/10640260701454311>
- Brewerton, T. D., Gilleani, K., Suro, G., & Pearlman, A. T. (2025). The association of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder with eating disorder symptoms in a residential treatment sample: A network analysis. *International Journal of Eating Disorders*.
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Childhood trauma and eating disorders: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 232–246. <https://doi.org/10.1002/eat.22484>
- Castellini, G., Lelli, L., Cassioli, E., Ciampi, E., Zamponi, F., Campone, B. & Ricca, V. (2018). *Different outcomes, psychopathological features, and comorbidities in patients with eating disorders reporting childhood abuse: A 3-year follow-up study*. *European Eating Disorders Review*, 26(3), 217–229.
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G., & O'Neil, P. M. (1997). The prevalence of bulimia nervosa and binge eating disorder in a national sample of women. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 29–41.
- Day, S., Mitchison, D., Tannous, W. K., & Hay, P. (2025). *PTSD and complex PTSD in residential treatment for eating disorders: moderating effects on symptom severity and outcome trajectory*. *International Journal of Eating Disorders*, 58(9), 1732–1746.
- Dunkley, D. M., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2010). *Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: The mediating role of self-criticism*. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3),
- Feinson, M. C., & Hornik-Lurie, T. (2016). *Binge eating & childhood emotional abuse: The mediating role of anger*. *Appetite*, 105, 487–493.
- Forman-Hoffman, V. L., Mengeling, M. A., Booth, B. M., Torner, J., & Sadler, A. G. (2012). Posttraumatic stress disorder and eating disorders in female veterans. *Military Medicine*, 177(10), 1161–1168.
- Holzer, S. R., Uppala, S., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Simonich, H. (2008). *Mediational significance of PTSD in the relationship of sexual trauma and eating disorders*. *Child abuse & neglect*, 32(5), 561–566.
- Jaite, C., Schneider, N., Hilbert, A., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Salbach-Andrae, H. (2012). Etiological role of childhood maltreatment in eating disorders. *Psychopathology*, 45(1), 1–9.
- Keys, A., Brožek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation*. University of Minnesota Press.
- Kremer, I., Orbach, I., & Rosenbloom, T. (2013). *Body image among victims of sexual and physical abuse*. *Violence & Victims*, 28(2).
- Madowitz, J., Matheson, B. E., & Liang, J. (2015). *The relationship between eating disorders and sexual trauma*. *Eating and weight disorders-Studies on anorexia, bulimia and obesity*, 20(3), 281–293.
- Mills, P., Newman, E. F., Cossar, J., & Murray, G. (2015). *Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation*. *Child abuse & neglect*, 39, 156–166.
- Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Schlesinger, M. R., Brewerton, T. D., & Smith, B. N. (2012). Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the National Comorbidity Survey-Replication study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 307–315.
- Mitchell, K. S., Porter, B., Boyko, E. J., & Field, A. E. (2016). *Longitudinal associations among posttraumatic stress disorder, disordered eating, and weight gain in military men and women*. *American journal of epidemiology*, 184(1), 33–47.
- Mitchell, K. S., Sciolli, E. R., Galovski, T., Belfer, P. L., & Cooper, Z. (2021). Posttraumatic stress disorder and eating disorders: Maintaining mechanisms and treatment targets. *Trauma, PTSD and Eating Disorders*, 95–109.
- Reyes-Rodríguez, M. L., Von Holle, A., Ulman, T. F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Brandt, H., ... & Bulik, C. M. (2011). *Posttraumatic stress disorder in anorexia nervosa*. *Biopsychosocial Science and*

*Medicine*, 73(6), 491-497.

Rodríguez, S., Pérez, M., & García, Y. (2005). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la conducta alimentaria con trastorno de estrés postraumático comórbido. *Psicothema*, 17(1), 123-128.

Sack, M., Boroske-Leiner, K., & Lahmann, C. (2010). *Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. General Hospital Psychiatry*, 32(3), 315-320.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing*.

Tagay, S., Schlegl, S., & Senf, W. (2014). *Traumatic events, posttraumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients. European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 18(2), 124-132.

Talmon, A., & Ginzburg, K. (2018). "Body self" in the shadow of childhood sexual abuse: The long-term implications of sexual abuse for male and female adult survivors. *Child Abuse & Neglect*, 76, 416-425.

