



**Alianza EMDR
Latinoamérica y Caribe**

REVISTA CIENTÍFICA

**Logros en Psicoterapia:
Teoría, práctica e investigación
en Terapia EMDR**

PRIMERA EDICIÓN

NOVIEMBRE, 2025



VIII Congresso Brasileiro
de EMDR & II Congreso de la
Alianza Latino América y Caribe
INTEGRANDO FRONTEIRAS

© 2025, Los Autores

Alianza EMDR Latinoamérica y Caribe



VIII Congresso Brasileiro
de EMDR & II Congreso de la
Alianza Latino América y Caribe

INTEGRANDO FRONTEIRAS

COMITÉ ENCARGADO DE LA REVISTA

Presidente del Congreso:

- Dr. André Mauricio Monteiro

Comité Editorial:

- Lic. Susana Bálsamo
- MSc. Ianthe Cocom
- Dra. Amalia Osorio

Equipo de Revisores de los artículos:

- MSc. Ernesto Gálvez
- Dra. Martha Givaudán
- Dra. Paola Premuda
- MSc. Marisa Rodríguez
- MSc. Margie Sánchez
- MSc. Claudia Varela

Equipo de Edición, diagramación y diseño

- MSc. Victor Aguilar
- MSc. Cristina Leal
- Lic. Silvana Plottier
- Dr. Nicolás Rodríguez



índice

Pag.

- 4 Editorial**
– Dr. André Mauricio Monteiro
- 5 Remisión de un caso de mutismo selectivo**
– Ps. Carina Cammarano
- 9 Huellas que hablan: abordaje EMDR en un caso de maltrato infantil**
– Lic. Magela Gonçalves Mendina
- 14 Programa de Salud Mental: Implementación del Protocolo Grupal ASSYST para la Intervención Temprana al Trauma en Jóvenes Universitarios**
– Ps. Zelenia María Eguigure Fonseca
- 20 El cuerpo narrado: Intervenciones desde EMDR en infancias que han sufrido impacto traumático**
– Ps. Paula Moreno
- 26 Integración de EMDR y Terapia Sexual**
– Ps. Marisol Laplace Aleuy
- 31 Respuesta rápida para el tratamiento de síntomas de estrés postraumático en su fase aguda**
– Ps. Victor Aguilar
- 36 Construcción del SPIA colectivo con técnicas narrativas auxiliares (Haikú): una propuesta ética y estética**
– Ps. Álvaro Ernesto Valenzuela Rivera
- 41 EMDR y la dimensión espiritual en el trabajo con síntomas alimentarios crónicos**
– Ps. Antonella Salerno
- 47 Perspectiva Psicotraumatológica del Modelo EMDR en un Hospital Pediátrico: Caso único de psicosis infantil**
– Ps. Melisa Carballo
- 57 Protocolo Entretejidos Operacionales entre Sesiones: Instrumento Práctico para Profesionales y/o Consultantes.**
– Dr. Carlos H. Lozano R
- 60 Integración Clínica EMDR y Terapia Vincular Familiar: Recursos Terapéuticos y Estrategias Comunes**
– Ps. Adrián Olander



Estimados lectores,

Tengo el inmenso placer de presentarles el número inaugural de la **Revista Alianza EMDR Latinoamérica y Caribe**, que se lanza en noviembre de 2025, coincidiendo con la celebración del VIII Congreso Brasileño de EMDR y el II Congreso de la Alianza EMDR Latinoamericana y del Caribe.

Esta revista, de publicación anual, nace con el propósito de establecer un espacio de intercambio y difusión de nuevos conocimientos en el ámbito de la Terapia EMDR. Buscamos que sea una plataforma esencial donde los terapeutas EMDR de la región puedan compartir investigaciones, revisiones teóricas o metodológicas, e innovaciones clínicas y estudios de casos, impulsando de manera colaborativa el avance de la terapia EMDR. Es importante destacar que esta revista tiene la particularidad de publicar únicamente artículos de autores latinoamericanos, ofreciendo así un reflejo fiel de la producción académica y clínica que se está realizando en nuestra región.

En este número pionero, hemos compilado artículos que afrontan desafíos significativos en nuestra práctica, ofreciendo enfoques innovadores y perspectivas frescas en el tratamiento de diversas problemáticas y cuadros clínicos, incluyendo el maltrato en la infancia, las disfunciones sexuales, el mutismo selectivo y la sintomatología alimentaria.

Aprovecho esta ocasión para manifestar mi profundo agradecimiento a todos nuestros autores por la confianza depositada y por la calidad de sus contribuciones. Un especial reconocimiento a nuestro dedicado comité editorial y a los revisores por su rigurosidad y valioso tiempo.

Confiamos en que esta primera edición sea de su agrado, y que sirva como una fuente de para futuras investigaciones y debates en nuestra comunidad.

Atentamente,

Dr. André Mauricio Monteiro

Presidente del Congreso



VIII Congresso Brasileiro
de EMDR & II Congreso de la
Alianza Latino América y Caribe

INTEGRANDO FRONTEIRAS



Remisión de un caso de mutismo selectivo

Autora: Ps. Carina Cammarano

Carina Cammarano

Carina.ca@gmail.com

Lic. en Psicología egresada de la Universidad Católica del Uruguay (UCU); Postgrado en Integración en Salud desde la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE); Especialización en Psicología Educacional; Terapeuta Certificada EMDR; Psicoterapeuta Cognitivo Conductual.

Objetivo

Describir el abordaje psicoterapéutico de un niño diagnosticado con “mutismo selectivo” (MS), logrando la recuperación funcional del lenguaje verbal espontáneo en entornos interpersonales.

Introducción

Hace unos años atrás, tuve la oportunidad de recibir a un niño acompañado por sus padres. Su caso representó un desafío como Terapeuta EMDR y una gran oportunidad de aprendizaje como profesional de la salud mental. En tal sentido, este capítulo intenta ilustrar el camino recorrido en el abordaje psicoterapéutico de un niño de 4 años y 9 meses, diagnosticado con MT, a través del cual, se logró la remisión completa de su diagnóstico inicial. La experiencia aquí relatada, vincula teoría, práctica e investigación en EMDR y aporta evidencia empírica en el tratamiento de un trastorno de ansiedad complejo, durante la primera infancia.

Con relación al MT, la prevalencia entre los niños en Uruguay en general, se estima que alrededor del 1% de la población general, presenta este trastorno. El MS suele manifestarse entre los 3 y los 6 años.

Metodología

Motivo de consulta: Este niño, al que, por motivos éticos, nombraré a partir de ahora como “Santiago”, fue llevado a mi consulta por sus padres por primera vez, cuando tenía 4 años

y 9 meses, luego de haber recibido el diagnóstico de MS por parte de la Psicóloga de la Institución educativa a la que concurría y de haber sido atendido a nivel psicológico en una Clínica privada, durante los 6 meses previos a que iniciáramos su proceso.

Hipótesis diagnóstica: Como punto de partida, quisiera compartir algunas de las características diagnósticas vinculadas al MS, el cual se enmarca en los trastornos de ansiedad. Según el DSM-5 “los niños con mutismo selectivo no inician el diálogo ni responden recíprocamente cuando les dirigen la palabra. Esta falta de lenguaje expresivo se puede observar en las interacciones sociales tanto con niños como con adultos”. (2)

Plan de tratamiento EMDR: Problema planteado: la incapacidad de este niño para la expresión verbal, salvo con sus figuras parentales; cognición negativa: “soy un tonto”; cognición positiva. “soy fuerte y valiente”.

Plan de secuencia de blancos

- Pasado

Evento base: cuando tenía alrededor de los 3 años su padre lo llevó por primera vez a conocer un colegio nuevo, el mismo día que realizaron su inscripción al mismo. Allí ocurrió, que cuando vio a la directora delante de él, no pudo emitir ni una sola palabra.

Eventos del pasado adicionales: cuando no podía ni siquiera hablar por teléfono con su abuela.

- Disparadores presentes.

No poderle decir “hola” al portero de la escuela, ni a la maestra, ni al profesor de Taekwondo.

- Patrón a futuro.

Poder conversar con familiares y personas de su entorno educativo, deportivo y social.

Fase 1: Historia del paciente

Iniciamos este abordaje psicoterapéutico, realizando una entrevista inicial con los padres. De la misma, destaco la siguiente información: el núcleo familiar estaba integrado por ambos progenitores, quienes convivían desde hacía 12 años. Santiago era hijo único, producto de un embarazo y parto normal. Cuando los padres se percataron de estas dificultades en su comunicación oral, hicieron las consultas con Otorrinolaringólogo necesarias para descartar otras afecciones orgánicas concomitantes. Una vez que comenzó a hablar, lo hizo fluidamente, pero en forma exclusiva con sus padres. En ocasiones puntuales, llegó a emitir escasas palabras a su madrina (amiga de la familia) y excepcionalmente, logró comunicarse con algún compañero de su grupo o con alguna maestra auxiliar, a través de monosílabos o utilizando mínimos vocablos (según lo informado por las docentes). Asistió al jardín de infantes desde que tenía un año y medio y transcurridos sus 2 años, comenzó a concurrir a una nueva institución educativa. Hasta ese momento, prácticamente no había logrado expresarse verbalmente con ningún adulto de su espacio educativo, ni con nadie de su entorno familiar extendido.

Por otra parte, sus actividades de esparcimiento y eventos sociales se limitaban casi de forma exclusiva, al círculo de sus familiares maternos y paternos, a los que tampoco les había hablado nunca. Asistía a clases de Taekwondo, una vez por semana y en ese espacio tampoco se conocía su voz.

A partir de este momento comenzamos a diseñar un programa de intervención, que incluyó aspectos psicoeducativos y estrategias terapéuticas cognitivo-conductuales, pero fundamentalmente fue a través de la Terapia EMDR (en su adaptación para niños), la que permitió el acceso a los contenidos traumáticos de su historia de vida que gestaron y mantuvieron su trastorno, hasta ese momento y que habilitó su proceso de recuperación.

Fase 2: Preparación

En el transcurso de la primera entrevista a la cual acude Santiago y como dato no menor, luego de saludarlos, observo que ambos progenitores, asumen inmediatamente, el rol de intérpretes cuando su hijo, por ejemplo, realiza algún gesto solicitando algo. En ese primer encuentro, Santiago prefirió dedicarse a jugar en silencio, con algunos de los objetos de mi caja de juego, mientras yo dialogaba con sus padres. Esporádicamente, me dirigía alguna mirada furtiva, sin llegar a pronunciar palabra o sonido alguno durante el transcurso de esa entrevista. Luego de transcurridas las primeras sesiones, durante las cuales Santiago jugaba o dibujaba en absoluto silencio, descubro, para mi sorpresa, mientras estaba a su lado, que él emitía de forma espontánea y con un tono de voz casi imperceptible, algunos sonidos onomatopéyicos al realizar su actividad lúdica.

En las siguientes sesiones, logró reproducir sonidos apenas audibles, cuando discretamente acerqué mi oído a él. Al principio fueron unos pocos monosílabos que balbuceó tímidamente tales como “sí”, “no”. Semanas más tarde, logró expresar una frase corta, al principio en voz baja y en mi oído y luego expresada (débilmente) frente a mí: “soy Santi”. A partir de ese momento, y junto con sus padres, comenzamos a practicar ejercicios y juegos de respiración consciente y profunda y elaboramos su “lugar calmo y seguro” al que Santiago llamó Arcoíris.

Fase 3: Evaluación

A medida que Santiago lograba expresarse gradualmente en cada sesión un poquito más (sin que aún lograra comunicarse con otras personas de su entorno, salvo con sus padres y conmigo) pudimos ir accediendo paulatinamente a través de sus dibujos y juegos, a distintos eventos adversos. Dichos sucesos se fueron reprocesando, destacándose uno de los más tempranos que él lograba recordar: cuando junto a su padre, cercano a los 3 años, asiste por primera vez al centro educativo para su inscripción y se encuentra con la directora, a la que Santiago, a través de sus dibujos y relatos, ve en la parte superior de una escalinata y a quien percibe como una figura “gigantesca”. En ese instante, cuando la ve delante de él, no pudo emitir ni una sola palabra.

De este incidente surgen los siguientes contenidos y marcadores iniciales:

- La Creencia Negativa que menciona para este evento fue “soy un tonto” (SUD: 7)
- La Creencia Positiva que encontramos fue: “soy fuerte y valiente” (VOC: 2)
- Las emociones vinculadas a este evento son: enojo y vergüenza, localizando su sensación corporal en sus brazos y panza.
- Las modalidades de estimulación bilateral que se utilizaron alternadamente fueron la visual y la auditiva, a demanda del niño.

Fase 4, 5, 6 y 7: Desensibilización, Instalación, Chequeo corporal y Cierre

Durante el transcurso de las siguientes sesiones, entre espacios de juegos fuimos haciendo foco tanto en sus emociones de vergüenza y miedo, como en su CN y en las sensaciones físicas que acompañaban, reprocesando a través de MBL ocular, táctil y/o auditivo alternadamente y adaptado a su edad. A continuación, transcribo parte de una de estas sesiones, luego de que el niño dibuja el recuerdo más temprano que logra identificar:

- Paciente: Siento que la vergüenza vive en mi corazón.
- Terapeuta: ¿Qué te parece si te acompañás del dibujo que hiciste de tu “acompañante protector” (habiendo elegido a su papá como tal) y juntos visitamos un poquito ese momento que dibujaste y esas emociones que me dijiste que sentías?

P: Bueno

(Realizamos tandas de MBL ocular con una varita mágica que a él le resultaba muy graciosa)

T: ¿Qué te surge?

P: Estoy enojado y preocupado.

T: Seguí con eso ... ¿qué te surge? (tandas MBL)

P: Me duelen las muñecas y las manos

T: ¿Seguí con eso ... ¿qué aparece? (tandas MBL)

P: Algo que me corre por los pies ... creo que es el enojo que está por ahí.

T: ¿Cuánto enojo sentís?

P: Señala en la escala adaptada para niños el equivalente a SUD 1.

T: ¿Seguí con eso ... ¿qué te surge? (tandas MBL)

P: Nada, ya no tengo vergüenza (SUD 0, señala en la escala para niños)

T: Vamos a dibujar eso, ¿querés?

P: ¡Estoy divirtiéndome, dibujando, soy fuerte y valiente!

T: ¿Cuánto?

P: Señala VOC 7 en la escala infantil (tandas MBL mientras dibuja)

T: ¿Cómo está tu cuerpo ahora?

P: ¡Bien! ((tandas MBL para instalar su bienestar físico)

T: ¡Excelente! ¡Vamos a visitar tu arcoíris?

P: ¡Sí! (dice Santi mientras sonríe)

Fase 8: Reevaluación

En el transcurso de las siguientes sesiones, pudimos apreciar a través de sus producciones gráficas y verbalizaciones, como su vergüenza fue disminuyendo en su grado de afectación, junto con otras emociones negativas asociadas, hasta ocupar un lugar muy pequeño en el mundo de sus afectos. Logró incorporar pensamientos más positivos sobre sí mismo. A su vez, fuimos haciendo foco en otros acontecimientos que Santiago fue relatando y que había percibido como perturbadores.

Paulatinamente, empezó a dialogar un par de minutos por teléfono con su madrina (luego fue aumentando el tiempo de las comunicaciones telefónicas con ella). Después, logra expresar (al oído) un “sí” a la Psicomotricista del colegio e incluso se animó a decir “kiai” (grito característico en Taekwondo) que consigue expresar en voz alta delante de sus profesores y compañeros, durante una de las clases.

Discusión

El presente caso, abre nuevas líneas de exploración clínica en la terapia EMDR con niños pequeños y permite reflexionar sobre la eficacia de un abordaje psicoterapéutico integrador en el tratamiento del MS.

Resultados

A partir de ese momento, Santiago comenzó a dirigirse a personas del entorno familiar cercano y luego extendió este comportamiento a otros familiares, vecinos y maestros, denotando su progresiva desinhibición física y verbal.

Al sugerir a los padres que lo llevaran a lugares públicos para ensayar nuevas interacciones sociales se fueron ampliando sus espacios de interacción social.

Santiago amplió su vocabulario y comenzó a hablar con

personas conocidas y desconocidas, lo que permitió una evolución favorable en la expresión de su lenguaje.

Los padres dejaron de actuar como intérpretes, comenzando a responder casi exclusivamente a las expresiones verbales de su hijo. Esto fue un cambio significativo en los roles parentales.

El colegio evaluó positivamente el progreso de Santiago en su lenguaje oral. Al finalizar ese año lectivo, recibe la siguiente evaluación escrita del colegio: “Le entusiasma mucho aprender nuevas palabras y frases. Disfruta aprendiendo canciones y rimas. Manifiesta interés por participar en situaciones de comunicación oral”.

Implicaciones clínicas

Este caso clínico ofrece valiosas implicaciones para la práctica psicoterapéutica con niños que presentan MS. La intervención basada en EMDR, adaptada a la edad y demostró ser eficaz para acceder y reprocesar contenidos traumáticos que sostenían el cuadro clínico.

Conclusiones

A lo largo del tratamiento, Santiago mostró una mejora significativa en su capacidad para comunicarse verbalmente, lo que le permitió interactuar de manera más efectiva con su entorno.

El abordaje a través de la Terapéutica EMDR, junto con las técnicas de moldeamiento, reforzamiento diferencial y relajación psicofísica resultaron ser estrategias terapéuticas muy efectivas para reducir la ansiedad y fomentar la comunicación verbal de este niño.

Santiago logró integrarse de manera exitosa en diversas actividades sociales y educativas, lo que refleja un avance significativo en su desarrollo personal y social. Al año siguiente del inicio de su tratamiento, logra hablar sobre el escenario del Centro educativo al cual asistía, delante de sus compañeros del nivel inicial de 3, 4 y 5 años y de las maestras de su colegio.

En la actualidad, Santi ya es un adolescente con un lenguaje acorde a su edad y que aún suele sonreír cuando alguien le pregunta, por su pasado silencioso...

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
2. Shapiro, F. (s.f.). Supera tu pasado [Edición Kindle]. Editorial Kairós.
3. Waldon, A. P. (2007). Adiós pensamientos y sentimientos feos: Manual de EMDR para niños (M. E. Adúriz, Trad.; C. J. Waldon, Diseño gráfico). Gómez.
4. Olivares, J., & Rosa-Alcázar, Á. (2020). Efectividad del tratamiento temprano de niños con mutismo selectivo en los centros educativos. *Terapia Psicológica*, 37(2), 81–96.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082019000200081>



Huellas que hablan: abordaje EMDR en un caso de maltrato infantil

Autora: Lic. Magela Gonçalves Mendina

Magela Gonçalves Mendina

goncalvesmagela@gmail.com.ar

1. Lic. en Psic. Fac. de Psic. Univ. de la Rep. del Uy. 2. Dipl. en Interv. en MI y ASI. Col. 3. Terapia EMDR. Asoc. EMDR IbAr. 4. Terapia EMDR NNA. Asoc. EMDR Es. 5. Acute Stress Syndrome Stabilization (ASSYST-REMOTO), Dr. I. Jarero. 6. Neuropsic. Infantil. Centro Wernicke Ar. 7. Perito del Poder Judicial Uy. Registro Único de Peritos.

Introducción

El presente trabajo refiere a un Reporte de caso: capítulo con presentación teórica y aplicación clínica donde se expone el abordaje psicoterapéutico de un niño que se encuentra en tratamiento desde los 9 hasta los 13 años (actualidad), en el marco de una intervención sostenida desde el modelo EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares), el cual se basa en el Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (SPIA). Desde este enfoque, se priorizó una intervención que contemplara no solo el procesamiento de memorias traumáticas del paciente, sino también la estabilización emocional, la construcción de sus recursos internos y el trabajo con las redes implícitas de la memoria somática.

El caso clínico se enmarca, dentro de una historia de maltrato infantil severo desde la etapa prenatal, atravesada por violencia intrafamiliar, maltrato físico y verbal, negligencia y abandono, con la posterior integración del niño en una familia de acogida lo cual configuró una red de sostén fundamental en su proceso de tratamiento.

Para comprender la complejidad de este caso, resulta necesario introducir el concepto de trauma de desarrollo, este hace referencia a la exposición crónica y repetida a situaciones adversas (como negligencia, maltrato y abandono) ocurridas en etapas tempranas del desarrollo, particularmente en el marco de

vínculos significativos de apego (1). Estas experiencias tal como sostienen algunos autores han afectado de forma profunda el desarrollo emocional, cognitivo, somático, sensorial y relacional del niño, alterando además la organización del sistema nervioso central (2).

Autores como Van der Kolk (3) destacan también la importancia de incluir el cuerpo en la intervención terapéutica en este tipo de casos, dada la persistencia de huellas sensoriomotoras originadas en las experiencias traumáticas tempranas.

En la misma línea, Spinelli (4) plantea que estos traumas sostenidos y precoces, si bien muchas veces resultan invisibles en su manifestación, generan un impacto profundo en el psiquismo infantil, alterando la capacidad del niño para integrar emocionalmente lo vivido. Sin embargo, no constituyen huellas irreversibles: mediante abordajes terapéuticos éticos y basados en la evidencia, como EMDR, es posible su reprocesamiento y resignificación.

Es importante hacer énfasis que el trabajo clínico en estos casos, dado que requieren de una comprensión profunda del trauma relacional, así como también de la necesidad de construir un vínculo terapéutico estable y confiable.

Metodología

La intervención psicoterapéutica se llevó a cabo con una frecuencia semanal en sus primeras etapas, pasando luego a

una modalidad quincenal. El encuadre se sostuvo en el marco de una alianza terapéutica estable y con participación activa de la familia de acogida.

El proceso terapéutico se inició con una evaluación clínica integral, que incluyó entrevistas con el niño y su familia de acogida, la administración de la Escala de Disociación para Niños (CDC) (5) y el trabajo con el libro "*Eso no me pasa a mí. Un viaje por un laberinto muy especial*", de Sandra Baita(6).

En la sesión que se presenta en este capítulo, se aplicó el Protocolo de Tratamiento Grupal Integrativo EMDR (IGTP): Aplicación con Niños Víctimas de un Desastre de Masas, desarrollado por Jarero y Artigas (7), adaptado al encuadre individual.

Esta elección se basó en la necesidad de contar con una metodología progresiva y reguladora, que permitiera trabajar el trauma sin sobrepasar la ventana de tolerancia del niño. El protocolo IGTP integra recursos visuales (como el dibujo) y estimulación bilateral, lo que facilita el acceso gradual a memorias traumáticas desde un encuadre simbólico y contenido. Además, se respaldó en evidencia empírica que demuestra su eficacia en la reducción de síntomas postraumáticos en niños expuestos a experiencias de violencia interpersonal severa y situaciones de crisis, con resultados clínicos significativos y sostenidos en el tiempo (8,9), lo que lo convierte en una herramienta válida y adaptable para abordar casos como el que se presenta, donde el trauma ha afectado de forma sostenida el desarrollo emocional, relacional y neurobiológico del niño.

Asimismo, durante todo el proceso, se empleó el juego como técnica central de evaluación e intervención, en coherencia con el momento evolutivo del niño. A medida que avanzaba su desarrollo, se incorporaron progresivamente recursos gráficos, narrativos y psicoeducativos, ajustando el encuadre a sus necesidades cognitivas y emocionales.

Se implementaron estrategias específicas de estabilización emocional, incluyendo técnicas de respiración, HRV Biofeedback, y el uso de recursos sensoriales en el consultorio (pelotas, masas, caja de la calma, entre otros), con el objetivo de fortalecer habilidades de autorregulación.

A nivel contextual, se mantuvo una coordinación activa con el ámbito escolar, así como con los profesionales intervenientes (psicopedagoga y psicomotricista), facilitando una articulación de estrategias orientadas a sostener un abordaje

integral en los diferentes entornos del niño.

Motivo de Consulta

El niño es traído a consulta por su familia de acogida, conformada por miembros de su familia extensa (su tía biológica y la pareja de esta), lo cual en el contexto uruguayo refiere a cuidadores con un vínculo de parentesco consanguíneo previo con el niño, niña o adolescente en situación de acogimiento.

El motivo de consulta estuvo vinculado a la preocupación de las cuidadoras por diversas manifestaciones conductuales y emocionales. Refirieron dificultades en la expresión emocional, episodios de agresión hacia pares, enojos frecuentes, aislamiento en el contexto escolar, mentiras reiteradas, problemas de aprendizaje y alteraciones del sueño. También señalaron la presencia de conductas que lo describen como "desconectado de la realidad" refiriendo al respecto: "a veces parece que está como en otro mundo", "no se acuerda nunca de nada", "el otro día rompió un vaso y dijo que no fue él cuando lo vimos que fue él", "está todo el tiempo diciendo que no es él el que hace las cosas cuando sucede algo en la casa", "si se da una pelea con los hermanos es la misma situación, dice que él no fue", "el otro día vació el jabón líquido de lavar los platos, y nos dice que él no fue".

Hipótesis Diagnóstica

Se plantea una hipótesis diagnóstica de trauma del desarrollo, enmarcada en una historia de adversidad temprana severa caracterizada por negligencia prenatal, maltrato físico y emocional, desnutrición, vida en situación de calle y ausencia de vínculos de apego seguros en la infancia.