Trottier, K., & MacDonald, D. E. (2017). Update on eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 427-432.

Vanzhula, I. A., & Levinson, C. A. (2019). Illness pathways between eating disorder and post-traumatic stress disorder. *European Eating Disorders Review*, 27(4), 374-388.

Welch, E., Jangmo, A., Thornton, L. M., Norring, C., von Hausswolff-Juhlin, Y., Herman, B. K. & Bulik, C. M. (2016). *Treatment-seeking patients with binge-eating. BMC psychiatry*, 16(1), 163.



# La metáfora de la máscara como herramienta terapéutica para el trabajo con personas Autistas

*Autores: Ps. Álvaro Ernesto Valenzuela Rivera y Nerea Ocaranza Lázaro*

**Ps. USACH Álvaro Ernesto Valenzuela Rivera**

**ps.avalenzuelarivera@gmail.com**

Magister UV Psicología Clínica Constructivista y Socioconstruccionista. Terapeuta Entrenado EMDR. Facilitador de Grupo Academia ALAS y Terapeuta Bioenergético CL N5.

**Nerea Ocaranza Lázaro**

**nocaranzalazaro@gmail.com**

Actriz. Estudio 3, Madrid. Instructora Mindfulness. Círculo Estudios para la paz.

En los últimos años, gracias al desarrollo de las neurociencias y la instalación política de un enfoque neuroafirmativo, ha comenzado a crecer el interés y la necesidad de comprender cómo reprocessan experiencias traumáticas personas con TEA. Algunas de estas investigaciones han consistido en: documentar disminución de síntomas de autismo con terapia EMDR (Mevisen et al., 2012); proponer el protocolo adaptado a niños para poblaciones adultas TEA (De Roos et al, 2014); cómo se solapan los efectos del abuso con la condición de autista (Brener et al, 2018), que el protocolo estándar de niños y niñas se puede aplicar a población adulta, no necesitando fases previas de estabilización para ser exitoso (Lobregt- van Buren, et al, 2019), o la necesidad de tener una caja de herramientas adaptada a la población autista (Fisher, et al, 2023), debatiéndose entre quienes afirman que son innecesarias las adaptaciones y quienes sostienen que son primordiales.

En este contexto se ha dado poca atención al Masking; el proceso de supresión del sí mismo para lograr aceptación social, que trae un alto costo de agotamiento como efecto, y se comprende como una estrategia de supervivencia (Devon, 2024).

El objetivo del presente ensayo es el cómo abordar el masking, así como hacer algunas distinciones entre defensas (Knipe, 2019) y disociación (Silberg, 2020) ya que este proceso podría limitar el acceso a la información somatosensorial y emocional necesaria para el reprocessamiento; haciendo necesario, antes de decidir entre un protocolo estándar o adaptado, realizar un trabajo terapéutico orientado a discernir desde que estado del Sí mismo la persona está entrando a reprocessar.

Como punto de partida es importante definir cómo entiende actualmente el EMDR el trabajo con personas autistas; identificando, en general, dos posiciones.

Por un lado se manifiesta que es indispensable la necesidad de adaptaciones y contar con una caja de herramientas que considere lenguaje concreto, ajuste u omisión de SUD y VoC según la capacidad de entendimiento del consultante y regular la ve-

locidad y el número de tandas para no generar una sobreestimulación que sature (Fisher et al, 2023).

Y por otro se considera que el problema principal es el trauma y, en consecuencia, al tratarlo con EMDR, algunos problemas asociados a autismo mejoran sustancialmente en las áreas de comunicación e interacción social, ya que serían un conjunto de síntomas del trastorno de estrés postraumático. Por lo tanto, la aplicación de un protocolo versión infantil sería suficiente, sin necesidad de una larga fase de estabilización (Lobregt-van Buuren et al., 2019).

Sendas posiciones parecen opuestas y sin embargo comparten un supuesto implícito; que el consultante es capaz de acceder a su experiencia interna. Pero, ¿Y si el masking se interpone como obstáculo en el reprocessamiento?