Ford y Courtois (1) explican al respecto que este tipo de trauma genera alteraciones profundas en la regulación emocional, la identidad, el funcionamiento ejecutivo y la capacidad de establecer relaciones seguras. Por su parte, Teicher y Samson (2) destacan el impacto de la negligencia temprana en la organización del sistema nervioso central y la maduración de las funciones corticales superiores, lo cual se evidencia en la sintomatología del paciente, tales como: alteraciones del apego, conductas agresivas, aislamiento social, dificultades cognitivas, trastornos del sueño, impulsividad y episodios disociativos.

Plan de Tratamiento EMDR

Los objetivos principales de la intervención se han

basado fundamentalmente en favorecer la estabilización emocional, desarrollar recursos internos de afrontamiento, construir una narrativa coherente de la historia de vida y reprocesar los recuerdos traumáticos más perturbadores.

PASADO	PRESENTE	FUTURO
Recuerdos traumáticos: caída y golpe en la cabeza	Desencadenantes: cicatriz en la cabeza, gritos	Fortalecimiento de recursos
Eventos negativos: gritos, obligación de consumir leche en mal estado.	Síntomas: dolor de cabeza, disociación	Imágenes positivas, red de apoyo

Fase 1. Historia

Desde la gestación, el niño estuvo expuesto a consumo de sustancias, violencia intrafamiliar, negligencia prenatal y desnutrición. Vivió gran parte de su infancia en situación de calle. A los 6 años pasó a residir con su abuela materna y la pareja de esta, donde habría vuelto a vivir situaciones de maltrato y presunto abuso sexual. A los 7 años fue acogido por otra parte de la familia extensa, donde reside actualmente. Presentó retrasos en el desarrollo motor y del lenguaje, así como dificultades escolares. Fue escolarizado recién a los 7 años, momento en que comienza también el seguimiento pediátrico y neuropsiquiátrico. Inicia apoyo psicopedagógico y psicomotriz a los 12 años.

Cuando comenzó a asistir al consultorio, se presentaba como un niño tímido, aunque con buena disposición. Mostraba interés en participar del juego y disfrutar de las actividades lúdicas, y de esta forma se fue estableciendo un buen vínculo terapéutico.

En las primeras sesiones no se observaron alteraciones significativas del estado de ánimo ni dificultades en la interacción. No obstante, su conducta oscilaba entre momentos de disfrute y otros en los que se evidenciaba una mayor rigidez, tanto a nivel corporal como emocional.

Desde el inicio se observó una marcada lentitud en la ejecución de las actividades propuestas, la cual ha persistido a lo largo del proceso terapéutico. Esta característica se acompaña de un estilo muy detallista y minucioso en sus producciones.

Fase 2. Preparación

La antesala para comenzar a reprocesar recuerdos:

En esta etapa del proceso, se retoma el abordaje con las voces que el niño refería escuchar, cuando se trabajó con el libro “Eso no

me pasa a mí”, que permitió facilitar la emergencia de estas memorias. A partir de allí, se inicia un trabajo terapéutico con dichas voces, evaluando previamente posibles hipótesis acerca de su función y origen. Se comprende que estas voces, que en otro momento lo alertaban ante el peligro, aún no sabían que el contexto actual había cambiado. Con el fin de promover integración y seguridad, se ofrece una explicación psicoeducativa adaptada a su edad, validando el rol protector que estas voces habían cumplido, y se introduce una metáfora reparadora como recurso simbólico para resignificar su presencia:

- T: Parece que las voces se fueron dando cuenta de que ahora estás con tus mamás (sus referentes actuales a quienes él les llama mamás), y dijeron: no tenemos tanto trabajo que hacer... entonces empezaron a desaparecer. Y cuando las voces se fueron, se abrió una gran puerta donde empezaron a salir los recuerdos feos. Ahora tenemos que convencer a todo tu cuerpo y a toda tu cabeza de que esa persona ya no está aquí.

Aunque se venían visualizando progresivamente cambios, éste momento del proceso terapéutico representó un punto de inflexión significativo en el abordaje.

El trabajo con la experiencia de escucha de voces, validando su función protectora y ofreciendo alternativas más adaptativas, permitió al niño externalizar los mandatos internos sin patologizar su experiencia, favoreciendo una narrativa integradora de sí mismo por lo que comienzan a disminuir en frecuencia e intensidad. De esta forma, este cambio abre paso a la emergencia de recuerdos asociados a experiencias traumáticas.

Dolores de cabeza: En una sesión, refiere que le ha dolido la cabeza. Al indagar al respecto, menciona que a veces el dolor aparece cuando está en la escuela y hay mucho ruido, especialmente cuando la maestra grita. Sin embargo, también le sucede en su casa, y lo que más identifica como desencadenante son los momentos en que hay gritos. Señala que el dolor se localiza en los costados de la cabeza, específicamente por encima de las orejas. Ese día, “casualmente”, llevaba un corte de pelo diferente, que dejaba más expuestas justamente esas zonas de su cuero cabelludo. Muestra su cabeza a la terapeuta y pregunta:

P: Esto que tengo acá, ¿te parece que es parte del corte de pelo?

T: (Aunque era evidente que no era parte del corte de pelo la terapeuta responde...) No lo sé, ¿me podrás contar vos?

- P: No, es una cicatriz. Cuando era chiquito y vivía con “aquella persona” (así nombraba a la madre biológica cada vez que tenía

que hacer alguna referencia sobre ella), no sé que estaba haciendo... estaba con una botella, me estaban llamando y por salir corriendo la pisé, me caí y golpeé contra el arco de la puerta. No me acuerdo que pasó después... hasta que me acuerdo que estaba dentro de la ducha y el agua estaba fría y me ponían azúcar en la cabeza. Recuerdo que había otra persona, el “amigo” de “aquella persona”. ¿Tendría que acordarme de todo para poder contarte bien?

- T: A veces, cuando nos pasa algo muy feo o que nos da mucho miedo, nuestro cerebro hace algo para ayudarnos, guarda ese recuerdo en un lugar como si fuera una cajita cerrada, y lo hace para que no nos duela tanto. Por eso puede pasar que no nos acordemos bien de lo que pasó, o que algunas partes estén como borrosas.

Esos no significan que esté mal o que estés haciendo algo mal, es una forma en que tu mente trata de cuidarte y ayudarte.

- P: De verdad! Ah bueno! Me ayudó a calmar la curiosidad, ahora entiendo por qué a veces no me acuerdo de algunas cosas.

Fase 3. Evaluación

- T: Ahora vamos tratar de ver eso que te pasó ¿cuál es la parte del recuerdo más fea que sentís que todavía está en tu cabeza? Se le presenta la hoja tal cual indica el Protocolo de Tratamiento Grupal Integrativo EMDR de Jarero y Artigas. De allí surgen los siguientes dibujos con los correspondientes SUDS (ver Figura 1).

Fase 4. Descensibilización

- T. Ahora te pido que mires tu dibujo (Figura 1, dibujo A), y se realiza MBL táctil.

La consigna se repite hasta completar el proceso con los 4 dibujos en la hoja (Figura 1).



Figura 1. Dibujo realizado en la sesión. Los números representan las puntuaciones autoinformadas de niveles SUDS del niño.

- A) Dibujo A: Cuando se cae y se golpea contra el marco de la puerta. (SUDS = 9)
- B) Dibujo B: Cuando lo llevan a bañarse. (SUDS = 7)
- C) Dibujo C: Cuando pisa la botella. (SUDS = 5)
- D) Dibujo D: Estaba feliz porque estaba jugando con la botella. (SUDS = 0)

Fase 5. Visión Futura

- T. ¿Cómo te gustaría sentirte con la cicatriz?
- P. No sé, creo que normal.
- T. ¿Podrías realizar un dibujo?
- P. Si
- T. (Luego que realiza el dibujo). Ahora te pido que mires tu dibujo (Ver Figura 2), se realiza MBL táctil



Figura 2. Dibujo de la visión futura. ¿Cómo te gustaría sentirte con la cicatriz?

Nota. El niño se dibuja a sí mismo (el que está en la parte inferior de la hoja) con la cicatriz y luego otro niño generando un diálogo entre ambos donde el otro niño le pregunta “¿las rayas son parte del corte?”, y él responde: “no, eso es normal”.

Fase 6. Escaneo Corporal

- T. Ahora con los ojos cerrados vas a ir recorriendo tu cuerpo observando si sientes alguna sensación en alguna parte de tu cuerpo desde la cabeza vas bajando hasta llegar a los pies. Y cuando sientas que terminaste sin ningún apuro me avíasas.
- P. Pronto, no siento nada en el cuerpo, solo estoy feliz porque ya no siento aquella sensación en la cicatriz.
- T. Y eso es positivo para ti?
- P. Si, estoy feliz
- T. Nota eso. (Se realiza MBL táctil).

Se repite escaneo corporal sin reportar ninguna sensación.

Fase 7. Cierre

Se vuelve a su estado calmo.

Fase 8. Re-Evaluación

- T. ¿Te acordás de lo que estuvimos trabajando la semana pasada?
- P. Si, de la cicatriz que tengo en mi cabeza por la caída
- T. Exacto! ¿hay algo que hayas notado nuevo o diferente en tu vida desde la última vez que nos vimos?
- P. No, creo que me siento normal. Ahora que me preguntas me doy cuenta que no me estuve accordando de la cicatriz.
- T. ¿Notas algo si pensas en la cicatriz?
- P. No.

Posteriormente se realiza entrevista con las referentes de la familia de acogida quienes manifiestan que el niño no ha vuelto a realizar referencias en cuanto a molestias en la zona de la cicatriz así como tampoco a presentado dolores de cabeza. Esta mejora se mantiene hasta la actualidad.

Conclusiones

El presente trabajo se ha basado en una intervención desde el modelo EMDR, con un enfoque centrado en el apego y el trauma del desarrollo donde se visualizó una evolución significativa en la integración emocional del paciente.

El abordaje desde EMDR permitió una comprensión integral del caso, respetando los tiempos del niño, y facilitando el reprocesamiento de sus experiencias traumáticas tempranas.

El uso del “Protocolo Integrativo EMDR: Aplicación con Niños Víctimas de un Desastre de Masas” de Jarero y Artigas, en la sesión presentada facilitó una estructura clara y segura para abordar las memorias traumáticas. Asimismo, la estabilización previa, el trabajo con voces internas como mecanismos adaptativos y el empleo de psicoeducación al respecto resultaron fundamentales para facilitar el acceso a las memorias somáticas e implícitas.

Por su parte, sino la construcción de una narrativa personal más integrada, el fortalecimiento de funciones adaptativas y la resignificación de vivencias traumáticas.

La participación activa de la familia de acogida fue clave para sostener el proceso el cual requirió una escucha clínica

profunda y validante, así como un trabajo constante de psicoeducación resultando fundamental para favorecer la continuidad del tratamiento y sostener los avances terapéuticos alcanzados.

REFERENCIAS

1. Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2014;1(1):9.
2. Teicher MH, Samson JA. Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57(3):241–66.
3. Van der Kolk B. *El cuerpo lleva la cuenta: cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma.* Barcelona: Eleftheria; 2017.
4. Spinelli I. *La presencia invisible: el trauma en nuestra vida.* Montevideo: Ediciones B; 2020.
5. Putnam FW. *The Child Dissociative Checklist (CDC).* Bethesda (MD): National Institute of Mental Health; 1993.
6. Baita S. *Eso no me pasa a mí: un viaje por un laberinto muy especial.* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2021.
7. Jarero I, Artigas L. Protocolo de tratamiento grupal integrativo EMDR: aplicación con niños víctimas de un desastre de masas. *Pract Res.* 2010.
8. Jarero I, Artigas L, López Cano T. Primer estudio de investigación de la aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a niños víctimas de violencia interpersonal severa. *Revista EMDR México.* 2011;1(1):13–20.
9. Jarero I, Uribe S. El Protocolo de EMDR para incidentes críticos recientes: reporte de seguimiento de su aplicación en situación de masacre humana. *J EMDR Pract Res.* 2012;6(2):67–72.



Programa de salud mental: Implementación del protocolo grupal ASSYST para la intervención temprana al trauma en jóvenes universitarios

Autora: Ps. Zelenia María Eguigure Fonseca

Zelenia María Eguigure Fonseca

zeguigure@gmail.com

Psicóloga y terapeuta constructivista y sistémica con perspectiva de género, certificada por la Universidad de Barcelona. Ha liderado proyectos de intervención educativa enfocados en juventud, bienestar y salud mental. Su trabajo destaca en el diseño de estrategias innovadoras para la estabilidad emocional y la prevención del estrés en poblaciones vulnerables.

La transición hacia la vida universitaria es un proceso que implica profundos cambios emocionales, sociales y académicos. Para muchos jóvenes, esta etapa representa desafíos como el alejamiento del núcleo familiar, la presión por el rendimiento académico y la adaptación a un entorno social complejo. Diversos estudios han señalado que este período es de alta vulnerabilidad emocional, siendo el estrés académico un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión¹, especialmente en aquellos jóvenes con antecedentes de experiencias adversas tempranas.

Por otro lado, los estudiantes universitarios también enfrentan altos niveles de estrés y trastornos de salud mental durante su transición a la adultez emergente, con tasas de prevalencia de trastornos mentales entre el 12% y el 46% en un año determinado². El estrés académico, derivado de las exigencias institucionales y la adaptación a un nuevo entorno, contribuye significativamente a la aparición de estos trastornos. Factores como la separación de la familia y la presión académica intensifican esta vulnerabilidad, provocando problemas de sueño, cambios en el estilo de vida y dificultades en la adaptación social y emocional^{3,4}. Es fundamental comprender que las experiencias tempranas relacionadas con traumas o eventos adversos pueden

condicionar la forma en que los estudiantes universitarios responden a los distintos factores de estrés a los que se enfrentan durante su estancia en la universidad.

En la universidad donde se está implementando el presente proyecto de intervención se evidenciaron tres áreas principales de impacto. La primera corresponde a las dificultades en la adaptación académica, asociadas con la necesidad de desarrollar mayor autonomía, mejorar la gestión del tiempo y enfrentar la presión académica propia del entorno universitario. La segunda área está relacionada con los efectos en la salud mental, manifestados en síntomas como ansiedad, insomnio, bajo rendimiento académico y un mayor riesgo de abandono de los estudios. Finalmente, se identificó la necesidad de fortalecer el rol institucional en la promoción del bienestar emocional de los estudiantes, a fin de brindar un acompañamiento más efectivo y preventivo ante estas problemáticas. Asimismo, se comprobaron, especialmente en el transcurso de los primeros meses académicos, factores relacionados con el proceso adaptativo al entorno universitario: ajuste del comportamiento del estudiante al reglamento y normas de la institución, desarrollo de habilidades de autonomía, presión entre pares, pérdida de familiares y ruptura de vínculos afectivos. En el 2024 se registraron 84 casos de retiro de la institución, que representa el 24% del total de la población

de primer ingreso. Estos resultados reflejan la prevalencia de los desafíos académicos y disciplinarios como principales detonantes de afectaciones en la adaptación universitaria y en la salud mental de los estudiantes.

En este contexto, los programas de intervención temprana en salud mental resultan fundamentales para favorecer la adaptación emocional y prevenir la cronificación de dificultades psicológicas. Entre las herramientas disponibles, el enfoque EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ha mostrado ser eficaz para el abordaje de trauma y estrés agudo. Una adaptación grupal, el protocolo ASSYST⁵ (Acute Stress Syndrome Stabilization), ofrece una alternativa no intrusiva y de bajo costo que facilita el procesamiento adaptativo de información mediante estimulación bilateral. El presente capítulo describe la implementación piloto del protocolo ASSYST grupal en estudiantes universitarios de primer ingreso para evaluar su efectividad en la reducción de síntomas de estrés y riesgo de TEPT y con el objetivo de contribuir al diseño de estrategias institucionales de apoyo emocional.

Fundamentación Teórica

Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información

El enfoque EMDR se basa en el Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información propuesto por Shapiro⁶, que sostiene que el sistema nervioso posee un mecanismo innato para procesar experiencias de manera adaptativa. Cuando los eventos son abrumadores o traumáticos, este sistema puede bloquearse, quedando la información almacenada de manera desadaptativa, lo que se manifiesta en síntomas intrusivos, hiperactivación o evitación.

La estimulación bilateral, característica de EMDR, facilita la integración de la información traumática y promueve la reducción de síntomas asociados. En contextos universitarios, donde el estrés puede reactivar memorias traumáticas previas, este enfoque permite abordar de manera preventiva los factores que afectan la estabilidad emocional.

El Protocolo Grupal ASSYST

El protocolo ASSYST (Acute Stress Syndrome Stabilization) es una adaptación del modelo EMDR diseñada para la intervención temprana tras experiencias estresantes o traumáticas⁵. Su modalidad grupal es accesible porque permite la

atención a varios estudiantes de manera simultánea. Es un procedimiento no intrusivo ya que no requiere la narración explícita del trauma, reduciendo la reactivación emocional, y es preventivo porque facilita la estabilización temprana del sistema nervioso, disminuyendo el riesgo de desarrollar TEPT.

Durante las sesiones, los participantes realizan ejercicios guiados de estimulación bilateral, visualización y autoobservación, promoviendo la regulación fisiológica y emocional.

Trauma y Estrés Académico en Universitarios

Los estudiantes de primer ingreso enfrentan factores de riesgo como aislamiento social, sobrecarga académica y presión de adaptación. Entre el 20% y 35% de jóvenes universitarios reportan síntomas relacionados con experiencias traumáticas, lo cual impacta su rendimiento y permanencia académica. La población universitaria se encuentra en riesgo de desarrollar ansiedad como consecuencia de las diversas exigencias que viven dentro del ámbito académico, lo que repercute en el bienestar físico, emocional y social⁷. La integración de protocolos preventivos como ASSYST en programas de bienestar universitario resulta, por tanto, estratégica para fortalecer la salud mental estudiantil.

Experiencias Adversas en la Infancia

Las experiencias adversas en la niñez son factores estresantes que influyen significativamente en el bienestar durante la adultez. Estas experiencias están vinculadas a un mayor riesgo de enfermedades crónicas como diabetes, obesidad y afecciones cardíacas, así como a impactos emocionales y sociales. Un evento traumático se define como cualquier situación que amenaza la seguridad física y provoca miedo o impotencia, activando una respuesta fisiológica generalizada de estrés.

El impacto del trauma depende de factores como la edad del primer evento y la frecuencia de los traumas. En la niñez temprana, el impacto psicofisiológico es mayor debido a la limitada capacidad de afrontamiento de los menores, experimentándose como un evento repetitivo, frecuente y crónico que puede distorsionar la respuesta fisiológica al estrés en etapas posteriores. El abuso y la negligencia emocional incrementan el riesgo de trastornos del estado de ánimo, ansiedad, y abuso de sustancias en la adultez. Los problemas neuropsicológicos

derivados del maltrato infantil pueden afectar el rendimiento académico y las relaciones sociales.⁸

Los objetivos del presente estudio fueron presentar los fundamentos del protocolo, la metodología utilizada, los resultados obtenidos y describir la implementación del protocolo ASSYST como una estrategia de intervención temprana en el ámbito universitario, destacando su aplicación para la regulación del estrés y el procesamiento de experiencias adversas en estudiantes.

Metodología

Este estudio constituyó una investigación inicial del protocolo ASSYST grupal aplicado a un grupo de tratamiento con mediciones pretest post-test de estudiantes de primer año de una universidad agrícola de modalidad internado. Los estudiantes provenían de diferentes países, lo que generó un contexto multicultural y retos adicionales de adaptación académica y emocional. En total participaron 294 estudiantes (191 varones y 103 mujeres), con edades comprendidas entre 15 y 24 años. Todos se encontraban en su primer trimestre de estudios y enfrentaban el proceso de integración a la vida universitaria.

Procedimiento

El proyecto de intervención fue ejecutado por un equipo de cinco psicólogos. La implementación del protocolo ASSYST en estudiantes de primer año se llevó a cabo de manera estructurada, iniciando con una fase de preparación y evaluación que garantizó la seguridad emocional y el adecuado desarrollo de la intervención mediante la organización de grupos, convocatoria, preparación de materiales y registro de asistencia. La fase de evaluación permitió identificar la presencia de experiencias adversas y síntomas de estrés postraumático mediante el Cuestionario ACE (Adverse Childhood Experiences) y la Lista de Verificación PCL-5, aplicados antes y después de la intervención.

Posteriormente, se ejecutó la fase de intervención, que incluyó una charla de psicoeducación y la conformación de ocho grupos de estudiantes guiados por especialistas en EMDR y psicólogos, promoviendo la comprensión y el procesamiento de las experiencias traumáticas con estrategias progresivas para reducir el estrés y la perturbación emocional, incluyendo evaluación, reducción de perturbaciones, chequeo corporal y

cierre. Finalmente, se estableció un plan de seguimiento para acompañar a los estudiantes con mayores niveles de perturbación, promoviendo la continuidad del bienestar emocional alcanzado.

Fase de Preparación

Para garantizar la correcta implementación del protocolo ASSYST, se llevó a cabo una fase de preparación estructurada que incluyó diversas acciones orientadas a generar un entorno seguro y ordenado para los estudiantes. Entre estas actividades se realizó lo siguiente:

- Organización y convocatoria: Grupos de 40 estudiantes; notificación por correo electrónico con fecha, hora y objetivos.
- Preparación de materiales: Protocolos escritos, formularios de asistencia y seguimiento.
- Cuerpo de Protección Emocional (CPE): Acondicionamiento del espacio para generar seguridad emocional.
- Acondicionamiento del lugar: Distribución de sillas, disponibilidad de agua y pañuelos.
- Registro de asistencia: Verificación de participación desde el inicio.

Fase de Intervención

En esta etapa se aplicaron de manera progresiva las técnicas del protocolo ASSYST enfocadas en sensibilizar a los estudiantes sobre el estrés, enseñar estrategias de automodulación emocional y comenzar la reducción de la perturbación psicológica. Se realizó lo siguiente:

- Sensibilización sobre el estrés y sus efectos.
- Enseñanza de técnicas de automodulación (respiración, atención plena).
- Práctica del Abrazo de la Mariposa.
- Aplicación de la escala SUDs para monitorear perturbación emocional.

Fase de Evaluación de la “Peor Parte”. Durante esta fase, los participantes identificaron los momentos más estresantes de su primer año universitario, midiendo su nivel de angustia con la escala SUDs para monitorear su respuesta emocional y preparar el trabajo de liberación de perturbaciones. Esta fase incluyó:

- Visualización de los eventos más estresantes del primer año.
- Medición de niveles de SUDs durante la actividad.
- Verificación de que el 90 % de los estudiantes completaran

la identificación de sus experiencias perturbadoras.

Fase de Reducción y Eliminación de la Perturbación.

En esta fase se abordaron directamente las experiencias perturbadoras, aplicando técnicas de autorregulación, con el fin de disminuir gradualmente el nivel de estrés y malestar emocional. Esta fase incluyó lo siguiente:

- Identificación de nuevas perturbaciones emocionales.
- Realizar Abrazo de la Mariposa para disminuir ansiedad y estrés.

Fase de Chequeo Corporal Global. En esta etapa los estudiantes tomaron conciencia de las sensaciones físicas asociadas a su experiencia emocional, favoreciendo la conexión cuerpo-mente y consolidando el proceso de reducción del estrés. Esta fase incluyó las siguientes acciones:

- Observación de sensaciones físicas relacionadas con el estrés.
- Conexión emocional mientras se repite el Abrazo de la Mariposa.

Fase de Cierre. La intervención finalizó con ejercicios de respiración y relajación profunda, buscando estabilizar emocionalmente a los estudiantes y dejarles en un estado de calma al concluir la sesión grupal.

Fase de Seguimiento

Esta fase se centró en brindar indicaciones claras para el manejo posterior de las emociones, estableciendo pautas según los niveles de angustia y promoviendo la continuidad del bienestar alcanzado durante la intervención. Con base en el siguiente criterio:

SUDs > 4: Repetir protocolo individual o en otra sesión grupal.

SUDs 1 a 5: Ejercicios de respiración diaria.

SUDs 5 a 10: Práctica del Abrazo de la Mariposa hasta sentir alivio.

Perturbación > 6 días: Remisión a profesional de psicología.

Evaluación Inicial y Final

Se realizaron evaluaciones para medir cambios en los estudiantes antes y después de la intervención. Las escalas aplicadas fueron:

- Cuestionario ACE: Evalúa experiencias adversas tempranas

que pueden influir en la salud mental. Se aplicó antes de la intervención para identificar el nivel inicial de riesgo emocional.

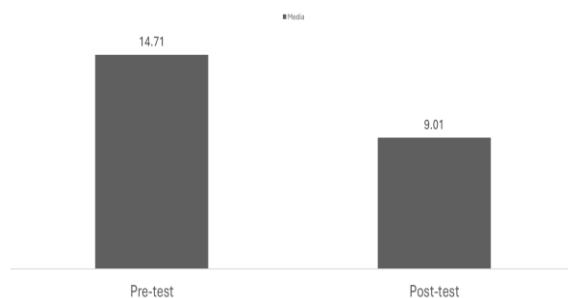
- Lista de Verificación PCL-5: Mide síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Se aplicó como pre y post test para evaluar si hubo cambios luego de la intervención.

Resultados

El análisis de los resultados evidencia que la intervención implementada probablemente tuvo un impacto significativo en los estudiantes. El valor calculado de $t = 3.06$, superior al valor crítico de 1.64, confirma que la diferencia entre los puntajes del pretest y el post-test es estadísticamente significativa al 95% de confianza. Esto significa que la mejora observada en los estudiantes no se debe al azar, sino que refleja un cambio real en los puntajes del PCL-5. Este resultado aporta evidencia preliminar sobre la eficacia del ASSYST para favorecer la adaptación académica, la gestión emocional, el fortalecimiento del bienestar estudiantil y la reducción de riesgos asociados a desajustes académicos y emocionales.

A partir de los resultados obtenidos, se evidenció una disminución del 5 % en los síntomas altos de estrés y trauma en el PCL-5, así como una reducción del 2 % en los casos compatibles con TEPT. Al analizar los datos por género, se observó que en los hombres los síntomas altos disminuyeron de 16 a 9 casos, mientras que en las mujeres se redujeron de 11 a 2 casos, mostrando un impacto notable de la intervención en ambos grupos (Figura 1).

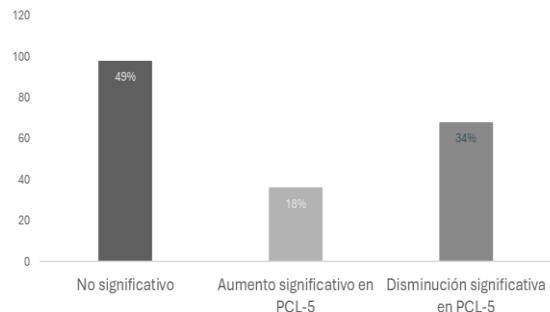
Figura 1. Comparación de medias en pretest y postest.



De manera global, el 34 % de los participantes reportó

una reducción significativa de síntomas, lo que se reflejó en una mayor estabilidad emocional, mejor adaptación a la vida universitaria y una percepción más positiva del entorno institucional. Estos hallazgos preliminares sugieren que la intervención contribuyó a fortalecer el bienestar emocional y la capacidad de afrontamiento de los estudiantes en un contexto de internado multicultural (Figura 2).

Figura 2. Resultados de la PCL-5 después de la intervención.



Discusión y Conclusiones

Los resultados preliminares respaldan la viabilidad del protocolo ASSYST grupal como intervención preventiva, evidenciada por una disminución del 5 % en síntomas altos de estrés y trauma y un 2 % en casos de TEPT. El análisis estadístico ($t = 3.06$, $p < 0.05$) confirma que esta mejoría es significativa y no atribuible al azar. Su carácter no intrusivo facilita la aceptación en contextos educativos y optimiza recursos. Los hallazgos coinciden con estudios previos que muestran su efectividad para estabilizar emocionalmente a poblaciones vulnerables ⁹. El protocolo ASSYST grupal es una estrategia preventiva y de bajo costo que promueve la regulación emocional en estudiantes universitarios de primer ingreso. Su implementación sistemática podría fortalecer los programas de bienestar y reducir el riesgo de TEPT. Se observó una reducción de síntomas más marcada en mujeres (de 11 a 2 casos) que en hombres (de 16 a 9 casos), lo que sugiere una posible respuesta diferencial por género ante intervenciones grupales y de apoyo institucional.

El 34 % de los estudiantes reportó una disminución significativa de síntomas, junto con una mayor estabilidad emocional, mejor adaptación a la vida universitaria y mayor percepción de apoyo institucional, elementos que contribuyen a la prevención del abandono académico. Dado que los estudiantes provienen de diferentes países y enfrentan los desafíos de vivir en

un entorno de internado, estos resultados evidencian la necesidad de intervenciones tempranas y sostenidas que fortalezcan el bienestar emocional, la integración social y el rendimiento académico.

Los hallazgos respaldan la continuidad e integración de programas de apoyo psicoemocional dentro de las estrategias institucionales, utilizando protocolos basados en el Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (AIP) y herramientas como EMDR grupal, que han mostrado resultados positivos en la reducción del impacto emocional de experiencias adversas.

Referencias

1. López Pélaez J, Chinchilla-Giraldo N, Bermúdez Vera I. Dislipidemia y estrés en estudiantes universitarios: Un enemigo silencioso. Rev Cienc Soc. 2021 Ago; 27(3):50 – 63.
2. Ceja Sosa VA, Gallegos Rojas B, Estrada López G de J, Menocal Cortes CMU, Rodríguez Contreras KE, Aguilar Zavala H. Niveles de estrés y calidad de sueño en jóvenes universitarios con y sin experiencias adversas tempranas. Jov Cien [Internet]. 2024 Oct 2 [citado 8 Ago 2025];28. Disponible en: https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenes_enlaciencia/article/view/4467
3. Amaral AP, Soares MJ, Pinto AM, Pereira AT, Madeira N, Bos SC, et al. Sleep difficulties in college students: The role of stress, affect and cognitive processes. Psychiatry Res. 2018;260:331–337. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.072>
4. Ramón-Arbués E, Martínez Abadía B, Granada López JM, et al. Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios [Eating behavior and relationships with stress, anxiety, depression and insomnia in university students.]. Nutr Hosp. 2019;36(6):1339-1345. doi:10.20960/nh.02641
5. Jarero. (2024). ASSYST treatment interventions explanation. Research Gate.
6. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): basic principles, protocols and procedures. 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2001.
7. Supe Landa RV, Gavilanes Manzano FR. Ansiedad y calidad

- de vida en estudiantes universitarios. LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanid. 2023;4(2):2522–30.
<https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.774>
8. Amores-Villalba A, Mateos-Mateos R. Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. Psicología Educativa. Revista de los Psicólogos de la Educación [Internet]. 2017;23(2):81-88. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=613765228002>
 9. Jarero I, Artigas L. AIP model-based acute trauma and ongoing traumatic stress theoretical conceptualization. Iberoam J Psychotraumatol Dissociation. 2018;10(1). Disponible en: <https://www.revibapst.com/volumen-10-numero-1-2018-2019>



El cuerpo narrado: Intervenciones desde EMDR en infancias que han sufrido impacto traumático

Autora: *Ps. Paula Moreno*

Paula Moreno

pmoreno2702@gmail.com.ar

Argentina, licenciada en Psicología. Trabajó durante 28 años en un Programa de Asistencia al Maltrato Infantil en la ciudad de Buenos Aires. Es terapeuta, supervisora y facilitadora de EMDR. Terapeuta familiar y especialista en psicotraumatología. Docente nacional e internacional. Escritora de cuentos terapéuticos.

Introducción

El presente capítulo propone una herramienta clínica innovadora e integradora para abordar el impacto del trauma en infancias. Esta estrategia, denominada *el cuerpo narrado*, articula elementos de la terapia EMDR con recursos propios del arte, la narrativa, la compasión y el mindfulness, y se materializa a través de un cuento textil interactivo que se despliega sobre el cuerpo del niño, promoviendo el trabajo sensoriomotor y simbólico.

Objetivos

- Integrar el enfoque EMDR con estrategias expresivas para intervenir en el trauma infantil.
- Favorecer la exploración corporal, emocional y narrativa mediante un recurso tangible e inmersivo.
- Promover la resiliencia y el trabajo vincular a través de la participación familiar en el tratamiento.

Método

La técnica se basa en un cuento textil diseñado artesanalmente, compuesto por una pollera y una pechera que pueden abrirse para desplegar escenas narrativas. Incluye títeres y objetos sensoriales (texturas, sonidos, aromas) que permiten una exploración multisensorial. El terapeuta narra el cuento sobre el cuerpo del niño, integrando las ocho fases del protocolo EMDR.

Este enfoque posibilita la activación del sistema de calma, la regulación sensorial y emocional, y la co-construcción de un relato reparador del trauma.

El cuerpo narrado

El trabajo con infancias que han sufrido el impacto traumático originado por traumas relacionales implica tener en cuenta un modelo integral de abordaje clínico. Este último necesita de dos instancias de intervención:

1. La evaluación de los factores de riesgo que permitan determinar si el niño corre riesgo de ser maltratado en el corto plazo y la toma de decisiones legales si fueran necesarias.
2. La implementación de tratamientos psicosociales adecuados a la necesidad de dicha familia (en el caso de que esa familia sea competente para seguir al cuidado de ese niño).

Por lo tanto, una vez que se hayan tomado estas medidas de seguridad, podemos adentrarnos en el tratamiento individual del niño.

El trauma desconecta al individuo de múltiples formas: de sus emociones, de la percepción de su cuerpo, de las relaciones sociales, de la posibilidad de sentir alegría y esperanza, y de la posibilidad de jugar. Emociones propias de la narrativa del trauma, como la vergüenza o la ira, hacen que el paciente se sienta

desconectado. El niño deja de sentir seguridad y confianza en los adultos y en sí mismo.

El trauma también desconecta porque la persona puede quedarse atrapada en el pasado, experimentando un miedo constante. El impacto del trauma afecta tanto a nivel mental como fisiológico. Los síntomas que pueden aparecer son compatibles con una desregulación en varios aspectos: corporal, emocional y conductual. Pueden aparecer síntomas disociativos como la desrealización o la despersonalización.

Pat Ogden (1) menciona: “Tras la ocurrencia del trauma, la integración del procesamiento de la información a nivel cognitivo, emocional y sensorio-motriz suele verse afectada” (p. 59). Es importante recordar que cuando hablamos del procesamiento de la información a nivel sensorio-motriz, hacemos mención a los movimientos del cuerpo, a las emociones registradas en las sensaciones corporales internas y a la información proveniente de los sentidos. El niño puede estar funcionando por fuera de su ventana de tolerancia.

Las tendencias de acción no resueltas relacionadas con la supervivencia incluyen no solo las características crónicas posturales y motrices asociadas a la defensa, sino también la rápida movilización del sistema nervioso autónomo en respuesta a los estímulos relacionados con el trauma. Las personas que padecen trastornos de origen traumático son vulnerables a la hiperactivación y/o la hipoactivación fisiológica (1).

La intervención desde el cuerpo narrado es una aproximación sensible al trauma. Integra:

- a) el trabajo desde el nivel fisiológico,
- b) la mediación de las artes expresivas,
- c) el abordaje EMDR,
- d) el abordaje de mindfulness y compasión,
- e) el trabajo desde apego y
- f) el desarrollo de la resiliencia.

El cuerpo narrado consiste en la adaptación de un cuento hecho de tela que puede ser vestido por el niño. El terapeuta irá narrando el cuento sobre el cuerpo del niño. Existe la posibilidad de que el niño escuche el cuento y/o se imagine que el cuento lo recorre.

El cuento hecho de tela está formado por una pollera y una pechera que tienen la posibilidad de abrir espacios para que las distintas escenas transcurran. También tiene diferentes personajes hechos en forma de títeres que recorren el cuerpo y van

narrando a medida que se avanza. Posee diferentes texturas, colores y sonidos. El cuerpo narrado permite que el terapeuta utilice el recurso en cualquiera de las ocho fases de EMDR. Esta intervención está diagramada en base al trabajo desde el arte terapia.

C. Malchiodi (2) menciona que hay ocho razones para incluir este tipo de abordajes:

1. Dejar que los sentidos cuenten la historia.
2. Auto calmar la mente y el cuerpo.
3. Involucrar al cuerpo.
4. Mejorar la comunicación no verbal.
5. Recuperar la autoeficacia.
6. Reescribir la historia del trauma.
7. Imaginar un nuevo sentido.
8. Restaurar la vitalidad.

El cuerpo narrado como estrategia de arte terapia permite que el niño lleve adelante un proceso de autoconciencia del cuerpo y da lugar a una exploración de las sensaciones corporales.

Terapia EMDR

Fase I

En esta etapa, el cuento servirá como un vehículo para establecer un vínculo con el terapeuta. Es un puente de conexión entre el niño y el terapeuta. Sabiendo que el trauma afecta la confianza y que estos niños han sido defraudados por los adultos cuidadores, el trabajo de ir paso a paso en el afianzamiento de la confianza y, por lo tanto, de la seguridad interna, será parte del trabajo clínico. En este punto, es posible que utilicemos el cuento como una manera de rastrear información en relación a esto último.

El hecho de que sea un cuento tan original en su forma de presentación fomentará la exploración y la curiosidad, bases de la confianza. La exploración puede proponerse en función de los títeres que son los personajes del cuento, como también de la base del cuento, de los lugares de su cuerpo donde se apoya cada parte de la tela, las diferentes texturas, hasta los sonidos que aparecen en los personajes o en los elementos de la naturaleza. Es sumamente importante que esta guía para la exploración esté acompañada por la modulación de la voz del terapeuta. Chequear la distancia física entre el niño y la mía para narrar el cuento es sumamente importante. Tal vez en un principio no sea lo más

acertado que el niño use la base del cuento sobre su cuerpo. Puede necesitar que el terapeuta lo apoye en su propio cuerpo, en un muñeco o simplemente en el piso.

El cuerpo narrado es un excelente método de enraizamiento. Sabemos que los niños que han sufrido el impacto del trauma pueden manifestar desconexión de sus emociones, de su cuerpo o presentar síntomas disociativos. El poder tener un cuento hecho de tela permite que el tacto sea un vehículo para el enraizamiento. Los títeres personajes, como los sonidos que aparecen con el personaje principal del cuento (corderito que tiene en su vellón un cascabel) o en el manantial de agua (tul de color celeste con piedritas en sus bordes que suenan al moverse), son claves. Enseñar al niño que puede estar en el presente a partir de llevar su atención a las texturas o sonidos es esencial en esta etapa y durante todo el proceso terapéutico.

Podemos ofrecer al niño recrear alguna de esas texturas o personajes, copiando algún personaje o escena del cuento para llevárselo a su hogar y tener a mano los elementos que le ayuden a enraizarse. En esta primera fase, podemos incluir a los adultos para gestionar maneras de enraizarse en familia. Los padres o cuidadores pueden experimentar con las mismas sugerencias que se le dieron al niño en el uso del cuerpo narrado.

Como podemos apreciar, si bien estamos en una fase uno, estamos sentando las bases para crear un vínculo reparador. No solamente con el terapeuta sino también con los adultos cuidadores. Estos niños no han tenido experiencias de vínculos sanos, de confianza. Por este motivo, toda la intervención integrará a los cuidadores.

Fase 2

C. Malchiodi (2), citando a L. Terr, menciona: “Los niños traumatizados pueden haber experimentado un trastorno en sus capacidades para jugar y crear espontáneamente en una etapa temprana de la vida, en gran parte debido a su incapacidad para regular la activación” (p. 163). El trabajar con el cuerpo narrado permite explorar en el cuerpo, enraizarse e ir construyendo un vínculo. Estamos sentando las bases para la regulación emocional y fisiológica y la co-regulación. El niño puede notar las sensaciones corporales a medida que el cuento va narrándose sobre su cuerpo. Puede decidir detenerse en alguna parte, imaginar el aroma que tiene esa parte del cuento, por ejemplo, cuando describe el jardín o el agua.

Si apareciera alguna molestia a nivel corporal, se puede orientar al paciente a pendular entre esa parte del cuerpo y buscar en el cuento/cuerpo una parte donde se sienta más agradable. Por ejemplo, esa parte puede ser donde el sol del cuento se apoya o donde el agua del cuento pasa por el cuerpo y trae frescura.

El trauma, al afectar la regulación fisiológica, nos pone de frente con la importancia de incorporar lo rítmico en el proceso de sanación. El ritmo, al narrar el cuento sobre el cuerpo, supone no solo el ritmo de la voz, sino también de los personajes que van atravesando el cuerpo y sus movimientos, que invitan a mover alguna parte del cuerpo.

Bruce Perry (3) indica: “La regulación somato-sensorial, como las actividades rítmicas, activa la corteza cerebral y facilita que las regiones cerebrales asociadas al razonamiento se hagan más accesibles al aprendizaje” (p. 252).

Quiero hacer especial mención al trabajo con la regulación de la voz. Cuando utilizo mi voz para narrar, haré especial cuidado a los tonos que utilizo, los sonidos que pueda agregar o las onomatopeyas. En el trauma, la regulación auditiva puede verse impactada, ya sea porque el niño ha sido víctima de maltrato verbal o por el tipo de comunicación que han recibido o la estimulación pobre del lenguaje. Na’Ama Yehuda (4) menciona: “Responder a los sonidos también incluye identificar qué sonidos exigen una reacción, o movilizarse para la acción, y cuáles nos permiten volver a calmarnos” (p. 152). A través del sonido, recibimos señales de seguridad y peligro. Las frecuencias de sonido y las variaciones en el tono evocan diferentes estados autónomos y experiencias emocionales (5).

Existe una maravillosa oportunidad de trabajar con las nanas y el cuerpo narrado. Es posible invitar al niño a usarlas para dormir al personaje principal, que es el corderito, por ejemplo. Puede invitarse al grupo familiar para cantar estas nanas. Si hubiera traumas pre-verbales, podríamos integrar a Jean Lovette, por ejemplo.

El hecho de que la base de tela del cuento se apoye sobre la piel constituye una puerta de acceso al trabajo con el sistema cenestésico. Deb Dana (5) afirma: “El poder curativo del tacto es innegable. Provoca, modula y comunica emociones” (p. 152). El haber elegido telas para trabajar lo cenestésico no es fortuito. El trabajo con telas remite al trabajo desde el apego, al cuidado y la suavidad con la que el cuerpo debió ser tratado. Esta es una forma nueva de activar el sistema de calma y de conexión social.

Hay una nueva manera de relacionarse con el cuerpo que no siga la narrativa del trauma. El paciente puede elegir, por ejemplo, ponerse una parte del vestido del cuerpo narrado o que solo se utilicen determinados personajes para recorrer el cuerpo. De esta manera, el niño tiene control de su cuerpo y puede ir explorando la seguridad interna. Poco a poco, se logrará la ampliación de la ventana de tolerancia fisiológica.

En esta instancia, es posible ayudar al paciente a crear un gesto junto con el personaje del cuerpo narrado para que sirva de ancla por fuera de la sesión. Incluso puede dibujarlo o hacerlo en material con volumen para llevarlo fuera de sesión. El cuerpo narrado tiene ciertos límites que permiten explorar este concepto de una manera concreta. La posibilidad de estos límites genera cierta sensación de seguridad y agencia sobre el cuerpo.

La columna del cuento es, a su vez, la columna del niño. Esto permite volver al eje cada vez que haya desregulación. Funciona como un ancla. La respiración consciente puede ser de mucho beneficio para dar vida a este eje central (se puede respirar para que las flores del cuento que están en el centro se abran poco a poco, o ayudar con la respiración a que las aves del cuento vuelen, por ejemplo).

La calidez que constituye el cuerpo narrado guiado por el terapeuta permite la activación del sistema de compromiso social. Dana (5) menciona: “La reacción al calor físico y a la sustitución del calor social por el calor físico no es una elección consciente. Hacer explícitamente conscientes estas respuestas implícitas puede añadir opciones para la autorregulación” (p. 163).

En todas las formas de uso del cuerpo narrado, aparece como eje el trabajo desde la imaginación, la curiosidad y la exploración basada en la seguridad, la posibilidad de tener una sensación de agencia, el juego como lugar de seguridad y el asombro como motor de esta exploración. Por otro lado, restablecer la sensación de placer en el cuerpo suele ser un objetivo terapéutico esencial.

Desde el punto de vista del uso de la narrativa para la regulación fisiológica y emocional, Malchiodi (2) menciona: “El cuerpo conserva una narrativa implícita de cómo se ha adaptado el individuo a lo que percibe como peligroso. Esta narrativa no solo se comunica a través del cuerpo, sino también potencialmente a través de diversas formas de artes expresivas y juego” (p. 308).

El acto de contar permite una disminución de la ansiedad y los miedos, una regulación de la emoción y una co-regulación a través de la conexión con otro. El niño está acompañado en este proceso por el terapeuta, que hará de co-regulador, donde se podrá ir incorporando a la familia para que esas historias circulen en el seno familiar. Darle lugar a esta narración, donde van apareciendo algunas palabras a medida que se desarrolla la narrativa corporal, permite ir dotando de un sentido nuevo a la narrativa del paciente en relación al trauma.

A través de este relato que se empieza a desarrollar de manera somato-sensorial y luego va adquiriendo ciertas palabras, ofrecemos al niño y a la familia crear un nuevo sentido. Malchiodi (2) menciona: “La experiencia de cualquier trauma psicológico profundo desafía lo que antes había sido significativo en la vida de los supervivientes. Recuperarse del trauma significa desarrollar una nueva comprensión y una nueva visión del mundo que atribuya un nuevo sentido a lo que se está experimentando” (p. 469). Con todos los pilares que venimos desarrollando, se puede hilvanar una nueva narrativa: nuevas maneras de sentir el cuerpo, descubrir las sensaciones corporales y darles una nueva significación, bucear en los recursos, lograr la sensación de confianza y seguridad interna, buscar maneras nuevas de regulación emocional y fisiológica, y de co-regulación con otros. Recuperar la alegría, la curiosidad y la exploración sin miedo, el placer por el juego y la imaginación como aliados. Esto hace que la nueva narrativa pueda alinearse con la energía vital y la alegría que pudieron ser arrasadas por el trauma.

El hecho de que el cuerpo narrado esté basado en un cuento permite el trabajo con la secuencialidad, causalidad y lo predecible. Estas formas son parte de una narrativa diferente a la del trauma, donde hubo caos y desorden. Yehuda (4) indica: “El trauma hace que los niños estén menos dispuestos a seguir los acontecimientos, los plazos, las causas, las secuencias, la motivación y la lógica, terminando con un puñado de percepciones desarticuladas. Las historias son el adhesivo que mantiene unidas las conexiones sociales” (p. 356).

Existe la maravillosa posibilidad de invitar a los niños a escuchar el silencio que aparece en el cuerpo narrado. Esta posibilidad permite que el niño pueda detenerse y crear desde el silencio, diferenciando ese tipo de pausa con el silencio de la ausencia de respuesta o de lenguaje que han tenido en el trauma.

Fases 3 a 8

Con respecto a las siguientes fases de EMDR, podemos generar el uso del cuerpo narrado como base para continuar el protocolo. Es posible que, en esta progresión del uso del cuerpo narrado, aparezca una sensación física que remita a un recuerdo traumático. Allí podemos ir conformando el protocolo en el mismo cuerpo narrado. Podemos utilizar un protocolo de *bottom-up* a partir de una sensación molesta en el cuerpo. También es posible que, ante esa sensación, aparezca un recuerdo. Podemos preguntar por la emoción y la creencia negativa, tomar el SUDS y buscar las palabras asociadas a la creencia positiva con su VoC. La MBL puede hacerse con la participación de los personajes del cuento, o bien el niño puede hacerlo sobre sí mismo.

Todo el desarrollo del cuerpo narrado implica en sí mismo una práctica de mindfulness y compasión. Se puede proponer prácticas concretas de mindfulness sobre alguna parte del cuerpo/cuento. Hacer una práctica de compasión llevando las manos a alguna zona del cuento y, por ende, del cuerpo. Podemos integrar al personaje del cuento para que ofrezca las semillas de lo que queremos cultivar en nuestro cuerpo y mente (el cuento tiene como personaje un corderito que descubre en su propio vellón las semillas que quiere cultivar).

La fase de chequeo corporal permite que continuemos con el recorrido a través del cuento y el cuerpo. Podemos sugerir que un ayudante del cuento nos guíe para ese recorrido. Esta misma estrategia puede utilizarse en la fase ocho. Ya sea que volvamos a ponernos la base del vestido o simplemente imaginar que el cuento está sobre nuestro cuerpo y lo recorramos para saber qué nos dice. Si el niño se ha llevado algún personaje entre sesión y sesión como recordatorio, preguntaremos por ese recurso. De esta manera, podemos ir descubriendo los disparadores del presente y preparar escenas del futuro.

Los usos del cuerpo narrado no están limitados a este capítulo; hay muchas maneras en que se sigue desarrollando. Podemos incluir el uso de fotos, por ejemplo (6), o la instalación de objetos narradores junto con el cuerpo narrado.

Resultados

La estrategia del cuerpo narrado permitió observar, en la práctica clínica, mejoras en la autorregulación fisiológica, el fortalecimiento del vínculo terapéutico y el compromiso activo del niño y su entorno familiar. El uso de estímulos sensoriales

(tacto, sonido, visuales) facilitó la reconexión con el cuerpo y la co-construcción de una narrativa alternativa al trauma. Asimismo, el abordaje grupal integró a cuidadores y docentes, extendiendo los efectos del proceso más allá del consultorio. A partir de esta experiencia, se sugiere el desarrollo de estudios sistemáticos que validen los beneficios observados y favorezcan su replicabilidad.

Conclusión

La propuesta del cuerpo narrado se presenta como una herramienta terapéutica sensible e innovadora, que permite trabajar el trauma infantil desde una perspectiva integradora. La posibilidad de intervenir a través del cuerpo y los sentidos ofrece al niño nuevas formas de regulación emocional y elaboración simbólica. A su vez, la participación de la familia potencia la construcción de vínculos seguros y contextos reparadores. Esta técnica resulta compatible con las fases del protocolo EMDR y sugiere líneas de desarrollo clínico e investigativo prometedoras.

Referencias

1. Ogden P, Minton K, Pain C. *El trauma y el cuerpo: un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2009.
2. Malchiodi C. *Trauma y terapia de artes expresivas: cerebro, cuerpo e imaginación en el proceso de curación*. Barcelona: Eleftheria; 2023.
3. Perry BD, Winfrey O. *¿Qué te pasó? Trauma, resiliencia y curación*. Barcelona: Diana; 2021.
4. Yehuda N. *Comunicar el trauma: criterios clínicos con niños traumatizados*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2016.
5. Dana D. *La teoría polivagal en terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación*. Barcelona: Eleftheria; 2018.