Entendamos como masking un conjunto de estrategias (conscientes y no conscientes), mediante las cuales una persona autista oculta, suprime o compensa rasgos autistas para encajar en entornos neurotípicos; como ensayar conversaciones, imitar contacto visual, copiar expresiones faciales, suprimir stimulating, forzar posturas y tono y anticipar guiones sociales. Estas, si bien permiten aminorar el dolor de no pertenecer y sentirse extraño, generan un gran gasto energético para el sistema nervioso que puede llevar incluso al burn out autista (Pearson & Rose, 2021).

Este monitoreo permanente de las conductas socialmente aceptadas, junto con el procesamiento de un amplio abanico de estímulos sensoriales (hipersensibilidad), el sobreesfuerzo en la interpretación del mundo interno de otra persona, la planificación de respuestas sociales y la supresión de reacciones autistas espontáneas, puede llevar la vivencia como autista en lo cotidiano, al agotamiento.

El masking, sostenido en el tiempo, podría llegar a ocasionar censura de necesidades, inhibición emocional, desconexión corporal e identidad fragmentada: hasta el punto de no saber discernir entre lo que realmente deseo y lo que utilizo como

ortopedia del deseo para poder encajar, apareciendo inclusive un sentimiento constante de “no hay nadie detrás de esta máscara” (Mevissen et al, 2012 ).

Entonces, el consultante se podría vincular desde la máscara y no desde su sí mismo más genuino; ¿qué ocurre si el masking aparece en el vínculo terapéutico?

Si se entiende el masking como una estrategia para la sobrevivencia, en donde la persona desarrolló una serie de acciones mentales y conductuales para encajar y hacer menos doloroso el sentimiento de no pertenecer y la autopercepción de defectuosidad, tendría una finalidad adaptativa dentro de la historia del consultante.

Según Jim Knipe, las defensas son cualquier acción mental o conducta que tiene el propósito y la función de bloquear o impedir la intrusión de material de memoria postraumático perturbador (imágenes y emociones no resueltas) en la conciencia, con el fin de proteger al yo orientado al presente y que así no sea abrumado por el dolor no resuelto, actuando como un muro mental para que la persona pueda sobrellevar su vida. Al impedir la intrusión a la conciencia de la perturbación postraumática, permite que el sujeto pueda aparentar normalidad y seguir adelante con su vida cotidiana, por ejemplo, en situaciones de abuso donde no hay escapatoria física, la solución disponible es la división de la identidad (disociación) o el desarrollo de defensas para debilitar la fuerza de los recuerdos. Estas defensas impactan en la personalidad dividiéndola en diferentes estados del yo, generando un sentido personal fluctuante y obstaculizando un desarrollo del Self coherente y unificado (Knipe, 2019).

Según esto, intentar realizar un procesamiento estándar de EMDR de forma prematura, puede causar una abreacción disociativa abrupta, o sea, una inundación incontrolable de perturbación con pérdida de orientación en el presente, por ende, se requiere estabilización previa: hacer diana en las defensas o establecer un diálogo compasivo con las partes (Knipe, 2019).

Si bien podemos entender el masking como una estrategia para la sobrevivencia, no es una defensa en este sentido estricto, ya que requiere, en cambio, que el sistema nervioso esté hipervigilante a un contexto social que muchas veces no se entiende y aparece atemorizante por lo desafiante que es entenderlo. A su vez, genera una comparación constante con la neurotipicidad que va mermando la autoestima y produciendo una autorregulación excesiva de patrones comportamentales, esquemas mentales, emociones y sentimientos, hasta el punto de censurar las propias necesidades. Por tanto, no es un proceso que reprime un contenido que no debe salir a la conciencia por un disparador del presente, sino que es un proceso consciente o inconsciente de camuflar e imitar una manera de ser en el ámbito social, disparado por una condicionante neurobiológica del cerebro y su particular manera de funcionar en el encuentro y construcción de “la realidad”.

Junto con lo anterior, el masking puede llevar inclusive a desconectar de la orgánica del cuerpo para fingir un modo de re-

lacionarse neurotípico. Este desconectar es importante diferenciarlo de la disociación.

La disociación aparece cuando fracasa la evitación, la identidad se desorganiza y de esta desorganización surgen otros patrones desconocidos en automático que hacen perder coherencia a la trayectoria identitaria; por ende, algo no encaja en la disociación y por eso un elemento característico son las partes que no tienen comunicación entre sí. Resulta altamente adaptativo en situaciones donde el escape físico es imposible, especialmente cuando el trauma y los cuidados provienen de la misma figura de apego; en estos casos, compartimentar la mente u “olvidar” permite al niño seguir vinculándose con su cuidador para cubrir sus necesidades básicas de supervivencia (Silberg, 2020).

La disociación altera las funciones integradas de la mente y opera a través de un continuo de desconexión consciente: en niveles más leves o moderados, se manifiesta como lapsus momentáneos de atención, soñar despierto o estar “en las nubes” o una mirada distante. En niveles más graves, se producen estados de bloqueo disociativo profundo o estados de trance que pueden durar horas, una respuesta biológica precortical en que el cuerpo se congela, acompañada de la liberación de opioides endógenos, inhibiendo la amígdala y el sistema límbico. De esta manera, aspectos inaceptables del yo se segregan de la conciencia, hasta el punto de llegar a consolidar un TID (Trastorno de Identidad Disociativo). En estos casos, es necesario hacer un trabajo de partes para estabilizar o entregar técnicas de enraizamiento, orientación al presente y separación del pasado del presente antes de aplicar EMDR.

En el caso del masking, en cambio, no habría una desorganización de la identidad ni el surgimiento de patrones en automático que una parte de la identidad desconoce. Según mi impresión, si pensamos el masking en términos de una herida, sería como una suerte de cicatriz sobre la identidad que crece más allá de los límites de la herida original y que continúa proliferando incluso cuando la lesión ya cicatrizó, formando una masa elevada, firme y persistente, es decir, podría entenderse como una especie de “queloides psicológico” que intenta disminuir la brecha social constante entre el mundo autista y el mundo neurotípico. Si bien permite el encaje en lo social, también agota, opaca y confunde.

Según mi observación clínica, este fingir un modo de comunicarse y vincularse de manera neurotípica, podría también aparecer en el vínculo terapéutico e interferir en el reprocesamiento, dificultando el acceso a cogniciones negativas genuinas, la identificación de emociones y sensaciones o la instalación de cogniciones positivas congruentes con la experiencia del consultante. En otras palabras, la máscara deja fuera una serie de experiencias que conectan con el dolor de no pertenecer o la defectuosidad, oponiéndose a las condiciones que hacen posible un reprocesamiento estándar o adaptado.

Y es aquí donde la persona del terapeuta tiene un lugar central para identificar la máscara, comprenderla y acogerla de mane-

ra compasiva con el fin de construir un vínculo seguro que permita a la persona autista comenzar a aflojarla y flexibilizarla. Jim Knipe señala la importancia de entender las defensas como soluciones adaptativas, con las cuales no es necesario luchar, sino verlas como aspectos de la estructura de la personalidad que expresan directamente la historia del consultante (Knipe, 2019), que en el caso del autismo se relaciona con la dolorosa trama de no pertenecer.

Es así que, desde el entendimiento y la compasión de las defensas y poniéndolo al servicio del abordaje del masking como una estrategia para la sobrevivencia, propongo ocupar la alegoría de la máscara como una exploración terapéutica, facilitándole al consultante la realización de tal artefacto metafórico que condensa y plasma ricamente su experiencia de vincularse y fingirse neurotípico.

Esta creación artística como metodología terapéutica, se sustenta en el hecho que muchas personas autistas procesan el mundo principalmente mediante imágenes y experiencias perceptivas antes que conceptos abstractos. El pensamiento visual permite comprender situaciones complejas con enorme riqueza perceptiva, puesto que organiza la experiencia desde la percepción sensorial directa a través de representaciones visuales (Grandin, 2006). Por tanto, la máscara como herramienta visual que metaforiza la experiencia de vincularse, puede tener un gran potencial para traer a la mano experiencias excluidas.

La máscara puede ser una confección concreta que simultáneamente protege y revela, facilitando un juego que explora la experiencia de masking del consultante a través de la pregunta ¿Qué parte de ti aparece para sobrevivir en tus relaciones sociales?