Anexo

Imágenes de referencia:

Moreno P. *El cuerpo narrado como una intervención clínica*. 2020. [Acceso 13 jul 2025]. Disponible en:
<https://www.paulamoreno.org/post/proyecto-el-cuerpo-narrado-como-una-intervención-clínica>





Integración de EMDR y Terapia Sexual

Autora: Ps. Marisol Laplace Aleuy

Marisol Laplace Aleuy

marisolaplace@gmail.com

Licenciada en Psicología, terapeuta EMDR en proceso de certificación y Sexóloga Clínica. Se dedica a la práctica clínica y participa activamente en espacios de formación y supervisión clínica. En Agosto de 2025 dictará un curso de posgrado “De las disfunciones sexuales al trauma”, en EMDR Iberamérica Argentina.

Introducción

La clínica sexológica nos confronta con una verdad tan constante como silenciada: muchas personas que consultan por disfunciones sexuales cargan historias de vínculos, cuerpos y emociones marcadas por experiencias adversas, trauma relacional y mandatos disociados del deseo y del disfrute. En estos contextos, el síntoma sexual suele emerger como expresión somática de un sistema que aprendió que entregarse, gozar o vincularse implica peligro. Y así, se desconecta del cuerpo, del placer, del contacto o de sí mismo/a.

Tradicionalmente, las disfunciones sexuales se han abordado desde intervenciones conductuales que muchas veces no alcanzan a integrar las raíces profundas del malestar.

La integración de la terapia EMDR con la Terapia sexual propone un abordaje profundo que se orienta a no generar transformaciones que impacten más allá del síntoma sexual. Sabemos que EMDR no se limita al síntoma, sino que actúa sobre redes de memoria con efectos generalizadores. Además, permite potenciar habilidades, actitudes y experiencias positivas hacia la sexualidad, integrándolas a la red adaptativa del paciente.

El presente trabajo propone dicho modelo integrador, describiendo sus fundamentos y adaptaciones sugeridas del protocolo estándar en las fases 1, 2, 7 y 8. Más que un modelo cerrado, busca abrir una línea de reflexión clínica y académica que acompañe la complejidad de la vivencia sexual humana.

Objetivos

Este trabajo tiene como objetivo principal explorar y proponer una articulación clínica entre la terapia EMDR y la Sexología Clínica en el tratamiento de disfunciones sexuales.

Objetivos específicos:

- Visibilizar el impacto del trauma en la génesis y mantenimiento de las disfunciones sexuales.
- Analizar las limitaciones del enfoque sexológico tradicional.
- Presentar adaptaciones del protocolo estándar EMDR para el abordaje específico de disfunciones sexuales.
- Abrir camino a futuras investigaciones y formaciones clínicas, que contribuyan al desarrollo de un modelo de intervención eficaz, profundo, integrativo y sensible al trauma.

Método

Este trabajo se enmarca en un enfoque teórico-clínico, fundamentado en la experiencia profesional en psicoterapia individual y de pareja, especialmente en el tratamiento de disfunciones sexuales. La propuesta surge de la integración entre los aportes de la terapia EMDR y los fundamentos de la Sexología Clínica. No se presenta como un modelo validado empíricamente, sino como una construcción clínica emergente, en proceso y abierta a futuras investigaciones.

La escasa bibliografía sobre una integración formal entre EMDR y Sexología motivó un análisis crítico de fuentes provenientes de ambos campos por separado. El único

antecedente encontrado que articula explícitamente ambas disciplinas es el manual *EMDR Therapy and Sexual Health* de Stephanie Baird (1).

La metodología del presente trabajo se sustenta en:

- La observación clínica sistematizada de patrones comunes en consultantes con disfunciones sexuales, tanto a nivel sintomático como en sus respuestas emocionales y vinculares.
- Tratamientos con resultados positivos en la propia práctica profesional, trabajando desde dicha integración.
- La adaptación del protocolo EMDR mediante la selección y adecuación de recursos evaluativos y terapéuticos que puedan ser utilizados en las fases 1 y 2, adaptados a las necesidades de esta población clínica.

Resultados

A. Fundamentos de la integración sexualidad. Disfunciones sexuales

La sexualidad es una dimensión central del ser humano, en la que convergen factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, éticos y espirituales. Se manifiesta en lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos, formando parte integral del bienestar y la calidad de vida. Incluye el sexo, género, identidad de género, orientación sexual, erotismo, vínculos afectivos, amor y reproducción. (2) La salud sexual implica un estado de bienestar basado en la integración armónica de estos elementos, favoreciendo el desarrollo de la personalidad, la capacidad de disfrute, la comunicación y el amor.

Las disfunciones sexuales se definen como alteraciones persistentes y clínicamente significativas en la capacidad para experimentar placer o responder sexualmente (3). Entre las más frecuentes se encuentran: eyaculación retardada, disfunción eréctil, deseo sexual hipoactivo en varones, eyaculación precoz, anorgasmia, trastorno del interés/excitación sexual femenino y trastornos de dolor génito-pélvico.

En los casos donde los síntomas sexuales se explican mejor por un trastorno no sexual, como en el caso del TEPT por trauma sexual, se prioriza su abordaje. Desde el modelo EMDR mediante el protocolo estándar, orientado al reprocesamiento de memorias traumáticas, antes de implementar estrategias de terapia sexual.

El impacto del trauma en la sexualidad: una mirada desde el SPIA

El Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI), base teórica del modelo EMDR, plantea que las experiencias perturbadoras pueden quedar almacenadas de forma disfuncional en el sistema nervioso, afectando la manera en que se procesa la información emocional, somática, cognitiva y sensorial. Esto puede generar síntomas persistentes, creencias negativas, conductas evitativas y patrones disfuncionales que impactan en diversas áreas de la vida, incluyendo la sexualidad (4).

A.1. Impacto del trauma sobre los pilares del disfrute erótico

La vivencia sexual placentera puede comprenderse a partir de tres pilares fundamentales: excitación, relajación y conexión (5). Dichos pilares pueden verse afectados por el trauma impactando en la vivencia erótica:

- *Excitación:* La excitación sexual es el motor del deseo, impulsada por la dopamina y la noradrenalina, que promueven la anticipación y la motivación erótica. Pero el trauma puede desregular el sistema nervioso autónomo, generando respuestas automáticas que distorsionan la percepción y el registro del placer (5).
- *Relajación:* La relajación activa el sistema parasimpático, reduce el estrés y facilita la circulación sanguínea hacia los genitales. Para que el cuerpo se abra al placer, debe sentirse seguro. Sin embargo, el trauma puede dejar una huella de inseguridad crónica, activando respuestas de defensa e interfiriendo en todas las fases de la respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo.
- *Conexión:* Conectar implica sintonizar con uno mismo, con el otro y con el momento presente. El trauma, sin embargo, puede deteriorar la capacidad vincular, instalando miedo a la intimidad, desconfianza o hipervigilancia. Si el cuerpo interpreta la experiencia sexual como amenaza o juicio, se bloquea la conexión genuina. Van der Kolk señala que el trauma fragmenta la integración entre cuerpo, emoción y relación, y que la sanación exige recuperar esa unidad desde lo somático hacia lo vincular (6).

A.2. Apego y sexualidad

Giovanni Liotti (7) propuso que los sistemas motivacionales interpersonales son patrones automáticos de conducta que regulan cómo nos relacionamos con los demás según el contexto. A su vez, Hazan y Shaver (8) describieron la interconexión de tres de estos sistemas en el amor adulto: el sexual (deseo y unión), el de apego (proximidad emocional) y el de cuidados (atención al otro). De ellos, el apego es el primero en desarrollarse y moldea la forma en que nos percibimos a nosotros mismos y a los demás.

Si bien en las relaciones románticas adultas influye el estilo de apego de cada miembro, también inciden las experiencias acumuladas en vínculos previos, especialmente aquellas que fueron conflictivas (7).

Aunque el vínculo entre apego y conducta sexual fue menos explorado, se sabe que nuestras primeras experiencias de contacto íntimo —ser mirados, sostenidos, acariciados— modelan el cuerpo como primer territorio de apego. Por eso, las experiencias vinculares tempranas impactan no solo en cómo nos relacionamos, sino en cómo habitamos la intimidad y el placer.

A.3. Cuerpo como lugar de memoria traumática

El cuerpo no es solo un receptor de experiencias, sino un archivo viviente donde se inscriben memorias no elaboradas. En la clínica de las disfunciones sexuales, es común encontrar activaciones somáticas sin causa médica aparente pero con profundo sentido emocional.

Como propone Baird (1), las respuestas sexuales pueden estar condicionadas por experiencias somáticas pasadas, y el abordaje terapéutico requiere una atención sensible al cuerpo como territorio de memoria, regulación y reparación.

A.4. Disociación y sexualidad

El trauma no solo deja huella en la memoria, también fractura la vivencia presente. Según la teoría de la disociación estructural (9), puede dividir la conciencia en partes desconectadas: una desea, otra teme; una se excita, otra se disocia; una consiente, pero “no está”.

En lo sexual, esto se traduce en personas que cumplen con el acto pero se sienten ausentes, cosificadas o anestesiadas. Algunas solo logran conectar eróticamente bajo condiciones que facilitan la desconexión: alcohol, fantasías de control, roles

performáticos, etc.

Como plantea Baird (1), muchas disfunciones sexuales emergen de fragmentos no integrados que se activan en la intimidad. Restaurar la conexión sensoriomotriz es clave para salir del automatismo y poder habitar el encuentro sexual desde una experiencia encarnada y presente (10).

A.6. Ansiedad de desempeño: una diana frecuente

La ansiedad de desempeño sexual se define como una respuesta anticipatoria de miedo o preocupación ante situaciones sexuales, con foco en el rendimiento.

Es un fenómeno transversal a la mayoría de las disfunciones sexuales y constituye una diana frecuente en el tratamiento. En muchos casos está sostenida por memorias tempranas no procesadas asociadas a experiencias de vergüenza, presión, crítica, exposición, abandono o rechazo (1,11).

Su abordaje integrando herramientas de terapia sexual, como la focalización sensorial o el reentrenamiento erótico, permite una intervención más completa y sostenida (8,12).

A.7. EMDR como propuesta frente a los desafíos de la Terapia Sexual

Muchos recursos de la terapia sexual clásica requieren intervención en pareja, lo cual puede ser un obstáculo cuando no hay pareja, no desea participar o existen dinámicas que lo impiden.

EMDR ofrece una alternativa potente: permite trabajar desde la imaginería con estimulación bilateral, integrando experiencias correctivas mediante ensayos a futuro, desarrollo de recursos o procesamiento de bloqueos específicos (1,13). Así, el proceso terapéutico puede avanzar incluso sin interacción directa con otra persona.

Además, EMDR facilita el reprocesamiento de obstáculos que surgen durante los ejercicios sexológicos, lo que desbloquea el tratamiento y favorece avances más sostenidos (8,14). Se convierte así en una herramienta versátil que amplía y personaliza la intervención.

B. Propuesta de integración

El modelo PLISSIT, de Jack Annon (15), organiza la intervención sexológica en cuatro niveles: Permiso, Información limitada, Sugerencias específicas y Terapia intensiva. Desde esta

perspectiva, EMDR puede integrarse en cada nivel:

- *Permiso*: Punto de partida para validar el deseo, el placer o incluso el descanso. EMDR acompaña esta apertura abordando creencias negativas ligadas al placer y la autoexpresión.
- *Información*: La psicoeducación desarma mitos, alivia culpas y actualiza modelos. Desde EMDR, no solo se transmite información: se facilita su integración en redes de memoria.
- *Sugerencias específicas*: Incluye la prescripción de ejercicios sexológicos. Si generan ansiedad, evitación o disociación, pueden convertirse en blancos EMDR. El “no cumplimiento” se lee como señal de material emocional no procesado, no siempre como resistencia o falta de compromiso.
- *Terapia intensiva*: Se aplica el protocolo EMDR para reprocesar experiencias que dañaron la vivencia erótica. Se interviene sobre las memorias que afectaron la relación con el cuerpo, el placer y la intimidad.

Adaptaciones del protocolo EMDR para el abordaje de las disfunciones sexuales

Fase 1: Historia clínica y conceptualización integral

Se propone una evaluación amplia, que integre dimensiones orgánicas, psicológicas, vinculares y sexuales. Se sugiere explorar:

- *Síntoma sexual*: inicio, evolución, malestar, intentos de solución, tipo (primario/secundario, situacional/generalizado).
- *Estilo de vida*: alimentación, descanso, ejercicio, ocio, sustancias, ITS, medicación, sueño, autocuidado.
- *Relación de pareja*: calidad vincular, conflictos, historia sexual, comunicación, atracción, crianza.
- *Masturbación*: frecuencia, forma, estímulo, orgasmo, uso de porno, fantasías.
- *Cuerpo*: relación corporal, autoesquema, imagen genital.
- *Sexualidad actual*: frecuencia, prácticas, calidad, anticoncepción, estímulos, guiones.
- *Historia sexual*: primeras experiencias, vínculos, vivencias positivas/negativas, partos, abortos, disfrute.
- *Educación sexual*: calidad, fuentes, mitos, religión, afectividad, contacto.

- *Pilares del disfrute*: relajación, conexión, excitación.
- *Placer general*: modelo familiar, hiperproductividad, espacio para el goce.
- *Derivaciones*: medicina general, sexual, urología, ginecología, psiquiatría.
- *Expectativas*: deseos respecto a su vida sexual y la terapia.

Según el caso, puede usarse el protocolo estándar, de ansiedad o flashback, dependiendo del foco clínico y los objetivos del paciente.

Fase 2: Psicoeducación y preparación

- *Compartir conceptualización* y derivar si es necesario (medicina sexual, pareja, suelo pélvico, etc.).
- *Psicoeducación emocional y sexual*: con perspectiva de género, bibliografía complementaria.
- *Recursos sexológicos*: Mindfulness - Fantasías sexuales - Exploración masturbatoria - Contenido erótico (audio, texto, visual) - Focalización sensorial (individual y en pareja) - Prohibición de coito - Desgenitalización del sexo
- *Autocuidado*: ejercicio, alimentación, descanso, higiene digital, manejo del estrés.
- *Intervenciones vinculares*: identificar necesidades respecto a la pareja - Pedidos explícitos - Planificación de disfrute compartido - Espacios de intimidad no sexual (emocional, afecto, caricias, masajes) - Espacio personal si se requiere.
- *Ejercicios de Kegel*
- *Comunicación*: Entrenamiento en asertividad - Habilitación de diálogo sexual
- *Ansiedad de desempeño*: Respiración diafrágmática - Relajación muscular progresiva – DIR - Ensayo a futuro - Instalación de experiencias positivas – Mindfulness - Lugar seguro - Contenedor - Fantasías eróticas - Permiso para ser “egoísta”

Fase 7: Cierre de sesión

- Repaso de tareas asignadas
- Ejercicio de relajación o mindfulness
- Acordar práctica entre sesiones

Fase 8: Reevaluación y seguimiento

- Explorar tareas: Si hubo evitación → trabajar como diana . Si

- hubo progreso → instalar y reforzar logros.
- Asignar nueva tarea si corresponde.
- Si bien se presentaron adaptaciones generales para las Fases 1 y 2, existen indicaciones específicas según cada disfunción. Dichos abordajes exceden este trabajo pero abren camino a futuras sistematizaciones.
- ### Conclusión
- La propuesta del abordaje de las disfunciones sexuales desde el modelo EMDR nos invita a mirar más allá del síntoma, reconociendo que lo sexual no siempre es, en el fondo, sobre lo sexual.
- Muchas veces, lo que llega a consulta como falta de deseo, excitación, orgasmo o dolor, es solo la punta visible de un iceberg más profundo. Vínculos que enseñaron que la vulnerabilidad es peligrosa, un cuerpo que aprendió a desconfiar, un sistema nervioso que aprendió a defenderse incluso del placer, una mente que se forjó desde el miedo a fallar o a no ser suficiente. En síntesis, la integración de la Terapia Sexual con EMDR en el abordaje de las disfunciones sexuales permite acompañar procesos de transformación profunda, reconstruyendo una relación más libre, conectada y placentera con el cuerpo, con otros y con uno mismo. Este camino de nuevos aprendizajes e integración psico-somática posibilita la recuperación y enriquecimiento de la salud sexual, trabajando con el respeto y la sensibilidad que el trauma exige, y con la libertad y apertura que el erotismo necesita. Porque como dijo Esther Perel: “El sexo no es solo algo que hacemos; es un lugar al que vamos dentro de nosotros o con otro.”(16)
- ### Referencias
1. Baird S. *EMDR Therapy and Sexual Health: A Clinician's Guide*. New York: Springer Publishing Company; 2021.
 2. Organización Mundial de la Salud. *Definición de sexualidad*. [Internet]. OMS; [citado 2025 Jul 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexual-and-reproductive-health>
 3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5^a ed. Washington, DC: APA; 2013.
 4. Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. 3^a ed. Nueva York: Guilford Press; 2018.
 5. Cecilia C. *Deseo. Entender y transformar nuestro gran motor sexual*. Buenos Aires: Planeta; 2024.
 6. Van der Kolk B. *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. 2^a ed. Barcelona: Eleftheria; 2015.
 7. González A. *Entender y evaluar el apego*. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2024.
 8. Grunert S. *El poder del apego en la pareja*. Buenos Aires: Editorial Planeta; 2022.
 9. Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. *El yo atormentado: disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2008.
 10. Ogden P, Minton K, Pain C. *El trauma y el cuerpo: Un modelo sensoriomotor de psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2006.
 11. Kaplan HS. *La nueva terapia sexual 2*. Madrid: Alianza; 1990.
 12. Cabello F. *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis; 2010.
 13. Shapiro F. *Supera tu pasado. Tomar el control de la vida con el EMDR*. Barcelona: Kairós; 2012.
 14. Gil Wittke A. *EMDR y su utilidad en la terapia sexual* [Internet]. Murcia: La Opinión de Murcia; 2012 [citado 2025 Jul 15]. Disponible en: <https://www.laopiniondemurcia.es/salud/2012/03/21/emdr-utilidad-terapia-sexual-32644034.html>
 15. Annon JS. *The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems*. J Sex Educ Ther. 1976;2(1):1–15.
 16. Perel E. *Instagram* [Internet]. Sex is not just something you do; it's a place you go. [publicación en Instagram]. Disponible en: <https://www.instagram.com/p/CfZpAAMJ6n/>



Respuesta rápida para el tratamiento de síntomas de estrés postraumático en su fase aguda

Autor: Ps. Víctor Aguilar

Victor Aguilar

ps.victoraguilar@gmail.com

Psicólogo clínico-social, máster en salud pública, especialista en gestión de programas de salud mental y apoyo psicosocial en contexto de violencia/emergencia. Investigador, entrenador y supervisor en la Terapia de Reprocesamiento del Trauma – EMDR, con alta experiencia laboral en el sector clínico, social y humanitario.

Introducción

Los accidentes catastróficos están considerados eventos potencialmente traumáticos que pueden generar un impacto emocional intenso e inmediato. Estas experiencias interrumpen abruptamente el sentido de seguridad personal, pueden poner en riesgo la vida e integridad física, desencadenando respuestas fisiológicas, psicosociales y de salud mental a razón del estrés agudo que provocan. El estrés agudo es una reacción adaptativa inmediata del organismo frente a un evento percibido como altamente amenazante o potencialmente dañino [1]. Esta respuesta involucra cambios fisiológicos (activación del sistema nervioso simpático, liberación de hormonas del estrés) y emocionales (miedo, ansiedad, confusión) que, en condiciones normales, facilitan la supervivencia y el afrontamiento efectivo del peligro [1,2]. Sin embargo, en algunos casos, el estrés agudo deja de ser adaptativo y se convierte en patológico, caracterizándose por la persistencia o intensificación de síntomas como intrusiones, hipervigilancia y evitación [3].

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5^a edición; DSM-5), el Trastorno de Estrés Agudo (TEA) y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) son trastornos relacionados con eventos traumáticos y factores de estrés, en los que la exposición a un evento traumático o estresante figura explícitamente como criterio de diagnóstico [4]. El Trastorno de Estrés Agudo (TEA) es un trastorno mental

en el que el rasgo esencial "es el desarrollo de síntomas característicos que duran de 3 días a 1 mes, tras la exposición a uno o más eventos traumáticos" [4]. El TEA tiene cinco categorías de síntomas: 1) síntomas de intrusión, 2) estado de ánimo negativo, 3) síntomas disociativos, 4) síntomas de evitación y 5) síntomas de alerta. Para cumplir los criterios diagnósticos completos, el cliente tiene que mostrar la presencia de nueve o más síntomas de cualquiera de las cinco categorías mencionadas anteriormente. Es importante señalar que "aproximadamente la mitad de los individuos que acaban desarrollando un TEPT presentan inicialmente un trastorno por estrés agudo" [4].

La evidencia científica indica que hasta el 80% de las personas pueden experimentar síntomas de estrés agudo en las primeras semanas después de un incidente crítico, y entre un 20 % y 50 % de quienes presentan TEA podrían desarrollar TEPT si no se interviene oportunamente [5,6]. La transición del TEA al TEPT puede verse modulada por factores como la intensidad del incidente crítico, la falta de redes de apoyo y la ausencia de estrategias de afrontamiento eficaces [7]. En este contexto, la intervención temprana en salud mental adquiere un rol crucial para reducir la carga futura de trastornos psicológicos crónicos [13].

TEPT es un trastorno mental que se produce tras la exposición a uno o más acontecimientos traumáticos (Criterio A), y se caracteriza por revivir intensamente el evento traumático a

través de recuerdos intrusivos y pesadillas (síntomas de intrusión; Criterio B); evitación de los recuerdos del evento traumático (síntomas de evitación; Criterio C); alteraciones negativas de las cogniciones y del estado de ánimo asociadas al evento traumático (Criterio D); hipervigilancia ante posibles amenazas en el entorno (síntomas de alerta; Criterio E); y, en algunos casos, síntomas de despersonalización persistentes o recurrentes. Los eventos del Criterio A incluyen (pero no se limitan a) la amenaza o la agresión física real (por ejemplo, abuso físico en la infancia, ataque físico) y/o la amenaza o la violencia sexual real (por ejemplo, penetración sexual forzada, penetración sexual facilitada por el alcohol o las drogas, contacto sexual abusivo, abuso sexual sin contacto, tráfico sexual) [4].

Modelos explicativos como el propuesto por Brewin, han identificado múltiples factores de riesgo para la cronificación de esta respuesta, incluyendo la historia previa de la exposición de trauma, la ausencia o insuficiencia de redes de apoyo social, y la exposición prolongada o de alta intensidad al evento traumático [6,7]. Estos factores interactúan con variables neurobiológicas y cognitivas, contribuyendo a la consolidación de memorias traumáticas desadaptativas y dificultando su procesamiento [8].

La intervención temprana en salud mental busca interrumpir este curso de manera preventiva mediante intervenciones que modulen la respuesta emocional y fisiológica, favoreciendo la integración adaptativa del recuerdo [9]. Esta aproximación se sustenta bajo la premisa que la reconsolidación de la memoria existe como un proceso asociativo dependiente del tiempo, que se inicia cuando una memoria consolidada se reactiva, y se entiende que las memorias traumáticas permanecen en un estado lábil durante un periodo crítico posterior al evento, en el que es posible intervenir para facilitar su reorganización adaptativa [10,11].

Estudios controlados han demostrado que intervenciones breves, estructuradas y culturalmente sensibles, aplicadas en las primeras semanas posteriores a un trauma, pueden reducir significativamente la incidencia de TEPT, mejorar la regulación emocional y disminuir la sintomatología disociativa [12-14]. Protocolos como la Terapia Cognitivo-Conductual Breve, el R-TEP y los protocolos ASSYST han mostrado efectividad tanto en entornos clínicos como humanitarios, siendo viables incluso en contextos con recursos limitados [15-17].

En este sentido, la intervención temprana no solo representa un enfoque clínico de prevención primaria, sino también una estrategia costo-efectiva de salud pública que contribuye a reducir la carga futura de enfermedad mental y a optimizar el uso de recursos sanitarios [18,19].

Diversas guías internacionales, como las emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), promueven el uso de una aproximación escalonada de intervenciones basadas en evidencia para la atención de personas expuestas a eventos críticos, especialmente en los primeros días posteriores a un evento traumático o experiencia adversa [18]. Estas intervenciones incluyen la estabilización emocional, la normalización de respuestas, la activación de recursos personales y la derivación a servicios especializados [19]. Entre los modelos terapéuticos que han demostrado eficacia se encuentra la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular (EMDR), basada en el modelo de SPIA (Sistema del Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos), propuesto por Shapiro [20].

El Modelo SPIA también conocido como Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI), desarrollado por Francine Shapiro, constituye la base teórica de la terapia EMDR y plantea que los seres humanos disponen de un sistema neurobiológico innato diseñado para procesar experiencias hacia una resolución adaptativa. Cuando el procesamiento se ve afectado - como ocurre tras la exposición a eventos traumáticos - los recuerdos quedan almacenados en forma disfuncional, fragmentada y con una alta carga emocional, lo que se manifiesta clínicamente en intrusiones, hiperactivación y respuestas descontextualizadas de miedo o amenaza. La intervención terapéutica bajo el modelo EMDR permite reactivar este sistema a través de la estimulación bilateral y la activación controlada de la memoria, favoreciendo la integración de la experiencia traumática en redes mnésicas adaptativas y promoviendo un restablecimiento del equilibrio psicológico [20].

Dentro del enfoque del modelo SPIA, se han desarrollado intervenciones breves basadas en la evidencia como los protocolos ASSYST (Acute Stress Syndrome Stabilization). Este fue desarrollado por Jarero y Artigas para ofrecer una intervención breve, estructurada y no invasiva y de alto impacto psicoemocional, y ha sido validado en contextos de emergencias, desastres naturales y violencia social [21]. Los protocolos

ASSYST permiten una intervención rápida sin requerir la exposición verbal prolongada del evento experimentado. La modalidad virtual de este protocolo ha demostrado ser una alternativa segura y efectiva para el acceso a intervenciones tempranas, particularmente en contextos donde el acceso a servicios especializados es limitado, como durante pandemias, crisis humanitarias, contextos violentos o en regiones rurales.

El objetivo de estos protocolos de tratamiento se centra en la regulación de la hiperactivación de la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo del paciente, a través de la reducción o eliminación de la activación producida por los componentes sensoriales, emocionales o fisiológicos de los recuerdos perturbadores/ patogénicos de las experiencias adversas, para lograr niveles óptimos de activación del Sistema Nervioso Autónomo, detener la secreción de las hormonas del estrés, y re establecer las funciones de la corteza prefrontal (p.ej., el procesamiento de la información); facilitando así al SPIA, el posterior procesamiento adaptativo de la información. Estos protocolos de tratamiento están diseñados específicamente para brindar apoyo, ya sea en persona o en línea, a las y los pacientes que presentan intensa perturbación psicológica y/o reactividad fisiológica/somática, causada por los síntomas de intrusión del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) o del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), asociados con las memorias patogénicas de experiencias adversas o eventos traumáticos. [17,21]

Objetivo

El presente estudio de caso tiene como objetivo documentar la aplicación del ASSYST-RI en una persona sobreviviente de accidente vehicular, evaluando su impacto en la reducción de síntomas postraumáticos en su fase aguda y su potencial para la disminución de síntomas asociados al TEPT.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio de caso cualitativo con un enfoque exploratorio-descriptivo. La participante fue una mujer adulta sobreviviente de un accidente catastrófico con varias víctimas fatales, incidente ocurrido en marco de su labor profesional y el cual causó afectaciones físicas significativas en la paciente. La intervención se realizó bajo modalidad virtual mediante una plataforma de videollamada segura, en un lapso de 8 semanas, iniciando cinco días después del evento traumático. El

tratamiento constó de diez sesiones individuales, las primeras con fines de estabilización enfocadas en psicoeducación, normalización de síntomas e identificación de recursos de afrontamiento ante las consecuencias post incidente, y consecuentemente se utilizó el Protocolo ASSYST-RI diseñado para regular para la estabilización por la regulación de la hiperactivación de la rama simpática del Sistema Nervioso y tratar los síntomas de intrusión. Se utilizó la escala PCL-5 (Checklist para TEPT del DSM-5) como instrumento de evaluación estandarizado para medir el impacto de la intervención, comparando los síntomas postraumáticos en las evaluaciones pre y post tratamiento.

Motivo de consulta

La paciente acudió a consulta virtual aquejada de insomnio persistente, hipervigilancia, respuestas de sobresalto desproporcionadas, dificultad para concentrarse y pensamientos intrusivos recurrentes sobre el accidente. Manifestaba una profunda sensación de culpa por haber sobrevivido y miedo constante a que el evento se repitiera. Los síntomas impactaban negativamente su funcionalidad y sus vínculos sociales. Expresaba temor de estar “perdiendo el control” y angustia frente a la posibilidad de desarrollar “problemas mentales”.

Hipótesis diagnóstica: Se estableció una hipótesis diagnóstica de Trastorno por Estrés Agudo (TEA), en base a la entrevista clínica y según los criterios expuestos por el DSM-5, dado que la paciente presentaba síntomas de estrés postraumático tras la vivencia del incidente crítico. Este cuadro clínico representaba un riesgo de evolución hacia problemas mayores de salud mental y probabilidades de desarrollar Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). En base a las recomendaciones de las guías técnicas de atención en salud mental se optó por una intervención temprana en marco de evitar el desarrollo de cuadros más severos.

Aplicación del protocolo

Durante las diez sesiones se aplicó de forma sistemática el Protocolo ASSYST en su modalidad virtual, en base a los procedimientos que plantea el protocolo utilizado. Se utilizó el Abrazo de la Mariposa (AM) y Tapping como método de estimulación bilateral, agregando al final de cada sesión ejercicios de respiración profunda y de atención plena. El nivel de

perturbación subjetiva (SUDs) fue evaluado de forma continua en cada sesión, observándose una fluctuación en las primeras sesiones (3-6) y una reducción progresiva en las sesiones subsiguientes (7-10). La paciente reportó una mayor capacidad para dormir, disminución de los recuerdos intrusivos y un sentido creciente de control interno. La intervención fue bien tolerada, sin efectos adversos ni reactivaciones intensas en base al reporte expresado por la paciente y reacciones psicosomáticas observadas por el terapeuta durante las sesiones.

Resultados

La comparación de puntajes entre pre-tratamiento y post-tratamiento (14 días después de la última sesión de la intervención) muestra una reducción consistente en todas puntuaciones los criterios evaluados. Las disminuciones porcentuales fueron:

- Criterio B: 81,25%
- Criterio C: 75,00%
- Criterio D: 70,83%
- Criterio E: 53,85%

En conjunto, la reducción global fue del 70,49% en el puntaje total, lo que refleja una disminución sustancial de la sintomatología evaluada tras la intervención.

Estos resultados sugieren una mejora clínica significativa y rápida, coherente con la hipótesis de que intervenciones tempranas en salud mental favorecen la disminución de los síntomas de estrés postraumático en la etapa aguda, lo que favorece a la integración adaptativa del recuerdo traumático y reducen el riesgo de cronificación del malestar.

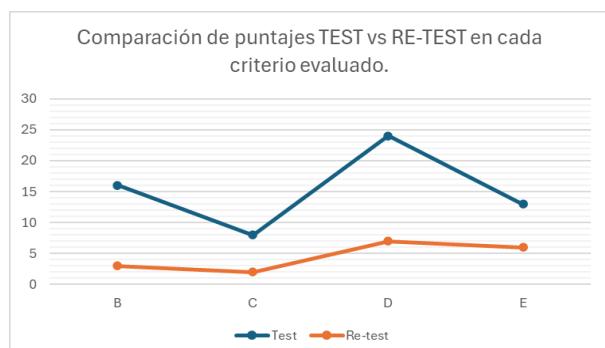


Figura 1. Comparación de puntajes pre-tratamiento vs post-tratamiento en cada criterio evaluado. Se observa una disminución marcada en todos los criterios, con mayor reducción en el Criterio A (81,25%) y menor en el Criterio D (53,85%).

Descripción metodológica de la figura

La figura representa los resultados obtenidos mediante la aplicación de un instrumento de evaluación estandarizado en dos momentos: pre-tratamiento (evaluación inicial, dentro de las 72 horas posteriores al evento traumático, antes de la administración de la intervención) y post-tratamiento (14 días después de la última sesión de la intervención). El instrumento utilizado fue el PCL-5, que evalúa la presencia y gravedad de síntomas relacionados con el TEPT.

Cada criterio (B, C, D, E) corresponde a los dominios sintomáticos establecidos por el DSM-5:

- Criterio B: Síntomas intrusivos.
- Criterio C: Evitación persistente.
- Criterio D: Alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo.
- Criterio E: Hipervigilancia y reactividad.

Los valores expresan la suma de puntuaciones de cada criterio. La reducción porcentual fue calculada mediante la fórmula:

$$\text{Reducción (\%)} = \frac{\text{Puntaje TEST} - \text{Puntaje RE-TEST}}{\text{Puntaje TEST}} \times 100$$

Los resultados evidencian una disminución sintomática general superior al 70%, apoyando la efectividad de la intervención temprana aplicada en este estudio de caso.

Esta disminución refleja una mejora clínica notable, tanto en los indicadores objetivos como en el relato subjetivo del paciente. Se observaron avances en la funcionalidad general, la regulación emocional y la percepción de autoeficacia, la paciente expresó sentirse "renovada y más ligera", pudiendo hablar del evento sin experimentar una reactivación intensa.

Conclusiones

El presente estudio de caso aporta evidencia preliminar sobre la utilidad del protocolo ASSYST-RI como una intervención breve, eficaz y de bajo umbral, especialmente en contextos donde el tiempo de respuesta es crítico y no hay acceso de servicios especializados de manera presencial. Su aplicación virtual nos permite el acceso a brindar apoyo incluso en escenarios de emergencia o donde el acceso a servicios presenciales es limitado. La reducción significativa de los síntomas postraumáticos en su fase aguda fue significativa en base a los resultados obtenidos, lo

que refuerza la pertinencia del protocolo ASSYST-RI para mitigar sintomatología asociada al TEPT. Por tanto, se recomienda su incorporación en protocolos de salud mental en primera respuesta, así como su evaluación en estudios con mayor número de casos y seguimiento longitudinal.

Referencias

1. Yehuda R, LeDoux J. Response to trauma and posttraumatic stress disorder: Neurobiology and treatment. *Annu Rev Clin Psychol.* 2007;3:229–252.
2. Sapolsky RM. Stress and the brain: Individual variability and the inverted-U. *Nat Neurosci.* 2015;18(10):1344–1346.
3. Bryant RA. Acute stress disorder. *N Engl J Med.* 2018;378(25):2451–2458.
4. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®).* 5^a ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. p. 265–290.
5. Bryant RA. Acute Stress Disorder as a Predictor of Posttraumatic Stress Disorder: A systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2011;72(2):233–239.
6. Harvey AG, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66(3):507–512.
7. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(5):748–766.
8. Sherin JE, Nemeroff CB. Post-traumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma. *Psychiatric Clin North Am.* 2011;34(1):63–86.
9. Rothbaum BO, Kearns MC, Price M, Malcoun E, Davis M, Ressler KJ, et al. Early intervention may prevent the development of PTSD: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biol Psychiatry.* 2012;72(11):957–963.
10. Nader K, Hardt O. A single standard for memory: The case for reconsolidation. *Nat Rev Neurosci.* 2009;10(3):224–234.
11. Schiller D, Monfils MH, Raio CM, Johnson DC, Ledoux JE, Phelps EA. Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanisms. *Nature.* 2010;463(7277):49–53.
12. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;4:CD007944.
13. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, Peleg T, Adessky R, Freedman S. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: Results from the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(2):166–176.
14. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry.* 2007;70(4):283–315.
15. Shapiro E, Laub B. Early EMDR intervention (EEI): A summary, a theoretical model, and the recent traumatic episode protocol (R-TEP). *J EMDR Pract Res.* 2008;2(2):79–96.
16. Shapiro E, Laliotis D. EMDR therapy for early intervention and ongoing traumatic stress. *J EMDR Pract Res.* 2015;9(4):178–186.
17. Smyth-Dent K, Becker Y, Burns E, Givaudan, M. The Acute Stress Syndrome Stabilization Remote Individual (ASSYST-RI) for TeleMentalHealth Counseling After Adverse Experiences. *Psychol Behav Sci Int J.* 2021; 16(2): 555932. DOI: 10.19080/PBSIJ.2021.16.555932.
18. World Health Organization. Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: WHO; 2019.
19. Pan American Health Organization. Mental health and psychosocial support in disaster situations in the Caribbean. Washington DC: PAHO; 2012.
20. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2018.
21. Jarero I, Artigas L. The EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: Brief treatment of acute trauma. *J EMDR Pract Res.* 2014;8(1):25-32.

Vea también amplia explicación de los protocolos ASSYST:
https://www.researchgate.net/publication/359203734_EXPLICACION_AMPLIA_DE_LOS_PROTOCOLOS_DE_TRAZAMIENTO_ASSYST_C



Construcción del SPIA colectivo con técnicas narrativas auxiliares (Haikú): Una propuesta ética y estética.

Autor: Ps. Álvaro Ernesto Valenzuela Rivera

Álvaro Ernesto Valenzuela Rivera

avalenzuelarivera@gmail.com

Magister UV Psicología Clínica Constructivista y Socioconstrucción (Enfoque Sistémico centrado en Narrativas). Terapeuta Entrenado EMDR. Facilitador de Grupo Academia ALAS.

Introducción

El trabajo grupal con EMDR ha estado principalmente enfocado a la intervención temprana en contextos de desastres naturales o sociales y su finalidad ha sido prevenir la aparición de estrés post traumático, tal como se orienta en Assyst³ y Preci⁴.

Como línea divergente a este desarrollo, Andre Monteiro ha propuesto la aplicación de EMDR a un formato grupal, no con el énfasis de la intervención temprana para la prevención del estrés post traumático, sino como un formato apto para realizar terapia, generando orientaciones sobre la importancia de la preparación del grupo para el surgimiento de un SPIA Colectivo a través de la creación de vínculos seguros, la co-regulación emocional y respeto por los ritmos personales¹. Es importante precisar que este SPIA colectivo es un sistema de procesamiento de la información que se obtiene de una red de conexión intersubjetiva entre las y los participantes de la terapia grupal, y es el contenedor que reprocesará el material perturbador¹.

Este ensayo presenta como una práctica auxiliar narrativa (Haikus), permite la emergencia de un SPIA Colectivo al considerar valores éticos y estéticos. Para desarrollar esta idea, comenzaremos por definir qué es un Haikú.

Los Haikus son formas poéticas breves de no más de 3 ó 5 versos sin rima, que utilizan imágenes de la vida cotidiana para

transmitir estados emotivos⁵. Esta estructura poética puede contribuir al trabajo grupal con EMDR, como una técnica auxiliar narrativa. Descrita como una estructura lingüística que colabora con el surgimiento y construcción de temáticas nucleares clínicas para quienes participan en una terapia grupal. El Haikú no constituye la intervención principal, sino que acompaña y enriquece los procesos terapéuticos⁶, facilitando la expresión emocional y la conexión intersubjetiva para el surgimiento del SPIA Colectivo.

Ahora bien, el lector puede preguntarse ¿cómo opera esta práctica narrativa de los Haikus en el proceso de una terapia EMDR en formato grupal? Se puede emplear finalizando la fase 2 de preparación y contribuir en la fase 3 de evaluación a identificar las Creencias Negativas (CNs).

Con respecto a la preparación del grupo, los Haikus facilitan la creación colectiva de paisajes emotivos sobre cómo se están sintiendo las y los integrantes en relación a los temas clínicos a reprocesar, por ejemplo, en un grupo terapéutico de cuidadoras de pacientes postrados, a través de los Haikus se promueve que identifiquen y expresen sentimientos encapsulados que surgen en momentos de alto impacto emocional, relacionados con sus roles de cuidados hacia otros, estas experiencias de desgaste constante y que la mayoría de las veces se conectan con heridas de infancia, influyen en el comportamiento y las

emociones en el presente⁷. El Haikú canaliza estas expresiones a partir de compartir las de manera colectiva, promoviendo una mayor cercanía, conexión y sintonía grupal, en consecuencia, favorece la creación de vínculos seguros en sintonía emocional y además prepara el terreno para la identificación de CNs.

Es importante mencionar, que la creación colectiva juega un papel clave ya que permite conexión y expresión en un espacio de exploración lúdica, con lo cual disminuyen los mecanismos de defensas, contribuye a un clima de colaboración y empatía, la cual a su vez contribuye a la co - regulación emocional del grupo.

Ahora bien, ¿De qué manera los Haikus ayudan a identificar Creencias Negativas y preparan al grupo para el reprocesamiento?

El primer paso es relatar al grupo una “historia de auxiliar” que contenga elementos de la trama o problema a abordar, por ejemplo; la historia inventada de sobrecarga de una cuidadora. Una vez leído este relato, se generan resonancias grupales, vale decir, el facilitador pregunta ¿con qué resuenan de este relato? ¿con qué se identifican?

A partir de esta producción cualitativa, el facilitador grupal propone algunas creencias negativas: “soy invisible” “soy diferente”, “soy incapaz” “no tengo opción”, “no merezco un espacio de autocuidado”. Luego, se les dice a las integrantes que elijan aquella que más las representa. A partir de esta elección, se divide al grupo en mini grupos de 3 a 5 personas, quienes compartirán estos sentimientos y CNs, construyendo así un Haikú grupal.

Es importante mencionar que en todo momento se ponen filtros de protección del tipo: “elija un sentimiento que usted puede contar en grupo, sin vergüenza ni temores, que no le ponga en riesgo. Si llegase a generar vergüenza o temor intenso, respire profundo, suéltelo y busque otro”, lo anterior sirve para pavimentar la emergencia de aquellas experiencias traumáticas que el grupo es capaz de sostener, se confía en que el SPIA Colectivo es sabio y surgirá aquello que es capaz de reprocesarse de manera grupal.

El siguiente paso es compartir en plenario la realización de los Haikus: ¿cómo se sintieron?, ¿percibieron algún obstáculo en la realización?, ¿percibieron algún punto de gozo en el proceso creativo? Estas preguntas disparadoras, generan conversaciones en las que se entregan elementos psicoeducativos que refuerzan

el SPIA Colectivo, relacionadas con la importancia de compartir experiencias para promover la empatía y comprensión que influyen en la regulación emocional. Se enfatiza que todas las personas son capaces de crear textos poéticos y la importancia de la expresión de sentimientos e ideas dentro de un colectivo respetuoso, ya que muchas veces nos hemos guardado aquello que pensamos y que sentimos por miedo al rechazo.

Una vez hecho esto, se comparten los Haikus, para lo cual cada grupo crea un título y elige una narradora. Cuando la narradora finaliza su presentación, el facilitador genera un análisis narrativo a partir de la pregunta: ¿cuál es el sentimiento central del cual nos habla este poema? Esta pregunta permite ir clarificando y construyendo el paisaje emotivo característico del grupo. Vamos con un ejemplo:

El Cuidado

“Sueño en el mar

Las olas me atrapan, la realidad me agobia

No encuentro salida

Pero el cariño es grande y me da la esperanza y fortaleza del triunfo”

En este caso, tanto las creadoras del Haikú como el resto del grupo, llegaron a la conclusión que el tono emotivo del poema radica en no encontrar salida, sin embargo, también se apela al cariño como recurso resiliente y esperanzador.

En este Haikú, se identificó como CN grupal “No tengo opción”. Es importante mencionar, que estas lecturas se hacen en un tono ameno y lúdico, con las pacientes muy motivadas conversando sobre las “heridas del cuidar a otros”. Esta forma es por tanto un imperativo ético que cuida a las integrantes al no sobre exponer a nadie en sus sentimientos y pensamientos: cuando hablan lo hacen en gozo y con la propia voluntad de compartir.

Por otro lado, es una forma estética que permite un juego de interacción entre las distintas integrantes, articulando y dando forma a sus sentimientos, que muchas veces se los guardan por el tabú del rol de cuidadora: “quien cuida ama y quien ama no se queja y se pospone en sus necesidades”. Es decir, no está permitido hablar de eso: “De lo que no se puede hablar hay que callar” diría Wittgenstein⁸, mandato cultural que impide el procesamiento de la sobrecarga de cuidar. Por tanto, el Haikú

ofrece la posibilidad de la subversión, vale decir, trae lo ausente, aquello suprimido y que se retuerce desde las sombras generando malestar y que es posible transitar en una estructura poética de creación colectiva, más amigable y lúdica⁶.

Esta exposición de los Haikus y análisis de los paisajes emotivos, se realiza con todos los grupos: se comparte, se expresa y se identifican los sentimientos que muestran las heridas en el rol de cuidadora que permitirán identificar las CNs.

Cabe destacar, que en esta sesión no se reprocesa, ya que se trata de un equivalente de la fase 3, en la que estamos compartiendo, discerniendo y generando conexión y sintonía grupal que fortalezca el SPIA Colectivo, esa conexión de intersubjetividades que permitirá en una siguiente sesión realizar fase 4 de desensibilización/ reprocesamiento.

Al cierre de esta sesión de preparación, se pregunta al grupo: ¿qué se llevan el día de hoy? Generalmente, las integrantes mencionan el gozo de crear y compartir experiencias difíciles, que se han desahogado y que no se sienten juzgadas, percibiendo que han llegado a niveles más profundos de intimidad, por consiguiente, aumentando la conexión grupal y el deseo de permanecer juntas en terapia.

Es crucial señalar que en la siguiente sesión se realizará fase 4 de desensibilización/reprocesamiento, pues se necesita tiempo para inducir al grupo con respecto a las CNs que traerán el material somatosensorial a reprocesar. En esa sesión de reprocesamiento, es conveniente dejar por lo menos 20 minutos, en caso que sea necesario, estabilizar al grupo por lo intenso y perturbador del material surgido.

Al iniciar la fase 4, en plenario y de manera grupal, se realiza un resumen del encuentro anterior: se leen todos los haikus y se proyectan las creencias negativas identificadas, se pide a las integrantes que se conecten con aquella que más les hace sentido o resuena en su cuerpo²: ¿Cuál de estas creencias resuena más contigo ahora?, luego que han elegido: ¿En dónde lo sientes en el cuerpo?, para posteriormente preguntar: ¿Qué emociones estás sintiendo ahora?

Se les pide que escriban en un papel la emoción que están sintiendo y que se lo pongan en el lugar del cuerpo en donde localizan esa emoción, esto con el fin de ayudar al facilitador a que tenga las emociones y su localización identificadas. Posteriormente, se promueve un momento de interconexión a partir de la mirada: “realicen una barrida de miradas y déjese

sostener por la mirada de su compañera o compañero. Mantener la mirada es una acción de apoyo” Esto busca consolidar más aún la confianza y el SPIA Colectivo.

Una vez realizada esta inducción, se sigue el Script de manera grupal: “con los ojos cerrados o parcialmente cerrados, pasa una película en tu mente de toda tu vida sintiendo (mencionar las emociones y las sensaciones corporales recogidas en el momento anterior) desde poco antes del inicio hasta el momento presente, o incluso a futuro, y al finalizar elige cuál es la peor parte”² Cuando la han identificado, se toma el SUD de manera individual (uno a uno), tal como propone Monteiro⁹, cuya valoración debe ser anotada por el facilitador, ya que marcará la línea base para saber cómo va fluctuando luego de cada tanda.

Posterior a esto, se comienza con fase 4 de desensibilización/ reprocesamiento. La metodología a ocupar puede variar dependiendo del grupo. En sesiones anteriores se enseñaron los Movimientos Oculares (MO) y Abrazo de la Mariposa (AM). En general, se parte con MO imaginando un punto a un palmo de distancia el cual se mueve y el facilitador va contando los pasos (30). Si hay dificultades con los MO, se pasa a AM. El facilitador va ajustando ambas estimulaciones al ritmo del grupo, esto quiere decir que parte del grupo podría estar haciendo MO y otra parte AM. Los pasos en AM también se ajustan, ya sea por tiempo o hasta que las y los integrantes lo consideren suficiente.

No se pide a nadie que cuente en el grupo la peor parte elegida, sin embargo, el facilitador debe estar en presencia y enraizado para sostener aquello que tenga que sostener y que el grupo necesita dejar ir. Es necesario señalar que es una técnica muy poderosa y que el trabajo previo de conexión, sintonía, respeto, cuidado en los vínculos, confianza e intimidad, permite sostener, así como también, es indispensable la presencia del terapeuta abrazando la plena confianza de la sabiduría grupal que surge de un SPIA Colectivo en redes de conexión, el cual se ha construido en sesiones previas con distintas metodologías grupales⁹.

Aunque las integrantes lleguen a SUD 0, es importante que se deje un momento para alguna práctica de Mindfulness, como por ejemplo la rueda de la conciencia, la cual permite atender a las sensaciones físicas y generar un sentimiento de conexión profunda no solo entre las integrantes, sino con la vida, la naturaleza y el cosmos, bajando cualquier sensación de

angustia o tensión y promoviendo conexiones intersubjetivas trascendentes y de calma.

Gracias a la metodología presentada (Haikú), en sesiones posteriores se puede realizar fase 5 y 6. Se construyen Creencias Positivas (CPs), si los SUDs fueron de 0 o ecológicamente adaptativos y se instalan si el terapeuta lo considera oportuno y un logro para el proceso grupal. Por otro lado, si alguna integrante no baja SUD se le pregunta: ¿Qué sería necesario para que baje 2 o 3 puntos o sea de 0?. La información recibida se puede ocupar para realizar un entretejido, psicoeducación o Desarrollo de Recursos (DIR) en una próxima sesión. En caso que algún SUD siguiera alto al cierre de la sesión, se puede ocupar la metodología del Contenedor. Si una integrante se desregula y no es posible continuar con el trabajo grupal, se para la fase 4 y todo el grupo colabora a estabilizarla. Se considera más importante el resguardo del SPIA Colectivo y que esa paciente pueda regularse en compañía de un grupo/testigo "empático"¹⁰, para no replicar dinámicas de exclusión o discriminación, situación que tal vez no ocurrió cuando vivió el trauma o información que está reprocesando.

Ahora bien, una vez descrita la técnica auxiliar narrativa del trabajo de los Haikus y como permiten la construcción de un SPIA Colectivo, generando un campo de resonancia, conexión e intersubjetividades significativas y cuidadas, este ensayo presenta también una aproximación hacia una unión entre dos ámbitos de la experiencia humana: la estética y la ética.