Esta pregunta abre un diálogo fecundo que permite hacer emerger “estados relacionales que entrañan un desafío para la persona autista”: “la máscara de la soberbia” que expresa rabia y devaluación a quienes me hacen sentir distinto, “la máscara del payaso sarcástico” para burlarme antes de quienes pueden burlarse de mí, “la máscara de la que siempre está contenta y dice a todo que sí” con el fin de sobreadaptarme y evitar problemas ya que pueden pensar que soy una exagerada por mi hipersensibilidad y debo estar siempre sonriendo.

Luego se le pide al paciente que relate una escena donde aparece esta máscara para posteriormente concretarla en un soporte físico variado (escritura, dibujo o cartón incorporando mixtura de materiales para darle textura y dimensiones) porque no a todos los pacientes autistas les gusta las manualidades y algunos prefieren la potencia de la imagen poética escrita o el dibujo.

Al identificar una máscara física o simbólica, sentirla, incluso colocarla y mirarse con ella, la persona puede conectar con sentimientos, deseos o zonas del cuerpo que estaban “dormidas” o “mudas” por la imposición rígida de cómo deben encarnarse los roles sociales del mundo neurotípico, apareciendo lo excluido dentro de lo conocido (Matoso, 1996).

Posteriormente, se explora con la persona autista qué aspectos de sí mismo son ocultados detrás de la máscara, lo cual hace emerger un rico material muchas veces consistente en emociones incómodas de rabia o tristeza con las cuales es difícil conectar, formas de expresarse que no encajan con la identidad de género o la herida de sentirse extraño y ajeno a las convenciones sociales y por ende el dolor de mostrarse vulnerable frente a los demás.

Se continúa facilitando una conversación en que la persona autista se posiciona con respecto a la máscara, identificando los costos que trae para su vida el dejar estas experiencias fuera para encajar a la fuerza en la matriz social, especialmente en términos identitarios y energéticos. Aquí pueden servir preguntas relacionadas con: ¿Qué haces tú cuando usas esta máscara que otras personas quizás no hacen?; ¿En qué situaciones usas esta máscara?; Cuando la usas, ¿te resulta más fácil estar en esa situación?; ¿Qué puedes conseguir o evitar cuando la usas?; ¿Qué pasa menos cuando la usas? Con estas preguntas se intenta reconocer su función, permitiendo no patologizar una condición que tiene como pivote estructurante el desafío de lo social, con el fin de tamizar el sí mismo más genuino de la máscara.

En otras palabras, la máscara permite darse cuenta de aquello que por una parte aparece fusionado, amorfo, sin la posibilidad de encajar en lo social por su propia exclusión y por otra, permite ir comprendiendo el enorme costo para la propia identidad, para los vínculos y para el sistema energético de la persona autista; ya que la propuesta terapéutica de la máscara permite que pierda temporalmente sus organizaciones conocidas y de esta manera explorar lo que se oculta tras el fingimiento en los vínculos sociales. Funciona, así como un acto de revelación o incluso de subversión de lo distinto, que pone entre paréntesis a la estrategia del enmascaramiento y permite que experiencias identitarias excluidas aparezcan y fluyan.

Es importante precisar, que estos costos (agotamiento, cefalea, ansiedad, pérdida o vacío, desconexión de las necesidades, emociones intensas o incómodas difíciles de expresar o digerir) se pueden reprocesar con estimulación bilateral, con el fin de disminuir la incomodidad o perturbación y de esta manera habilitar la posibilidad de que la persona explore otras estrategias de relación más genuinas, por tanto, no se pretende eliminar la máscara, sino que la persona pueda elegir cuando usarla con discernimiento y flexibilidad.

Por ejemplo, se podría facilitar un reconocimiento del masking con las siguientes preguntas: ¿Qué cosas hiciste o dejaste de hacer para que los demás no las notaran?; ¿Miraste a los ojos aunque preferías mirar hacia otro lado?; ¿Sonreíste aunque no tenías ganas de sonreír?; ¿Cambiaste tu forma de hablar para parecerte a los demás o para que no te llamaran la atención?; ¿Dejaste de hacer algún movimiento que normalmente haces porque otras personas podían verlo?; ¿Dejaste de hablar de cosas que te gustan para que otras personas no las notaran?; ¿Miraste cómo actuaban los demás y después hiciste

lo mismo? El terapeuta puede valorar qué elementos del masking están generando agotamiento y luego preguntar: ¿qué tan cansado terminaste de 0 a 10? comenzando a realizar tandas de estimulación bilateral a una velocidad y duración acorde a cada persona. Como modalidad de estimulación bilateral táctil, se propone el uso de tandas de Abrazo de la Mariposa, atendiendo a las características y preferencias sensoriales en personas autistas (Cillo, 2026).