Para Wittgenstein (8 p.133), ambas son dos caras de la misma moneda y tienen en común que no son temas del mundo, sino cuestiones que lo trascienden. No pueden ser expresadas directamente por el lenguaje lógico porque no son hechos, sino formas de ver el mundo. En la proposición 6.421 del Tractatus, Wittgenstein afirma: "Está claro que la ética no resulta expresable, la ética es trascendental (Ética y estética son una y la misma cosa)"

Esto no implica que se confundan, sino que comparten una estructura profunda: ambas se relacionan con el sentido y el valor, no con lo que "es", sino con cómo se vive o contempla lo que es. Para Wittgenstein, la ética no trata sobre normas o reglas morales, ni la estética sobre gustos artísticos; más bien, ambas remiten a una actitud ante la vida y el mundo, a una forma de "mirar" que otorga sentido a lo que de otro modo sería meramente hechos circunstanciales.

En consecuencia, desde esta perspectiva, la ética es la disposición del sujeto ante el mundo, su orientación hacia lo valioso, lo bueno, lo que importa. La estética es la forma en que el sujeto capta la belleza o el sentido en el mundo, incluso en lo inexpresable. Ambas emergen en el silencio, como diría Wittgenstein, "Lo inexpresable ciertamente existe, se muestra, es lo Místico" (8 p.135). Ambas no se pueden explicar racionalmente, sino que se viven, se encarnan, se experimentan. En el contexto del EMDR grupal, las técnicas narrativas auxiliares no solo cumplen una función metodológica, sino que también facilitan vivir una experiencia que trae lo que surge para reprocesar, aquello que es necesario volver a recordar pero ahora en compañía, conexión y cuidado por el otro. Estas técnicas, expresan una mirada ética y estética sobre el sufrimiento humano y su transformación. Al invitar a las participantes a construir, compartir o resignificar sus relatos en un espacio colectivo, se activa una doble dimensión: por un lado, la ética del reconocimiento y la dignidad, y por otro, la estética del sentido y la belleza que emerge incluso en la expresión de lo quebrado y doloroso¹¹.

Desde la ética, estas técnicas promueven un profundo respeto por la subjetividad de cada integrante. Al situar sus voces como válidas y sus experiencias como dignas de ser narradas, se contrarrestan dinámicas de silenciamiento, exclusión o patologización. Contar la propia historia, o escuchar con presencia empática la historia de otro en una estructura narrativa colectiva (Haikus), se vuelve un acto de reparación relacional que encarna el principio ético de no reducir al otro a su herida, sino acogerlo en su complejidad y potencia.

Desde la estética, las narrativas auxiliares permiten organizar el caos del trauma a través de formas simbólicas, metáforas e imágenes que describen paisajes emotivos que embellecen sin ocultar lo doloroso. Lo estético no es decoración, sino reordenamiento sensible que da lugar a una armonía posible en medio de la fragmentación del trauma. Así, la historia traumática, al ser contada en compañía, se transforma en algo compartido, elaborado y sostenido en una red simbólica y en vínculos intersubjetivos, donde lo bello surge como resistencia y sentido al trauma o a las experiencias complejas que cargan las o los participantes, articulando una ética y estética del cuidado, fundamentales para el abordaje del trauma¹.

En este contexto, la ética del cuidado se manifiesta en

la creación de un espacio grupal seguro y contenedor, donde se garantiza la validación y el respeto por la experiencia singular de cada participante, puesto que el grupo es poderosísimo para la recuperación. En palabras de Herman¹²:

“El trauma aísla; el grupo devuelve la sensación de pertenencia. El trauma avergüenza y estigmatiza; el grupo hace de testigo y reafirma. El trauma degrada a la víctima; el grupo la exalta. El trauma deshumaniza a la víctima: el grupo le devuelve su humanidad”

Paralelamente, la estética del cuidado emerge en la manera en que los Haikus se despliegan y entrelazan: con sensibilidad, creatividad y atención al detalle. La estructura poética no es superficialidad, sino una manera profunda de dar forma al dolor, permitiendo que las creencias negativas relevén el trauma o las experiencias complejas a reprocesar, otorgando sentido y cohesión a la memoria fragmentada. Este aspecto estético implica una sensibilidad particular en la forma en que se integran y expresan las historias personales, facilitando la transformación del trauma en un elemento integrado dentro de la identidad de las y los participantes en la terapia.

Por tanto, la confluencia de estos elementos éticos y estéticos en la terapia EMDR grupal con técnicas narrativas auxiliares (Haikus), favorece que el trauma deje de ser un evento disociado para convertirse en una narrativa compartida, con sentido y posibilidad de reparación. De este modo, el proceso terapéutico no solo contribuye a la reducción de los síntomas, sino que también promueve la reconstrucción de la identidad y el fortalecimiento de los vínculos intersubjetivos, elementos clave para una recuperación sostenida y significativa de nuestros pacientes. Tal como señala Judith Herman¹²:

“Las supervivientes son muy vulnerables después de los acontecimientos traumáticos de su vida. Su sentido del Yo ha quedado destrozado y sólo puede ser reconstruido tal y como se construyó: en conexión con los demás”

Referencias

1. Monteiro A. en Morrow, R. & Kemal S. (2023) “EMDR Group Therapy: Emerging Principles and Protocols to treat trauma and Beyond”. Ed Springer Publishing, New York, USA.
2. Jarero, I & Artigas L. (2022) “Protocolo Emr para incidentes críticos y experiencias adversas prolongadas (EMDR PRECI)”, AMAMECRISIS, México.
3. Smith, S., Todd, M., Givaudan, M. Clinical Trial on the ASSYST for Groups Treatment Intervention Provided to Syrian Refugees living in Lebanon. Psychology and Behavioral Science International Journal (2023). 20(2),1-8. Disponible en: <https://tinyurl.com/2luchszo>
1. 4 Jarero, I., Schnaider, S., Givaudan, M. EMDR Protocol for Recent Critical Incidents and Ongoing Traumatic Stress with First Responders: A Randomized Controlled Trial. Journal of EMDR Practice and Research (2019),13(2),100-110. Disponible en: <https://tinyurl.com/22b9ooxs>.
4. Garabelli, M. (2003). “Odisea en la Escena” Editorial Brujas, Córdoba Argentina.
5. White, M., & Epston, D. (1990). “Medios Narrativos para fines terapéuticos”. Paidós Terapia Familiar. Barcelona.
6. Shapiro, F. (2019). “EMDR: Principios Básicos, protocolos y procedimientos”. Editorial EMDR España
7. Wittgenstein, L. (2009). “Tractatus Logico Philosophicus”. Ed Gredos, Barcelona.
8. Monteiro, A. [Emdr y grupo]. [Marzo 2024]. [Duración:127 minutos]. Disponible en: [Https://www.espacodadamente/cursos/emdrygrupos/actividad_es/clasepractica](https://www.espacodadamente/cursos/emdrygrupos/actividad_es/clasepractica)
9. Levine, P. (1997). Waking the Tiger: Healing Trauma. Berkeley, CA: North Atlantic Books
10. Monteiro, A., & Fernandes, J. (2021). Group EMDR Therapy: The Role of Interpersonal Processes in Trauma Treatment. Journal of EMDR Practice and Research, 15(3), 165-176.
11. Herman, J. (2004). “Trauma y Recuperación”. Editorial Espasa Calpe, Madrid.



EMDR y la dimensión espiritual en el trabajo con síntomas alimentarios crónicos

Autora: Ps. Antonella Salerno

Antonella Salerno

antonella.ma.salerno@gmail.com

Psicóloga clínica, supervisora certificada en EMDR y especialista en trastornos alimentarios. Integra prácticas contemplativas, memoria somática y espiritualidad en su enfoque clínico y formativo.

Introducción

El modelo EMDR fue desarrollado sobre bases sólidas en la neurobiología del trauma y mediante un protocolo estructurado que ha demostrado eficacia en diversos cuadros clínicos. Sin embargo, su aplicación en personas con síntomas alimentarios crónicos presenta desafíos específicos. En este grupo suele observarse una identificación marcada con el control lógico, una desconexión del lenguaje simbólico y corporal, y un impulso constante hacia el perfeccionismo como estrategia de camuflaje social.

Este modo de funcionamiento —que genera síntomas como vía de expresión de partes reprimidas, abandonadas o aún no exploradas— requiere ser comprendido y acompañado con sensibilidad clínica. En este capítulo se describen algunas de estas características, junto con propuestas orientadas a su abordaje desde una perspectiva integradora y respetuosa del ritmo interno de cada proceso.

Asimismo, se plantea que la incorporación de la dimensión espiritual y de prácticas contemplativas no solo enriquece la fase de preparación del EMDR, sino que amplía el alcance del proceso terapéutico. Aunque estas prácticas se introducen formalmente en la fase 2, su efecto no se restringe a ese momento del protocolo: configuran un modo de acompañamiento que atraviesa todo el proceso clínico y que puede sostenerse más allá del espacio terapéutico.

Objetivo

Proponer una intervención integradora para el abordaje de síntomas alimentarios crónicos desde el modelo EMDR, ampliando la fase de preparación mediante prácticas contemplativas, somáticas, espirituales y el trabajo interno del terapeuta.

Objetivos específicos

- Visibilizar el trabajo personal, espiritual y contemplativo del terapeuta como condición clínica central.
- Reformular el motivo de consulta desde una presencia interna encarnada y disponible.
- Fundamentar la inclusión de prácticas contemplativas, somáticas y espirituales en la fase de preparación del EMDR.
- Reconocer la dimensión espiritual como vía clínica hacia memorias implícitas y sentidos que trascienden lo verbal.
- Ilustrar la propuesta mediante viñetas clínicas de personas con síntomas alimentarios crónicos.

Método

Este capítulo se presenta como un ensayo teórico con aplicación clínica, fundamentado en la integración del modelo

EMDR con recursos contemplativos, somáticos y una perspectiva espiritual. La reflexión se apoya en la experiencia profesional de la autora y en literatura especializada, con el objetivo de señalar los límites del abordaje tradicional frente a la

desconexión corporal y el acceso restringido a memorias implícitas.

Se incluyen viñetas clínicas adaptadas de sesiones ambulatorias, seleccionadas por su valor ilustrativo. La identidad de las personas ha sido preservada y todas las experiencias corresponden a consultantes fuera de riesgo vital.

Desarrollo

Esta propuesta ha mostrado efectos relevantes en las fases iniciales del modelo EMDR, en el abordaje de síntomas alimentarios crónicos. A continuación, se desarrollan sus ejes principales: la presencia del terapeuta, la construcción del motivo de consulta, el entrenamiento de recursos internos, la dimensión espiritual y su aplicación clínica mediante viñetas.

La presencia del terapeuta como condición clínica

En el acompañamiento a personas con síntomas alimentarios crónicos, la presencia del terapeuta no puede sostenerse únicamente en la técnica. Se requiere una disposición interna trabajada previamente, que permita habitar el vínculo de manera genuina y encarnada. Cuando el profesional no ha explorado su propia historia emocional y defensas, corre el riesgo de intervenir desde el apuro, el control o el temor, proyectando fragmentos no integrados sobre la persona consultante. En quienes han atravesado tratamientos centrados en la conducta, basados en pautas sobre alimentación y registros, estas intervenciones suelen reproducir dinámicas invasivas que refuerzan la autoexigencia, la vergüenza y la desconexión.

Un modo distinto de estar más receptivo, humano y lento se vuelve esencial para no repetir estos patrones. La práctica de conciencia plena permite desarrollar un estado interno que observa sin fusionarse, sostiene sin cargar y resuena sin intervenir en exceso. De este modo, el terapeuta encarna una experiencia de apoyo y seguridad que la persona puede empezar a habitar. Estudios recientes confirman que la presencia encarnada del profesional y su capacidad de autorregulación se asocian con mayor seguridad en la alianza terapéutica y con mejores resultados clínicos (Schneider & Shapiro, 2020; Leeds, 2022).

La alianza terapéutica en EMDR formalmente ubicada en la fase 2, no se construye solo con encuadres o empatía declarada, sino con una presencia auténtica, capaz de sostener lo que emerge sin apuro ni imposiciones. La resonancia en el campo

terapéutico permite captar lo que no se dice, pero se siente, y abrir un reconocimiento profundo. Como advierte Mosquera (2015), cuando el profesional no está en contacto con su mundo interno, sus defensas pueden interferir y distorsionar el proceso clínico.

En este contexto, la intuición puede convertirse en una intervención breve y respetuosa ante bloqueos, no por la técnica en sí, sino por el estado interno desde el cual se ofrece (González, 2021). Una terapeuta que no se apresura ni se impone habilita la posibilidad de confiar, algo esencial cuando la desconfianza ha sido experiencia estructural. Acompañar, entonces, no es dirigir, sino sostener. Más que aplicar un protocolo, se trata de encarnar una forma de estar que, por sí sola, ofrece una experiencia emocional, somática y espiritual reparadora, capaz de atravesar todo el proceso clínico y no solo la fase preparatoria.

Redefinir la construcción del motivo de consulta

En el abordaje de síntomas alimentarios crónicos, el motivo de consulta suele emerger desde partes del yo que han sostenido la supervivencia psíquica mediante el control, la crítica, la negación o la hiperadaptación. Estas partes buscan respuestas rápidas, certezas o alivio, y organizan el discurso terapéutico desde la urgencia del síntoma: “quiero dejar de vomitar”, “no tolero mi cuerpo”, “necesito control”. Si no se distingue desde qué lugar se enuncia, el motivo de consulta corre el riesgo de permanecer en la superficie del malestar, sin acceso a sus raíces estructurales.

El modelo EMDR, como planteó Shapiro, parte de la hipótesis de que experiencias disfuncionales no procesadas quedan almacenadas en redes de memoria que se reactivan repetidamente y continúan influyendo en la vida actual. El reprocesamiento facilita que esas memorias puedan integrarse al conectarse con redes adaptativas, reduciendo así su impacto perturbador (Shapiro, 2001). Sin embargo, acceder a esas redes requiere más que la evocación de recuerdos: implica habitar un estado interno que permita observar sin quedar atrapado. Gendlin denominó a este lugar “donde podemos estar con algo”, una conciencia capaz de registrar lo que surge sin identificarse con ello. De manera convergente, Acuña subraya que esta presencia interna es condición para una transformación genuina, pues posibilita estar con el dolor sin ser arrasado por él. Desde esta perspectiva, el motivo de consulta puede desplazarse de la consigna del síntoma hacia preguntas más auténticas, como: ¿qué

sostiene esto que no puedo soltar?

Investigaciones recientes resaltan la importancia de formular un motivo de consulta flexible y encarnado, que no quede fijado únicamente en la sintomatología observable, sino que abra espacio a la experiencia subjetiva y corporal (Baum & Köhler, 2021; Leeds, 2022). En la misma línea, Seijo propone un trabajo con las defensas que no las confronte directamente, sino que las suavice gradualmente, “como una alcachofa, sin romper su corazón”.

Cultivar esta presencia como base interna permite que el motivo de consulta se ancle en una verdad más profunda, desplazando el foco del síntoma hacia versiones más integradas del ser. Así, el trabajo clínico deja de limitarse a la gestión de manifestaciones superficiales y se orienta a acompañar un proceso de individuación en el que lo congelado pueda finalmente reprocesarse e integrarse.

Prácticas contemplativas y somáticas en la fase de preparación

En la fase de preparación del protocolo EMDR, el objetivo no se limita a estabilizar el sistema nervioso, sino a activar los circuitos de memoria adaptativa que permitan sostener el reprocesamiento posterior sin quedar atrapado en el material traumático ni en las defensas que lo bloquean. Para ello, resulta clave no solo entrenar recursos de regulación emocional, sino también estados internos que funcionen como base desde la cual la experiencia pueda ser observada y procesada con adecuada contención, es decir, dentro de la ventana de tolerancia (Siegel, 2020).

Las prácticas contemplativas y somáticas —como la meditación formal, el escaneo corporal, la conciencia abierta, la compasión o la práctica de amor bondadoso— pueden incorporarse en esta fase no como técnicas aisladas, sino como parte de un entrenamiento integral orientado a generar condiciones internas estables. Su propósito no es controlar lo que aparece, sino habilitar una forma distinta de estar con lo que aparece. Cultivar atención sostenida, respiración consciente y presencia no reactiva favorece que el sistema de defensas no se active automáticamente ante cada señal de incomodidad. Estudios recientes muestran que la integración de mindfulness y prácticas somáticas potencia la preparación en EMDR y fortalece la capacidad de sostener recuerdos dolorosos sin desbordes (Baum

& Köhler, 2021; Leeds, 2022).

Los trastornos alimentarios se organizan, en gran medida, sobre entramados defensivos que incluyen control, negación, disociación y prisa (Seijo, 2020). Esta última suele expresarse como apuro por comprender o “hacer bien” la terapia, y constituye una forma sofisticada de evitación. El entrenamiento contemplativo permite reconocer estas defensas como secuelas de lo vivido, sin necesidad de intervenir directamente sobre ellas. Este reconocimiento ya indica que el sistema comienza a salir del modo supervivencia.

El acceso a recuerdos positivos —utilizados en la fase de preparación como anclajes estabilizadores— puede resultar difícil en este grupo clínico, ya que suelen aparecer contaminados por defensas o desvinculados de la experiencia. Por ello, la propuesta no se basa en la búsqueda voluntarista de recuerdos positivos, sino en crear condiciones para que los recursos emergentes surjan espontáneamente desde un estado de presencia genuina.

Entre estas prácticas, el escaneo corporal merece especial atención. Aunque en el protocolo aparece en la fase 6 como técnica de integración, su práctica continuada desde la fase 2 lo convierte en un recurso más profundo: registrar lo que aparece en el cuerpo sin juzgar y con disposición a dejarlo pasar. En este contexto, incluso el bienestar puede ser sentido y sostenido como parte de la integración.

Las prácticas contemplativas también incorporan actitudes que son, en sí mismas, reparadoras: paciencia, aceptación, ecuanimidad, mente de principiante, dejar ir y conciencia de la impermanencia. Con el tiempo, estas cualidades se incorporan al tejido interno de la persona. Así, el objetivo no es preparar para evitar el sufrimiento, sino entrenar una forma de estar que permita acompañar el dolor desde otro lugar. Este trabajo, iniciado en la preparación, acompaña todo el proceso terapéutico, fortaleciendo el vínculo con el cuerpo y activando una sabiduría interna que no depende del control externo (Shapiro & Laliotis, 2020; Leeds, 2022).

La dimensión espiritual como vía de acceso a memorias implícitas

En el abordaje de síntomas alimentarios crónicos, lo que está en juego no es únicamente el trauma relacional temprano, la

distorsión de la imagen corporal o la función defensiva del síntoma. Con frecuencia aparece también una pérdida de sentido existencial, que se manifiesta en una desconexión profunda con lo interno, lo vincular y lo espiritual. Esta desconexión puede expresarse como vacío, desesperación por el control o búsqueda compulsiva de perfección que intenta restaurar no solo lo nutricional, sino también una brújula perdida.

Desde esta perspectiva, lo espiritual remite a una forma de estar en el mundo y en el cuerpo que reconoce lo sutil, lo simbólico y lo vivo. Esta dimensión se hace presente cuando la persona contacta con una parte más profunda de sí: no la que explica, sino la que percibe e intuye. En el contexto clínico, lo espiritual puede emerger en un silencio, en una imagen espontánea, en un gesto corporal o en una palabra cargada de sentido.

Incluir esta dimensión en el modelo EMDR —particularmente en la fase de preparación— habilita al proceso terapéutico a trascender lo estrictamente narrativo y dar lugar a lo simbólico, lo intuitivo y lo transpersonal. Muchas memorias traumáticas no están organizadas en escenas explícitas, sino que se expresan como sensaciones difusas, imágenes arquetípicas o percepciones difíciles de verbalizar. Estas memorias requieren otros canales para ser reconocidas. Investigaciones recientes subrayan la relevancia de integrar experiencias espirituales y simbólicas como vías de acceso a memorias implícitas y a la resignificación del trauma (Garcia-Grau et al., 2021; Valiente-Barroso et al., 2022).

La espiritualidad puede entenderse como un canal clínico válido para sostener el no saber y permitir que el síntoma se exprese en registros no verbales. No se trata de interpretar lo espiritual ni de convertirlo en técnica, sino de darle un lugar legítimo en el proceso terapéutico. Cuando esta dimensión se habilita, muchas personas logran conectar con lo que diversas tradiciones denominan Self, sensación sentida o alma, que funciona como sostén interno para acompañar el dolor sin quedar atrapado en él.

Su emergencia no puede forzarse, pero si facilitarse mediante prácticas que abren el campo perceptivo y simbólico: escaneo corporal, conciencia abierta, meditación silenciosa, imaginería espontánea, atención a los sueños, lenguaje corporal o resonancia intuitiva. Estudios recientes muestran que la inclusión de recursos contemplativos y espirituales puede mejorar la

capacidad de regulación y favorecer el procesamiento de experiencias traumáticas (Hofmann et al., 2020; Leeds, 2022).

De este modo, el trabajo con síntomas alimentarios no puede limitarse a una clínica de la integración, sino que también debe ser una clínica del sentido. Lo espiritual, entendido como contacto con lo misterioso y como relación compasiva con lo que aparece, cumple un rol esencial en la integración del trauma. No es un complemento, sino una condición interna que transforma el proceso cuando está presente. Para ello, también es necesario que el terapeuta haya cultivado esta dimensión, aprendiendo a habitar el no saber, sostener lo simbólico sin apresurarse a explicarlo y confiar en el cuerpo, el silencio y la intuición como formas válidas de verdad.

Viñetas clínicas

1. *Lo que el cuerpo trae: el caso de María.*

María consultó para trabajar un abuso sexual ocurrido en la adolescencia, convencida de que ese evento explicaba el adormecimiento corporal que experimentaba en su vida sexual. Al iniciar el trabajo, se decidió focalizar en las sensaciones presentes. El cuerpo abrió otro camino: en tres sesiones emergió el vínculo con una parte infantil que expresaba angustia frente a la madre. Finalmente, apareció una memoria intrauterina asociada a una anestesia general recibida por la madre durante el embarazo.

El reprocesamiento incluyó la angustia de esa situación —el miedo de la madre a perderla y la culpa anticipada— como blanco. Durante el procesamiento, María volvió a sentir el adormecimiento corporal, pero lo integró al conectar con el alivio de su madre al despertar de la anestesia, emergiendo espontáneamente la cognición positiva “estoy a salvo”. El trabajo finalizó con VoC 7 y SUDS 0. La paciente no requirió nuevas sesiones posteriores.

2. *Reformular el motivo de consulta: el caso de Ana.*

Ana, de 45 años, consultó con diagnóstico previo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), un trastorno alimentario crónico y control estricto sobre la alimentación. Describía una sensación de “despiste” constante y frustración por no poder sostener el orden que sentía exigido. Llegó con angustia y vergüenza. En la fase de preparación se trabajó con un ejercicio de enraizamiento y conciencia encarnada. Al finalizar, refirió sentirse contenida por primera vez en mucho tiempo. Pudo

reconocer que la amenaza no provenía del entorno, sino de narrativas internas que asociaban el caos con peligro. A partir de esta experiencia, el tratamiento se reorientó: en lugar de centrarse directamente en la conducta alimentaria, se trabajó la traumatización secundaria a la exigencia de funcionar bajo parámetros neurotípicos. El control alimentario se comprendió entonces como secuela de ese control externo.

3. *El escaneo corporal como vía de acceso simbólico.*

Durante la fase 6, tras reprocesar una memoria de humillación, Juana registró una sensación persistente en la pierna. En lugar de descartarla, la sostuvo con atención plena. De esa experiencia surgió una imagen simbólica: una niña que le preguntaba “¿te doy asco?”. Esa imagen abrió el acceso a una memoria encapsulada de infancia, que pudo integrarse posteriormente desde la compasión. El entrenamiento previo en escaneo corporal resultó clave para sostener la experiencia sin juicio ni evitación, mostrando cómo las prácticas contemplativas pueden reactivarse como recursos clínicos en fases posteriores del protocolo.

Conclusión

El abordaje de los síntomas alimentarios crónicos desde el modelo EMDR requiere ampliar la fase de preparación más allá de la estabilización emocional. Esta fase no es únicamente un momento inicial, sino un entrenamiento profundo en una forma de estar que puede acompañar todo el proceso terapéutico. Cultivar presencia —entendida como la capacidad de sostener la incomodidad sin reaccionar desde las defensas—, abrir lo simbólico y habitar lo espiritual no son desvíos del protocolo, sino condiciones necesarias cuando lo traumático se expresa en memorias implícitas, cuerpos anestesiados y vínculos fragmentados.

Las prácticas contemplativas y somáticas, la escucha intuitiva y el trabajo interno del terapeuta constituyen una base clínica sólida para sostener lo que emerge sin apresurarlo ni reducirlo a una narrativa prematura. Este trabajo no se apoya en la urgencia de cambiar, sino en la posibilidad de estar, de acompañar el síntoma como un lenguaje y de confiar en que el cuerpo sabe por dónde comenzar a desatar lo que quedó congelado.

Integrar la dimensión espiritual al modelo EMDR no

significa abandonar la técnica, sino profundizarla. Cuando la presencia encarnada del terapeuta, el estado interno de quien consulta y el ritmo del proceso encuentran una sintonía compartida, la transformación ocurre de manera orgánica. No es producto de una intervención directa, sino de un proceso en el que el sistema empieza a confiar.