En coherencia con lo anterior, también se propone una serie de preguntas para hacer emerger un ser más genuino, preguntas que ayuden a identificar estados de autenticidad y reconocer los factores que los facilitan, diferenciando la experiencia corporal y emocional propios del masking, de un “sí mismo más coherente” con lo que la persona quiere para su vida.

He podido observar, que en personas autistas es útil partir desde situaciones concretas, ojalá co-construir escenas centradas en la narrativa. Por ejemplo, relatar escenas donde el cuerpo se sintió tranquilo: ¿Recuerdas un momento en que podías estar tranquilo/a sin tener que estar pendiente de lo que pasaba?, ¿dónde estabas?, ¿qué sucedió?, ¿quién estaba contigo?, ¿había algún sonido u olor?, ¿Respirabas normal, rápido o lento?, ¿Estabas pendiente de cómo te estaban mirando los demás? Aquí el terapeuta, luego de colaborar a construir un paisaje de tranquilidad, podría optar por instalar estado calmo a través de estimulación bilateral y todo lo que esto conlleva.

Junto con lo anterior, también puede servir co-construir escenas en donde la persona sintió que dejó de lado la máscara en sus vínculos de confianza: ¿Hay personas con las que puedes hablar sin preparar antes lo que vas a decir? ¿Quiénes?; ¿Con quién puedes estar en silencio sin tener que decir algo?; ¿Con quién puedes hablar de las cosas que te gustan sin tener que esconderlas o cambiarlas?; ¿Con quién puedes comportarte de la manera que te sale naturalmente, sin tener que copiar cómo se comportan los demás? Luego se construye una escena con alguna de estas tramas, a criterio clínico, según lo que el terapeuta desee relevar, por ejemplo, “Cuéntame un momento en que pudiste hablar, moverte y comportarte como te salía naturalmente, sin tener que pensar en cómo te estaban viendo los demás”, para posteriormente indagar: ¿con qué recurso crees que lo lograste? Teniendo el relato de este recurso, se puede pasar a instalar Desarrollo de recursos (DIR) según protocolo.

También podemos co-construir escenas en donde aparece un sí mismo más genuino, a través de la pregunta: ¿cuéntame una escena en la que sentiste que podías ser completamente tú y desapareció la sensación de estar actuando? Una vez relatada la escena, se le puede pedir que note en el cuerpo qué siente y fortalecerlo con estimulaciones bilaterales cortas de abrazo de la mariposa. Asimismo, si el terapeuta lo considera necesario, puede ir construyendo con la persona autista un mapa corporal, identificando aquellas zonas que emiten señales de autenticidad: ¿cómo se siente el pecho?, ¿cómo están los hombros?, ¿cómo está el estómago?, ¿cómo está la respiración?, ¿dónde hay menos tensión?, ¿dónde hay un calor agradable? Si la res-

puesta transmite un estado genuino, se puede fortalecer con tandas cortas de estimulación bilateral.

Si aún la autenticidad está siendo difícil de identificar o conseguir, se pueden pedir pequeños actos de autenticidad indagando por medio de las siguientes preguntas: ¿Con quién o en qué lugar puedes hablar de la forma que te sale naturalmente?; ¿Con quién puedes estar sin tener que sonreír cuando no quieres?; ¿Con quién puedes decir “necesito una pausa” o “necesito estar solo/a un momento”?; ¿Con quién o dónde puedes hacer tus movimientos habituales sin tener que esconderlos? (Stimming); ¿En qué lugares puedes usar audífonos para reducir el ruido sin tener que preocuparte por lo que piensen los demás? Estas preguntas apuntan a ir sedimentando un camino hacia la autenticidad y pueden servir también para ir incorporando y aceptando pausas de autocuidado para ir regulándose. El terapeuta según sus objetivos, puede elegir una escena para profundizar, construyendo el sentimiento de agrado, dónde lo siente y fortaleciéndolo con estimulaciones bilaterales lentas y cortas.

Este mapa permite identificar gradualmente contextos donde la persona ya experimenta autenticidad y otros donde puede ensayar pequeñas conductas de menor masking sin comprometer su integridad y confianza.

Desde una perspectiva de EMDR adaptada al abordaje del masking en el autismo, estas escenas de autenticidad pueden utilizarse como experiencias positivas de referencia o recursos antes del reprocesamiento. Explorar no solo los momentos de sufrimiento y agotamiento asociados al masking, sino también las experiencias en que la persona se sintió aceptada y pudo habitar su cuerpo con calma, fortaleciendo el sentido del "yo auténtico" y un funcionamiento más integrado y menos condicionado por estrategias de supervivencia.

Por tanto, junto con adaptar o no el protocolo, resulta pertinente preguntarse desde qué lugar se entra a reprocesar: si desde un ser más coherente o genuino o desde una persona autista opacada y agobiada por la máscara.

El clínico debe ser capaz de discernir si el psiquismo completo está organizado para priorizar la supervivencia social por sobre la conexión con la experiencia interna, es decir, valorar el nivel de protagonismo que tiene el masking en la vida de la persona, lo cual podría ser un tema relevante para un futuro ensayo o manuscrito.

Si bien, esto es una reflexión teórica a partir de la experiencia clínica de percibir obstáculos en el reprocesamiento con personas autistas, se considera importante generar estudios de caso u otras investigaciones para ir probando cuáles de estas orientaciones pueden ser más eficientes, atingentes y eficaces para esta comunidad, brindando un proceso terapéutico con EMDR de la más alta calidad para beneficio de la salud mental y bienestar de nuestros consultantes autistas.

## Bibliografía

- Brenner, J., Pan, Z., Mazefsky, C. (2018). Behavioral symptoms of reported abuse in children and adolescents with autism spectrum disorder in inpatient settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 3727–3735.  
<https://doi.org/10.1007/s10803-017-3183-4>
- Cillo, A. (2026). Trauma y neurodiversidad: Comprender cerebros diversos [Seminario]. TraumaLab Uruguay.
- De Roos, C., Beer, R., De Jongh, A., & Ten Broeke, E. (2014). Protocolo EMDR para niños hasta 18 años. En E. Ten Broeke, A. De Jongh, & H. J. Oppenheim (Eds.), *Praktijkboek EMDR: Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen* (3.<sup>a</sup> ed., Anexo V). Harcourt.
- Devon, P. (2024). El autismo sin máscara. Editorial Sirio.
- Fisher, N., Van Diest, C., Leoni, M., & Spain, D. (2023). Using EMDR with autistic individuals: A Delphi survey with EMDR therapists. *Autism*, 27(1), 43–53. <https://doi.org/10.1177/13623613211072417>
- Grandin, T. (2006). *Pensar con imágenes: Mi vida con el autismo*. Alba Editorial.
- Knipe, J. (2019). *Caja de herramientas de EMDR: Teoría y tratamiento del TEPT complejo y la disociación*. Ediciones Pléyade.
- Lobregt-van Buren, E., Sizoo, B., Mevissen, L., & De Jongh, A. (2019). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy as a feasible and potentially effective treatment for adults with autism spectrum disorder (ASD) and a history of adverse events. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(1), 151–164.  
<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3687-6>
- Matoso, E. (1996). *El cuerpo: Territorio escénico*. Paidós.
- Mevissen, L., Lievegoed, R., Seubert, A., & De Jongh, A. (2012). Treatment of PTSD in people with severe intellectual disabilities: A case series. *Developmental Neurorehabilitation*, 15(3), 223–232.  
<https://doi.org/10.3109/17518423.2011.654283>
- Pearson, A., & Rose, K. (2021). A conceptual analysis of autistic masking: Understanding the narrative of stigma and the illusion of choice. *Autism in Adulthood*, 3(1).  
<https://doi.org/10.1089/aut.2020.0049>
- Silberg, J. (2020). *El niño superviviente: Curar el trauma del desarrollo y la disociación*. Desclée de Brouwer.