Discusión

La propuesta aquí desarrollada dialoga con la literatura reciente que ha explorado la aplicación del EMDR en trastornos alimentarios. Estudios de caso y revisiones sistemáticas reportan resultados alentadores, especialmente en la reducción de insatisfacción corporal y en la integración de memorias traumáticas tempranas, aunque subrayan la necesidad de mayor evidencia empírica y diseños controlados (Ergüney-Okumuş, 2021; Rossi et al., 2023; Hatoum & Burton, 2024). Asimismo, investigaciones en entornos médicos y de dolor crónico refuerzan que el EMDR puede actuar más allá del reprocesamiento narrativo, incluyendo dimensiones somáticas y existenciales (de Roos et al., 2024; Onofri, 2025).

En este sentido, la integración de prácticas contemplativas y de la dimensión espiritual puede ser entendida como un aporte innovador, aunque aún poco explorado en la investigación empírica. La evidencia disponible sugiere que mindfulness y espiritualidad favorecen la regulación emocional y amplían la ventana de tolerancia (Hofmann et al., 2020; García-Grau et al., 2021; Valiente-Barroso et al., 2022). Futuras investigaciones podrían examinar sistemáticamente cómo estas prácticas, incorporadas en la fase de preparación del EMDR, influyen en los procesos de reprocesamiento en personas con síntomas alimentarios crónicos.

Referencias

1. Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001.
2. Mosquera D. *EMDR y disociación: El abordaje de la fragmentación del yo*. Madrid: Ediciones Pléyades; 2015.
3. Gendlin ET. *Focusing*. New York: Bantam; 1982.
4. González A. *Lo bueno de tener un mal día: Cómo cuidar de nuestras emociones para estar mejor*. Barcelo na: Planeta; 2021.

5. Seijo N. *Psicoterapia de los trastornos alimentarios: Más allá de la imagen corporal*. Madrid: Desclée de Brouwer; 2020.
6. Schneider J, Shapiro E. Becoming a more effective EMDR therapist: The role of mindfulness and compassion. *J EMDR Pract Res*. 2020;14(4):187-196. doi:10.1891/EMDR-D-20-00024
7. Leeds AM. *A Guide to the Standard EMDR Therapy Protocols for Clinicians, Supervisors, and Consultants*. 3rd ed. New York: Springer Publishing; 2022.
8. Baum N, Köhler C. Mindfulness-based interventions as preparation for trauma therapy: A review and clinical model. *Front Psychol*. 2021;12:671394. doi:10.3389/fpsyg.2021.671394
9. Siegel DJ. *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2020.
10. Shapiro F, Laliotis D. EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action. *Am J Psychother*. 2020;73(2):93-101. doi:10.1176/appi.psychotherapy.20190015
11. Hatoum H, Burton C. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Ment Health Sci*. 2024;4(2):e92. doi:10.1002/mhs2.92
12. Rossi R, et al. Combined enhanced cognitive behavioral therapy and EMDR in anorexia nervosa with childhood maltreatment: A quasi-experimental study. *J Eat Disord*. 2023;11(1):45. doi:10.1186/s40337-023-00725-2
13. Ergüney-Okumuş N. Integrating EMDR with enhanced cognitive behavioral therapy in the treatment of bulimia nervosa: A single case study. *J EMDR Pract Res*. 2021;15(1):32-43. doi:10.1891/EMDR-D-21-00012
14. Bloomgarden A, Calogero R. A randomized clinical trial of EMDR in the treatment of body image disturbance among eating disorder inpatients. *Eat Disord*. 2008;16(5):418-427. doi:10.1080/10640260802370598
15. de Roos C, et al. EMDR in medical settings: A systematic review. *Front Psychol*. 2024;15:1190707. doi:10.3389/fpsyg.2024.1190707
16. Onofri A. Editorial: Clinical applications of EMDR. *Front Psychol*. 2025;16:1581456. doi:10.3389/fpsyg.2025.1581456
17. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-based interventions for anxiety and trauma-related disorders: A review of recent advances. *Curr Opin Psychol*. 2020;34:29-33. doi:10.1016/j.copsyc.2019.11.004
18. Garcia-Grau E, et al. The role of spirituality in post-traumatic growth: A systematic review. *Psychol Relig Spiritual*. 2021;13(4):377-389. doi:10.1037/rel0000360
19. Valiente-Barroso C, et al. Neurocognitive bases of spiritual experience: Contributions to clinical practice. *Front Psychol*. 2022;13:843759. doi:10.3389/fpsyg.2022.843759



Perspectiva Psicotraumatológica del Modelo EMDR en un Hospital Pediátrico: Caso único de psicosis infantil

Autora: Ps. Melisa Carballo

Melisa Carballo

terapiaintegralemdr@gmail.com

Facultad de medicina - UDELAR (universidad de la república oriental del Uruguay)

Licenciada en Psicología, Magister en psicoterapia EMDR, Supervisora certificada EMDR. Terapeuta principal del caso.

Co-autores

Lucía Lamberti, Residente en psiquiatría pediátrica, psiquiatra principal del caso.

Guzmán Schroeder, Doctor en medicina. Especialista psiquiatría pediátrica. Responsable de la policlínica de psicotraumatología y EMDR. Terapeuta EMDR

Magdalena García, Doctora en medicina. Especialista psiquiatría pediátrica, Supervisora certificada EMDR. Docente responsable del área terapéutica de la policlínica.

Adriana Masiolo, Licenciada en psicología, Terapeuta EMDR

Cecilia Rabago, Licenciada en psicología, Terapeuta EMDR

Cristina Leal, Licenciada en psicología, Magister en psicoterapia EMDR, Terapeuta certificada EMDR

Daniela Galuzzo, Licenciada en psicología, Terapeuta certificada EMDR

Karen Pechenik, Licenciada en psicología, Terapeuta EMDR

Leticia Lassus, Doctora en medicina, Especialista psiquiatría pediátrica, Terapeuta EMDR

Marcia Tarragó, Licenciada en psicología, Terapeuta EMDR

Eugenio Geis, Doctora en medicina Especialista en psiquiatría pediátrica, Terapeuta EMDR

Leticia Bianco, Licenciada en psicología, Terapeuta certificada EMDR

Paula Schiappacasse, Licenciada en psicología, Terapeuta EMDR

Introducción

Según el fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF)¹ cerca de 400 millones de niños, niñas y adolescentes a nivel mundial sufren alguna forma de maltrato a lo largo de su desarrollo. Atendiendo a esta creciente realidad en Uruguay, funciona desde 2007 un sistema de protección a la población infantojuvenil contra la violencia SIPIAV¹ creado con el objetivo de prevenir, atender y reparar situaciones de violencia. En 2024,

SIPIAV² reportó 8924 denuncias, cifra que representa un aumento de 2500 casos respecto al año anterior y equivale a un promedio de 24 reportes diarios. Cabe destacar que el 90% de los agresores integran el núcleo familiar inmediato de los niños, niñas y adolescentes (NNA) tratados, dato importante cuando pensamos en las dimensiones del daño, si el mismo es protagonizado por una figura de cuidado.

Esta situación se ve claramente reflejada en las

¹ Sistema integral de protección a la infancia y a la Adolescencia contra la violencia

consultas del hospital público pediátrico Centro Hospitalario Pereira Rosell (CHPR), de referencia nacional, donde el 40% de las mismas se relacionan con alguna forma de maltrato³. La altísima prevalencia de trauma en la población de NNA motivó en 2020 la creación de una policlínica especializada en psicotraumatología y psicoterapia EMDR² en la cátedra de psiquiatría pediátrica de la Facultad de medicina UDELAR³ con sede en el Hospital pediátrico, donde psiquiatras, y psicólogos formados en este modelo psicoterapéutico trabajan sobre los pilares de asistencia, docencia e investigación.

El funcionamiento de la policlínica en lo que respecta a la parte asistencial se desarrolla de la siguiente manera: los residentes en psiquiatría que trabajan en el CHPR reciben a los pacientes y luego de una valoración inicial se decide la derivación donde se coordina un comité de recepción integrado por el psiquiatra docente grado 3 de la unidad académica de psiquiatría pediátrica responsable de la policlínica, el residente, los terapeutas EMDR y dos supervisores EMDR certificados. Allí se realiza una segunda valoración en base a la cual se toma contacto más en profundidad con la historia clínica y se coordina con el paciente y sus referentes de cuidado, el encuadre psicoterapéutico, se llenan consentimientos informados y se aplica la escala CBCL (Child Behavior Checklist - Achenbach 2001⁴) que se reaplica posteriormente al alta y al año de la misma, durante la etapa del seguimiento. El residente en psiquiatría que derivó originalmente el caso continúa trabajando en dupla con el terapeuta tratante hasta finalizado el proceso y durante el mismo se exponen los avances en plenario mediante reuniones semanales donde se realizan supervisiones incluyendo la perspectiva psicotraumatológica y el modelo EMDR en la valoración clínica.

Autores como Van Der Kolk (2015)⁵ o Lanius (2015)⁶ plantean que la psicotraumatología, es una disciplina integradora que estudia las respuestas mentales, emocionales y fisiológicas de los seres humanos a las experiencias traumáticas, así como sus consecuencias clínicas y sociales. Integrar esta perspectiva transdiagnóstica con la conceptualización EMDR, nos permite echar luz sobre la complejidad de muchos cuadros clínicos que recibimos diariamente, polidiagnosticados y con una altísima repercusión funcional posibilitando diagnósticos y tratamientos más adecuados y efectivos.

Un gran número de investigaciones solventan la idea de que el maltrato, en todas sus formas, interfiere con el desarrollo psicobiológico del niño ocasionando cuadros clínicos que implican desregulaciones en múltiples áreas de funcionamiento (Teicher, M. H., & Samson, J. A. 2024⁷; McCrory, E., De Brito, S. A., & Viding, E. 2011⁸; Cook A. et. al. 2005⁹; De Bellis, M. D. 1999¹⁰). Esto produce presentaciones clínicas sumamente complejas que dificultan el diagnóstico e intervención adecuados desde marcos diagnósticos tradicionales, debido a la falta de conocimiento sobre el impacto del trauma en la infancia y su semiología, y la inexistencia de entidades nosológicas que engloben la multiplicidad de síntomas que esta población presenta.

El trastorno de estrés postraumático complejo es un diagnóstico propuesto por primera vez en 1992 por Judith Herman¹¹ y tomado posteriormente por Bessel Van Der Kolk (2006)¹² bajo el nombre de Trastorno traumático del desarrollo (TTD). El mismo fue presentado como propuesta diagnóstica a la American Psychiatric Association (APA) con el fin de incluirlo en el manual diagnóstico y estadístico de enfermedades DSMV. El objetivo principal era evidenciar que el trauma relacional temprano o trauma complejo o acumulativo, tiene implicaciones distintas respecto al trastorno de estrés postraumático (TEPT). Esta diferencia estriba en que la infancia es un período crítico para el desarrollo emocional y la exposición repetida a experiencias traumáticas produce desvíos en el desarrollo normativo generando alteraciones a nivel neurofisiológico y en la construcción del psiquismo. Asimismo, el hecho de que el daño provenga de figuras de apego, frente a las cuales el niño permanece cautivo y vulnerable aporta un diferencial en cuanto a la profundidad del impacto traumático al implicar una disrupción en el sistema motivacional de apego (Bowlby 1982)¹³.

Si bien la incorporación de esta propuesta diagnóstica al DSMV fue rechazada, se incluyó en 2019, en la guía de clasificación internacional de enfermedades mentales CIE 11 (OMS 2019)¹⁴, bajo la categoría de Trauma complejo (TEPTc) sumando a la sintomatología compartida con el TEPT (DSMV 2013)¹⁵ síntomas designados como perturbaciones en la auto-organización. Este hecho sin dudas es considerado un avance importante, sin embargo, aún no logra abarcar la

2 Eye movement desensitization and reprocessing

³ Universidad de la República Oriental del Uruguay

multidimensionalidad sintomática de los pacientes que recibimos a diario en la policlínica.

El cuadro clínico propuesto inicialmente por Judith Herman, según autores como Cook et al. (2005)⁹, y Van DerKolk (1996)¹⁶ (2015)⁵, se manifiesta mediante desregulaciones en múltiples áreas de funcionamiento como la regulación emocional donde se pueden presentar explosiones emocionales intensas e hipersensibilidad ante estresores mínimos, que frecuentemente se diagnostica dentro de los trastornos del humor como trastorno bipolar de inicio en la infancia o trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (APA 2013)¹⁵. Otra área afectada refiere al apego, que compromete las relaciones con otros e implica conductas desorganizadas ante la presencia del cuidador, y usualmente recibe diagnósticos como el trastorno de la relación social desinhibida o trastorno de apego reactivo (APA 2013)¹⁵.

También se presentan alteraciones en el área cognitiva observándose déficits en las funciones ejecutivas como atención, memoria, resolución de problemas, dificultades de aprendizaje, etc. que muchas veces reciben el diagnóstico de Déficit atencional con hiperactividad (TDAH) (APA 2013)¹⁵ y otros trastornos del neurodesarrollo. La conducta, también se ve comprometida, con predominio de sintomatología tanto internalizante, con gran inhibición conductual, como externalizante, lo que deriva en conductas de riesgo auto o hetero agresivas, y frecuentemente recibe el diagnóstico de trastornos de conducta, como el opositor desafiante (TOD) (APA 2013)¹⁵. Asimismo, se pueden apreciar alteraciones en el área del Autoconcepto, y sistemas de significado, que se manifiestan en problemas de autoestima, sentimientos de estigmatización, indefensión aprendida (Seligman 1991)¹⁷, alteraciones de la imagen corporal, vergüenza y culpa. Este nivel de afectación suele diagnosticarse como sintomatología ansiosa y depresiva.

Además de la repercusión en las áreas mencionadas, también se ve afectada la salud orgánica y es común que estos niños desarrollen problemas sensoriomotores, de coordinación y equilibrio, hipersensibilidad al contacto físico o analgesia, quejas somáticas diversas y trastornos autoinmunes, traduciéndose en un aumento global de los problemas médicos.

Finalmente, a todas estas posibles desregulaciones se le suman las alteraciones de conciencia, donde se incluye toda la sintomatología postraumática y dissociativa, en la que los pacientes pueden experimentar una desconexión de sus

pensamientos, emociones y sensaciones corporales. Así como episodios de amnesia, ejecutando conductas sin planificación ni elección consciente, alteraciones perceptivas y/o sintomatología de despersonalización, desrealización, reexperimentación, que pueden llevar a diagnósticos de trastornos psicóticos.

Existen varios artículos que versan sobre la dificultad presente a la hora de realizar un diagnóstico diferencial entre la disociación postraumática y la sintomatología propia de la psicosis (Arroyo Sánchez, E., & Setién Preciados, P. 2023¹⁸; Torres Blanco 2017¹⁹; Sar, V., & Akyüz, G. 2011²⁰; Diseth, T. 2005²¹; Ross, C. A., & Joshi, S. 1992²²). Así como estudios que relacionan el maltrato durante el desarrollo, con la presencia de sintomatología disociativa en la adolescencia (Tablin, Rudd,& Yates 2025²³; Fung, Geng, Yuan, Zhan,& Lee 2023²⁴; Uyan Taskin, Baltacioglu,& Hocaoglu 2022²⁵) situando la disociación como una estrategia de afrontamiento frente a entornos maltratantes (Silberg 2019²⁶; Gómez A. 2016²⁷) especialmente cuando ese maltrato proviene de la figura de apego (Liotti 2006²⁸, Ogawa, Sroufe, Weinfield 1992²⁹, Ogaea, Sroufe, Carlson & Egeland 1997³⁰).

Desde nuestra perspectiva, a nivel de asistencia en salud mental en Uruguay, nos encontramos ante un subdiagnóstico de casos que implican trastornos relacionados con el trauma, lo que deriva en muchas ocasiones, en intervenciones inadecuadas que inciden negativamente en el desarrollo de los pacientes, por no recibir abordajes psicoterapéuticos especializados en trauma como EMDR.

Afortunadamente cada vez más estudios respaldan la eficacia de la psicoterapia EMDR en el abordaje del trauma complejo. En 2024 se estudió la efectividad del abordaje en adolescentes que sufrieron abuso sexual con criterios de TEPTC (Rolling, Fath, Zanfonato, Durpoix, Mengin, Schröder. 2024³¹).

En 2020 se evaluó en niños con trauma médico (Meentken, van der Mheen, van Beynum, Aendekerk, Legerstee, van der Ende, et al. 2020³²), destacando en ambas investigaciones, la efectividad del tratamiento en la reducción de síntomas del espectro postraumático. Un meta-análisis (Chen, Gillespie, Zhao, Xi, Ren, McLean 2017³³) incluyendo estudios en niños y adultos con trauma complejo, concluyó que el EMDR reducía síntomas de PTSD, depresión y ansiedad comparado con otras terapias o grupo control, aunque los estudios eran pocos y heterogéneos. Otro metaanálisis sobre niños y adolescentes (Bastien RJ,

Jongsma HE, Kabadayi M, Billings J. 2011-2019³⁴⁾ mostró un tamaño del efecto moderado para EMDR en reducción de síntomas postraumáticos ($d \approx -0.46$), comparable a la Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma (TF-CBT). Y otro meta-análisis multivariado en adolescentes con síntomas trauma y problemas externalizantes reportó un efecto muy grande ($d = 0.909$) combinando el modelo EMDR y TF-CBT (Hoogsteder, Ten Thije, Schippers, Stams 2021³⁵⁾.

Motiva el presente reporte, difundir la relevancia de la perspectiva psicotraumatológica y EMDR en la conceptualización de los casos clínicos, y los resultados de la intervención con dicho modelo terapéutico en el tratamiento del trauma, mediante la presentación de un caso clínico atendido en la policlínica de psicotraumatología y EMDR, con diagnóstico inicial de psicosis infantil y su diagnóstico diferencial con un TEPTc con sintomatología disociativa postraumática.

Metodología

En la policlínica de psicotraumatología y EMDR se utiliza principalmente la escala CBCL “Child Behavior Checklist” (Achenbach 2001⁴), para realizar un cribado inicial, al final del proceso psicoterapéutico y al año del tratamiento valiéndose del sistema ASEBA³⁶ (Achenbach System of Empirically Based Assessment) para procesar los resultados. Se trata de una escala de evaluación conductual estandarizada de informe por terceros (los referentes de cuidado), multidimensional, con puntuaciones normativas según edad y género. La misma, se encuentra validada y adaptada en varios países, entre ellos Uruguay, donde se valoró la versión escolar⁴ en un estudio nacional (Viola, Garrido, Varela 2008³⁷) que evaluó la robustez multicultural del instrumento en una muestra epidemiológica de niños de 6 a 11 años. Los resultados arrojaron coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0.80 para la mayoría de las subescalas lo que la sitúa como un instrumento sensible y de alta fiabilidad.

Es importante destacar que esta escala no fue desarrollada para evaluar específicamente la sintomatología del trauma, sin perjuicio de esto, sigue siendo una herramienta muy útil por su carácter multidimensional y la detección de

alteraciones internalizantes y externalizantes que miden el impacto conductual y emocional que pueden tener los trastornos relacionados con el trauma.

En el caso que motiva este reporte, decidimos además utilizar la escala CDC (Child Dissociative Checklist, Putnam 1993³⁸) dada la vastedad de sintomatología disociativa que presentaba la paciente, combinada con un subconstructo de la escala CBCL específico para medir disociación. La escala CDC es una herramienta de screening, de informe por terceros, diseñada para identificar síntomas disociativos en niños de 5 a 12 años. Ha sido utilizada y validada en varios países con adaptaciones lingüísticas y culturales apropiadas, reportando un coeficiente alfa de Cronbach entre 0.85 y 0.95, lo que indica excelente fiabilidad interna (Bernier MJ, Aaron L, Bridgeman D, McBride AB, Putnam FW, 2005)³⁹

Procedimientos Éticos Adoptados

Tanto la participación de la paciente objeto de estudio, así como la de todos los usuarios de la policlínica es voluntaria. En la entrevista de ingreso se explica el funcionamiento de la misma, poniendo de manifiesto la posibilidad de realizar trabajos de investigación o publicaciones. En todos los casos se aplican consentimientos informados a los referentes de cuidado. En caso de no asentir, sus datos no se incluyen en investigaciones ni en publicaciones. Dado que en general, los pacientes que son atendidos se encuentran gravemente traumatizados, para evitar revictimizaciones se utilizan técnicas de recolección de datos de informe por terceros, revisión de las historias clínicas, o entrevista clínica donde la información es recabada en un espacio seguro y con los cuidados precisos de acuerdo a las necesidades del paciente.

Motivo de Consulta

Datos patronímicos: Paciente femenina de 8 años de edad, de procedencia socioeconómica media. Impresiona clínicamente un buen potencial cognitivo y tiene un buen rendimiento académico. Previo al ingreso al CHPR integraba un núcleo familiar con su madre adoptiva (ex pareja paterna) que posee la tenencia provisoria desde los 4 años de la paciente y su hermano por línea paterna de 19 años.

⁴ Lista de verificación de comportamiento infantil para edades de 6 a 18 años (CBCL/6-18) versión 2001

Antecedentes personales y familiares: Antecedentes de patología psicótica por línea materna y consumo problemático de sustancias por ambas vías de consanguinidad. Durante sus primeros años de vida, la paciente convivió con sus padres biológicos, donde fue expuesta a violencia de género, maltrato físico con sospechas de abuso sexual infantil por parte de ambos, así como negligencia por omisión de cuidados básicos. A sus 4 años fallece su padre debido a una patología oncológica y dado el riesgo de la paciente, al quedar en situación de calle con su madre, es amparada por el estado. Al ingreso al hogar no presentaba lenguaje ni control de esfínteres. Tras unos meses institucionalizada, se otorga la tenencia provisoria a la madre de su hermano por línea paterna con quien convive hasta el momento de la internación. Luego del alta, tras manifestar su referente, que no podía continuar haciendo cargo de la niña, debe ser nuevamente derivada a un hogar de apoyo. Motiva el ingreso al hospital, la valoración por el equipo de psiquiatría debido a conductas desajustadas, y ciertos racionalismos mórbidos que según establece su referente de cuidados, ya estaban presentes hace algunos años, pero que en los últimos meses se vieron incrementados. El contexto previo al ingreso consistía en quedar muchas horas al cuidado de su hermano, de una vecina o sola, ya que su madre adoptiva se ausentaba muchas horas por trabajo. La paciente refiere en ese período ser objeto de negligencia, y malos tratos.

Asimismo, es de gran importancia resaltar para comprender la sintomatología, que la familia adscribía a una comunidad religiosa minoritaria en Uruguay y su madre trabajaba además pintando imágenes religiosas, por lo que toda la casa estaba plagada de simbología y relatos que hacían parte de la cultura familiar.

Hipótesis Diagnóstica

Del análisis semiológico de la paciente se desprenden las siguientes consideraciones:

- **Síntomas positivos: Desorganización a nivel del pensamiento**, se observaron alteraciones en el curso, la forma y el contenido del mismo, ideas delirantes, de temática mística/religiosa. **Alteraciones perceptivas de tipo auditivas y visuales**,

en palabras de la paciente: “*Escucho voces, a veces me dicen que haga cosas malas... voces afuera y adentro...desconocidas...hacen mucho ruido...no me dejan dormir*” ... “*Ví un hada negra...como un punto que brilla, también vi arañas*”. También refería **alucinaciones cenestésicas y del esquema corporal**: “*Tengo a Jesús en el corazón, me lo tienen que sacar*” “*el corazón late mejor porque me saqué el rosario...pero igual late lento*”. **Lenguaje desorganizado y prosodia alterada. Conducta psicomotora desorganizada**, crisis de excitación psicomotriz con auto y heteroagresividad, conductas bizarras como esconder cuchillos bajo la almohada, alimentos y ropa, orinar en distintas habitaciones de la casa, quemar el microondas por calentar miel para las hadas, abrir las canillas argumentando que el diablo le dijo que las hadas tenían sed, bailar sin ropa, etc. Estos síntomas alternaban con inhibiciones motrices como el mantenimiento de posturas rígidas imitando poses de santos.

- **Síntomas negativos:** Se observó hiponimia (reducción en la gestualidad), contacto visual pobre, aplanamiento afectivo, mayor retramiento social en el ámbito familiar. Es importante destacar que este y otros síntomas no se observaban en el ámbito escolar, donde sus docentes manifestaron que no notaron alteraciones en su comportamiento, destacando el buen rendimiento y relacionamiento con pares.

- **Conductas basales:** Sueño: Presentaba un sueño inquieto con múltiples despertares nocturnos en los cuales jugaba con agua y deambulaba por la casa. La paciente refirió pesadillas, miedo a las arañas y al diablo. “*Sueño con arañas que me hacen agujeritos... me pican por dentro y por fuera*”, “*Sueño cosas raras, del inframundo*”. Alimentación: No se consignaron alteraciones.

Fue valorada por el equipo de Pediatría, Neuropediatría, Trabajo Social y Psiquiatría pediátrica del hospital CHPR. Se realizó resonancia magnética nuclear, en la cual no se evidenciaron lesiones encefálicas. Se inició tratamiento farmacológico con antipsicóticos. Respecto a la internación, presentó una buena adaptación; no se observaron crisis, pudiendo concurrir al “aula hospitalaria”⁵ y otras actividades con disfrute, y evidenciando mejoría en el sueño, la organización del

⁵ El “aula hospitalaria” es un programa educativo que funciona dentro del hospital CHPR creado con el objetivo de dar continuidad académica

a los niños, niñas y adolescentes que se encuentran internados por períodos prolongados.

pensamiento y la sintomatología negativa. Respecto al relacionamiento con pares, al inicio prefería el juego solitario: "*Le hice un hechizo para que no pueda jugar conmigo*"... "*les tiro poderes*", no permitía el acercamiento y que le toquen las manos, ya que le podían robar sus poderes, necesarios para hacer hechizos. En poco tiempo, este aspecto evolucionó favorablemente.

Del referido análisis semiológico surgió una hipótesis diagnóstica inicial de esquizofrenia de inicio en la infancia (APA 2013)¹⁵. Sin embargo, dada la falta de respuesta a los tratamientos convencionales y la historia traumática de la paciente, se derivó a la policlínica de psicotraumatología y terapia EMDR. Allí, se realizó una nueva valoración clínica incluyendo la perspectiva psicotraumatológica y se inició un tratamiento psicoterapéutico EMDR, que insumió en total 43 sesiones.

Conceptualización EMDR

Niña expuesta a noxas toxicas desde la etapa intrauterina, por el consumo materno y la exposición a la violencia lo cual implicó afectaciones en su neurodesarrollo. En adición a esto, la falta de figuras de apego contenedoras que oficiaran de base y refugio seguro (Bowlby 1982)⁹ propiciaron el desarrollo de un apego de tipo desorganizado, de alta predictibilidad para la sintomatología disociativa (Liotti 2004⁴⁰).

El modelo relacional al que estuvo expuesto la paciente desde su primera infancia fue caótico y desorganizante, lo cual obligó a su psiquismo a generar adaptaciones como la disociación para enfrentar la paradoja de tener que defenderse de las mismas personas que debían cuidarla. Este sesgo defensivo se traduce en un sistema de implicación social desconectado (Porges 2007⁴¹) comprometiendo la regulación emocional, conductual y fisiológica. Sobre esta base se siguieron acumulando los eventos traumáticos, sufriendo todas las formas de maltrato, lo cual fue reforzando un autoconcepto sumamente negativo, y la pérdida de confianza en las demás personas y en el futuro, que se reafirmó con el abandono de su madre adoptiva. Sobre todas estas desregulaciones y desvíos del desarrollo normativo por crecer en supervivencia, se asienta la sintomatología postraumática y las alteraciones en la conciencia se explican por el profundo impacto del trauma relacional temprano en la organización de su psiquismo. La disociación fue un necesario escape de la realidad e incluyó, en esa realidad alterna, todo el folklore familiar que a

falta de adultos que generaran una narrativa reflexiva e integradora, utilizó para dar sentido a sí misma y a su historia.

Asimismo, podemos dar cuenta de que en sus "ideas delirantes" se ven vestigios de pensamiento mágico omnipotente, lo que no resulta extraño si pensamos que el trauma detiene el desarrollo y ciertos aspectos del mismo quedan estancados en la perspectiva particular de la etapa evolutiva en la que ocurrió. En palabras de Francine Shapiro, creadora del modelo EMDR, "Un acontecimiento traumático o un estrés persistente durante una fase de desarrollo vital pueden interrumpir el sistema de procesamiento de la información. Como resultado, la información relacionada con el hecho traumático se almacena en una forma estado específico (...) y no logra alcanzar una resolución adaptativa" (Shapiro F, 2006⁴²).

Frente a este cuadro de psicosis inicialmente diagnosticado se propone como diagnóstico diferencial un TEPTc (OMS 2019)¹⁴, con sintomatología disociativa.

Plan de Tratamiento EMDR

Al tratarse de un trauma relacional temprano nuestro primer objetivo fue establecer una relación terapéutica que brindara contención y seguridad para acompañar la nueva etapa de institucionalización y estabilizar la sintomatología de la paciente. En la FASE 1, se recabó información de su madre adoptiva, quien afortunadamente seguía en contacto, de los juzgados, así como de hogar en el que estuvo institucionalizada. El objetivo principal, además de la conceptualización del caso y establecer una secuencia de blancos, fue obtener datos que nos permitieran elaborar una narrativa coherente de su historia a fin de favorecer la integración psíquica. Como plantea Van Der Kolk, los procesos mentales esenciales para la resolución del trauma son la *personificación*, apropiarse de la experiencia traumática, *presentificación*, con una orientación hacia la seguridad del presente y como resultado de ambos, la *integración* psíquica y aprendizaje de la experiencia (Van Der Kolk 2014²). Encontramos en las técnicas de narrativa una gran herramienta para promover estos aspectos.

En la FASE 2, el objetivo fue seguir fortaleciendo la red de apoyo de la niña, trabajando en psicoeducación con el hogar mayoritariamente para evitar la rotación de cuidadores y tener un referente con quien mantener una comunicación fluida, elemento

vital para poder generar cambios y evaluar progresos. A nivel individual nos dedicamos a dar sentido a los contenidos de su mente y sus acciones, así como a brindar herramientas de autorregulación de las que se apropió rápidamente. También instalamos redes positivas de memoria, lo que nos permitió mejorar su autoestima y desidentificarse de la sintomatología, así como solventar una base segura para llegar adecuadamente a las fases de reprocesamiento. En la FASES 3 Y 4, el objetivo primordial fue comenzar a trabajar en su sistema de defensas, donde fuimos abordando la evitación por el nivel de perturbación que le generaban sus experiencias internas. Así fue como logramos acceder a los blancos específicos que irían a integrar la narrativa y comenzamos a trabajar con un cuento sobre la historia de vida de la paciente. Si bien, se utilizó el protocolo de narrativa de Lovett (1999⁴³), que integra desde la fase 2 a la 7 del protocolo estándar, debimos tomar algunos eventos como blancos y trabajarlos separadamente ya que, para acceder a las memorias patogénicas, fue necesario acudir a protocolos específicos para ampliar su ventana de tolerancia.

Consideraciones Finales

En la actualidad, la paciente continúa institucionalizada en un hogar de amparo, este factor es una variable que entendemos negativa para su evolución ya que sigue necesitando valerse de mecanismos disociativos por carecer de una figura referente segura a quien apoyarse. A pesar de este aspecto, destacamos en este caso, la magnitud del impacto del tratamiento psicoterapéutico desde el modelo EMDR. La paciente logró en poco tiempo integrarse a nivel psíquico al dar sentido a sus conductas, pensamientos, emociones y sistema interno en general. Reprocesar las múltiples y acumulativas situaciones de violencia a la que había sido expuesta durante su desarrollo le permitió salir de esa perspectiva regresiva y plagada de pensamiento mágico, generando ideas más racionales y comparables, y mejorando así su regulación emocional y conductual. Al finalizar el proceso psicoterapéutico, mejoró drásticamente su sintomatología general (Gráfico comparativo 1) así como la disociativa, que se midió con la escala de screening CDC (Gráfico comparativo 2) y el subconstructo de Sim (Sim et al, 2005⁴⁴) de la escala CBCL que evalúa 16 ítems de trauma y disociación (Gráfico comparativo 3). La mejoría se sostuvo aún luego de discontinuado el tratamiento farmacológico, que se implementó por 5 meses.

En esta población de niños y adolescentes cuyo desarrollo ha sido forjado por el trauma, se ven cuadros clínicos sumamente complejos que implican desregulaciones en múltiples áreas de funcionamiento. Esta sintomatología es producto de las adaptaciones necesarias para sobrevivir en un entorno amenazante. Parafraseando a Judith Herman, cuando el hogar se convierte en un campo de batalla, el niño desarrolla mecanismos de defensa extremos que luego interfieren con su capacidad para relacionarse, aprender y confiar (Herman 1997⁸).

Resaltamos en estos casos, la importancia de una conceptualización y diagnóstico adecuado que facilite el acceso a abordajes especializados en trauma, lo cual tendrá un impacto significativo en la calidad de vida y evolución futura de los pacientes. Esto a su vez, pone de manifiesto la necesidad de contar con constructos nosológicos más abarcativos que permitan comprender la complejidad sintomática asociada al trauma cuando el mismo ocurre durante el desarrollo.

Tablas y Graficas

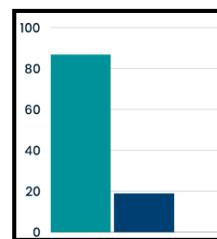


GRÁFICO COMPARATIVO 1
ESCALA CBCL

Porcentaje de presencia de sintomatología general al inicio y final del tratamiento EMDR

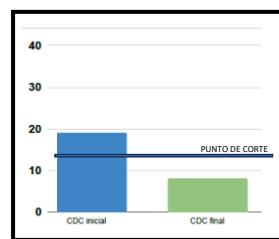


GRÁFICO COMPARATIVO 2
ESCALA CDC

Puntajes obtenidos en la escala CDC al inicio y al final del tratamiento con terapia EMDR

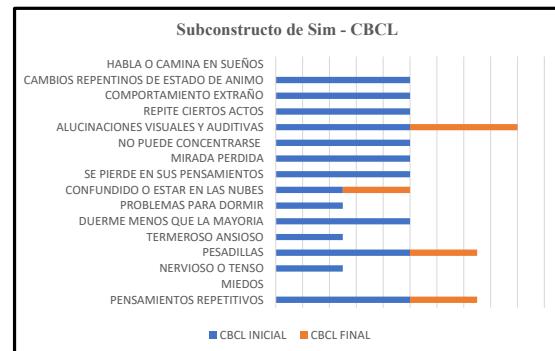


GRÁFICO COMPARATIVO 3 – CBCL –

Porcentaje de presencia de sintomatología postraumática y disociativa al inicio y al final del tratamiento con terapia EMDR

Referencias

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Cerca de 400 millones de niños y niñas pequeños de todo el mundo sufren habitualmente algún tipo de disciplina violenta en sus hogares. Comunicado de prensa. Nueva York: UNICEF; 2024 jun 11. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/400-millones-ninos-mundo-disciplina-violenta-hogares>
2. Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPAV). (2025). Informe de Gestión 2024. Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). <https://www.inau.gub.uy/sipav/informes-de-gestion-sipav/download/10368/1494/16>
3. Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica, CHPR. Series de datos continuos anonimizados. Prof. Dra. Gabriela Garrido, responsable académica. 2023
4. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991
5. Van der Kolk BA. El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. Barcelona: Eleftheria; 2015
6. Lanius R, Paulsen S, Corrigan F. El tratamiento del trauma complejo: La mente fragmentada y el trabajo terapéutico con disociación. Barcelona: Eleftheria; 2015
7. Teicher MH, Samson JA. The neurobiological effects of childhood maltreatment on brain structure, function, and attachment. EurArch Psychiatry Clin Neuroscience. 2024
8. McCrory E, De Brito SA, Viding E. The impact of childhood maltreatment: A review of neurobiological and genetic factors. Front Psychiatry. 2011; 2:48. doi:10.3389/fpsyg.2011.00048
9. Cook A, Spinazzola J, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M, et al. Complex trauma in children and adolescents. Psychiatry Ann. 2005;35(5):390–398
10. De Bellis MD. Developmental traumatology: neurobiological development in maltreated children with PTSD. Psychiatric Times. 1999
11. Herman JL. Trauma y recuperación: La violencia y sus efectos sobre el cuerpo, la mente y la sociedad. Buenos Aires: Ediciones Paidós; 1997
12. ¹ Van der Kolk BA. Clinical implications of neuroscience research in PTSD. Annals of the New York Academy of Sciences. 2006;1071(1):277–93.
13. Bowlby J. El apego (El apego y la pérdida I). Traducción: Mercedes Valcárcel Avello. Barcelona: Paidós Ibérica; 1998. 524 p. ISBN 978-84-493-0600-6
14. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Morbilidad y Mortalidad, 11^a revisión (CIE-11) [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [citado 2025 jul 29]. Disponible en: <https://icd.who.int/>
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.
16. ¹ Van der Kolk BA, van der Hart O. Dissociation, Affect Dysregulation and Somatization: the Complex Nature of Adaptation to Trauma. Trauma Ther. 1996.
17. Seligman Mep. Indefensión: Sobre la depresión, el desarrollo y la muerte. Barcelona; Debate; 1991.
18. Arroyo Sánchez E, Setién Preciados P. Differential diagnosis of psychosis and dissociative disorder: a case report. Eur Psychiatry. 2023;66(S1):S750. doi:10.1192/j.eurpsy.2023.1578
19. Torres Blanco B. ¿Psicosis infantil o reacción disociativa? [Trabajo Fin de Grado en Medicina]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2017 [citado el 9 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/24022>
20. Sar V, Akyüz G. Childhood dissociative disorder and psychotic disorders: clinical and etiological overlaps and diagnostic challenges. Psychiatry Res. 2011;185(3):286–90. doi:10.1016/j.psychres.2010.07.034
21. Diseth TH. Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma: an overview of conceptual issues and neurobiological factors. Nord J Psychiatry. 2005;59(2):79–91.
22. Ross CA, Joshi S. Dissociative disorder and psychosis: phenomenological differences and diagnostic dilemmas. J Trauma Dissociation. 1992;3(3):5–19
23. Tabilin D, Rudd KL, Yates TM. Child maltreatment and adolescent dissociative symptomatology: moderation by

- autonomic regulation. *Child Maltreat.* 2025;30(2):107–118. doi:10.1177/10775595251323218
24. Fung HW, Geng F, Yuan D, Zhan N, Lee VWP. Childhood adversities and psychotic symptoms among high school students in China: the role of dissociation. *Int J Soc Psychiatry.* 2023;69(8):1949–57. doi:10.1177/00207640231181528
 25. Uyan Taskin, Baltacioglu M, Hocaoglu C. Relationships between childhood trauma and dissociative, psychotic symptoms in patients with schizophrenia: a case-control study. *Gen Psychiatry.* 2022;35(1):e100659. doi:10.1136/gpsych-2021-100659
 26. Silberg JL. El niño superviviente: curar el trauma del desarrollo y la disociación. Castell Giménez M, traductor. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2019
 27. Gómez A. Terapia EMDR y abordajes complementarios con niños: trauma complejo, apego y disociación. Biblioteca EMDR; 2016
 28. Liotti G. A model of dissociation based on attachment theory and research. *J Trauma Dissociation.* 2006;7(4):55–73
 29. Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS. Development and the psychobiology of dissociation. *Dev Psychopathol.* 1992;4(1):13–25. doi:10.1017/S0954579400005510
 30. Ogawa A, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson E, Egeland B. From infant attachment disorganization to adolescent and adult dissociation: the Minnesota longitudinal study. In: Bretherton I, Waters E, editors. *Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention.* Chicago: University of Chicago Press; 1997
 31. Rolling J, Fath M, Zanfonato T, Durpoix A, Mengin AC, Schröder CM. EMDR–Teens–cPTSD: Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Adolescents with Complex PTSD Secondary to Childhood Abuse: A Case Series. *Healthcare.* 2024;12(19):1993. doi:10.3390/healthcare12191993
 32. Meentken MG, van der Mheen M, van Beynum IM, Aendekerk EWC, Legerstee JS, van der Ende J, et al. EMDR for children with medically related subthreshold PTSD: short-term effects on PTSD, blood-injection-injury phobia, depression and sleep. *Eur J Psychotraumatology* 2020;11(1):1705598. doi:10.1080/20008198.2019.1705598
 33. Chen Q, Gillespie CF, Zhao H, Xi Z, Ren Z, McLean SA. Genetic and environmental factors influencing the development of post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2017;40(3):459–472. doi:10.1016/j.psc.2017.04.003
 34. Bastien RJ, Jongsma HE, Kabadayi M, Billings J. The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2020;50(10):1598–1612. doi:10.1017/S0033291720002007
 35. Hoogsteder LM, Ten Thije L, Schippers EE, Stams GJJM. A meta-analysis of the effectiveness of EMDR and TF-CBT in reducing trauma symptoms and externalizing behavior problems in adolescents. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2022;66(6–7):735–757. doi:10.1177/0306624X211010290
 36. Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles.* Burlington (VT): University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2001
 37. Viola L, Garrido S, Varela S. Prevalencia de trastornos mentales en niños escolarizados de 6 a 11 años en Uruguay. Estudio Epidemiológico Nacional de Salud Mental Infantil. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental; 2008
 38. Putnam FW, Helmers K, Trickett PK. Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse Negl.* 1993;17(6):731–741. doi:10.1016/0145-2134(93)90006-Q
 39. Bernier MJ, Aaron L, Bridgeman D, McBride AB, Putnam FW. Pathological dissociation in children: The Spanish version of the Child Dissociative Checklist in Puerto Rico. *J Trauma Dissociation.* 2005;6(3):51–68.
 40. Liotti G. Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 2004;41(4):472–486. doi:10.1037/0033-3204.41.4.472
 41. Porges SW. The polyvagal perspective. *Biol Psychol.* 2007 Feb;74(2):116–43. doi:10.1016/j.biopsych.2006.06.009

42. Shapiro F. Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares: Guía básica de EMDR. Barcelona: Paidós; 2006
43. Lovett J. Small Wonders: Healing Childhood Trauma with EMDR [Pequeños prodigios: sanar el trauma infantil con EMDR]. Nueva York: The Free Press; 1999
44. Sim, L; Friedrich, W. The child behavior checklist as an indicator of posttraumatic stress disorder and dissociation in normative, psychiatric, and sexually abused children. Journal of Traumatic Stress. (697-705, 18-6), 2005
-



Protocolo entretejidos operacionales entre sesiones: Instrumento práctico para profesionales y/o consultantes

Autor: Dr. Carlos H. Lozano R.

Carlos H. Lozano R.

carloslozano@me.com

Psiquiatra Terapeuta EMDR IBA- Chile/Colombia. Post Titulo en Salud Mental en Violencia Política y Desastres – Universidad Complutense de Madrid - Grupo de Acción Comunitaria. Psiquiatra del Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos - Programa PRAIS en Santiago Chile.

Introducción

Esta herramienta originalmente diseñada en la Terapia Estratégica Breve es un modelo de integración a la Terapia EMDR para encarar las dificultades que presentan algunos consultantes para focalizar sostenidamente la relación entre el motivo de consulta, queja blanco y estrategias para el cambio acordes al nivel de procesamiento obtenido. Su utilización permite acelerar y acortar los procesos terapéuticos en relación con su contexto social más amplio (1).

Al mismo tiempo, ofrece al consultante un *entretejido operacional* para solucionar sus dificultades y equiparle preventivamente para la resolución de problemas futuros, resultando útil tanto para el terapeuta como para los consultantes.

Esta herramienta también puede resultar de utilidad para el modelo de Terapia EMDR a través del registro del procesamiento entre las Fases 7 y 8 con la participación del consultante, su capacidad reflexiva y el empoderamiento en la gestión de resolución de problemas.

Es un instrumento diseñado para incorporar, activar y potenciar recursos del procesamiento de información obtenida entre las sesiones con los aspectos cognitivos, emocionales, *actitudinales y operacionales* (este es el aporte nuevo al modelo EMDR) orientados a facilitar el procesamiento, mediante la auto

observación reflexiva y guiada de las propias *actitudes-acciones* e información obtenida para referirlas directa y específicamente al cambio que se está produciendo durante procesamiento adaptativo de información con el cambio comportamental inmediato y el patrón a futuro en sus propios sistemas sociales (pareja, familia, estudio, trabajo, etc.).

También la utilización del registro de la evolución del procesamiento intenta evitar, disminuir y superar algunas dificultades que estancan el tratamiento. Promueve el compromiso con el proceso terapéutico, el manejo acotado y adecuado de tiempos y objetivos, así como del procesamiento con su consecuente cambio presente y a futuro en su interacción social.

Permite potenciar el reconocimiento del reprocessamiento de aquello que ocurre en el procesamiento entre las Fases 7 y 8, donde registrará *sus expectativas y forma de operar (conductas/actitudes)* entre sesiones. Aquel procesamiento de información adaptativo que implique la perdida de posibilidades operacionales por el paso del tiempo enseña entonces que de aquello que no ocurre en determinado lapso, muchas veces puede resultar mal si se concreta a destiempo o no se concreta.

Características del Instrumento

Es un protocolo de registro construido por seis preguntas ordenadas sistemáticamente que el consultante se hace así mismo y responde con anterioridad a la Fase 8. Este set de preguntas constituye un encuadre circular del contexto de procesamiento de información por “*motivo de consulta*” - “*queja-problema-blanco*” y “*actitudes-estrategias operacionales*” implementadas para el cambio y/o dificultades para concretarlo en el presente y por lo tanto en el patrón a futuro”.

El espacio que el registro ofrece para responder condiciona también la concreción focalizada y acotada de respuestas al procesamiento, lo cual incrementa las posibilidades de auto reconocimiento de nueva información (entretejido operacional) y por lo tanto del procesamiento en curso.

¿Por qué las preguntas están diseñadas así?

Las preguntas y las opciones requieren ser respondidas en el orden en que se presentan.

Promueven, reflexionar puntual y secuencialmente información, reconocer y distinguir tanto las condiciones y circunstancias de las dificultades que aquejan al consultante como a las actitudes y acciones que éste implementa para resolverlas y superarlas.

Acotan el re-procesamiento y sus cambios operacionales esperados por que dificultan el retroceso, identifica rápidamente que genera dificultad en las dificultades operacionales (blancos ocultos, por ejemplo). Permite desarrollar simultáneamente un proceso psicoeducativo que funciona con carácter psicoprofiláctico frente a otras dificultades posibles, desarrollando, fortaleciendo las capacidades intrínsecas del procesamiento y su independencia respecto del terapeuta.

Metodología de Aplicación del Instrumento.

Cuando se considere adecuado, el protocolo es aplicado al final de la Fase 7. Su aplicación no debe discontinuarse sino se materializa un cambio operacional, no se trata de un recurso de uso esporádico y es sobre este instrumento que se trabajara entre la Fase 7 de cierre y Fase 8 de re-evaluación, pues mantiene fija la atención del consultante en el problema-blanco bajo estricto control las variables interviniéntes en el proceso de reprocesamiento y el cambio operacional.

|Al finalizar la Fase 7 se entrega al consultante un formulario para que lo complete 48 horas antes de la Fase 8 siguiente; en la sesión siguiente trabaja con el terapeuta sobre dicho formulario.

En que Procesos Terapéuticos Resulta de Utilidad

Se ha observado en la práctica que en ciertos momentos en la aplicación del modelo de EMDR se observan algunas características del consultante que pueden dificultar el procesamiento. Algunos ejemplos son:

- Posición de los consultantes en actitudes quejas y/o pasivas de inmovilidad que solo buscan en el proceso terapéutico solo un justificativo para no cambiar por la ganancia secundaria.
- Dificultad para vincular lo que les ocurre con sus propias acciones, decisiones e iniciativas con el procesamiento en curso, “fobia al cambio” es decir con blancos ocultos, que aún no se evidencian.
- Presentar una disociación significativa entre las quejas cognitivas, emocionales, actitudinales y operacionales respecto de: lo que ellos mismos (se) provocan, los contextos situacionales en los que estas dificultades-problemas se enmarcan o emergen, los circuitos interaccionales en los que los problemas se dan, las estrategias de abordaje o solución de estos mismos.
- Tendencia a considerar al proceso terapéutico solo como escucha-pasiva.
- Dificultades para focalizarse en los objetivos y desplazar energías proactivas hacia la solución de dificultades, instalándose en actitudes reactivas o pasivas.
- Dilatación excesiva e innecesaria del tiempo que gasta en la concreción del cambio operacional en su contexto social más amplio.

Resulta Parcialmente Eficaz ante Consultantes:

- Constantemente cambian en sus deseos, orientaciones y decisiones.
- Que no pueden sostener lo que se proponen, no pueden implementar las acciones necesarias.
- Dispersos en sus discursos para integrar información y lábiles en el reconocimiento de sus necesidades y objetivos,

- expectativas y actitudes operacionales
- Que traen múltiples quejas constantemente suplantadas por otras.
- Que no pueden distinguir prioridades entre sus múltiples quejas.
- Que se desconectan emocional y cognitivamente del proceso terapéutico, depositando en el otro o en las circunstancias la resolución de problemas.

Resulta Ineficaz ante consultantes:

- De nivel educativo y desarrollo lógico formal rudimentario.
- Procesos de duelo o trauma reciente (el duelo tiene un tiempo propio)
- Adultos muy mayores con rasgos marcadamente pasivo-dependientes.
- Niños y menores de 18 años (el instrumento debe ser adaptado a la edad).
- Alteraciones psiquiátricas descompensadas no medicadas.

Explicación del Material

Ítems N° 1 y 2: El consultante debe reactualizar repitiendo sin variación alguna, el “Motivo de Consulta” ya pactado al inicio del proceso terapéutico y el Blanco (s) elegido a tratar en Fase 1 y 2. Estos ítems lo retrotraerán al blanco, en caso de dispersión, y es inductor de una comprensión movilizadora tanto del paso del tiempo (pasado/presente) como de sus propias actitudes (presentes y futuras) frente a sus problemas.

Ítem N° 3: El objetivo de esta pregunta es establecer un proceso de continuidad temporal pasado/presente/futuro de manera cognitiva y emocional entre las dificultades y/o problemas, y las *actitudes - acciones* operacionales del consultante con el patrón a futuro al terminar la Fase 7.

Ítem N° 4: Se busca reactualizar el contenido de información elaborado durante la sesión anterior *valorando sus propias intenciones y acciones operacionales* para acceder al cambio presente y futuro.

Ítem N° 5: Se propone focalizar y profundizar con más exactitud y precisión los éxitos o dificultades del consultante con sus problemas, las condiciones y el cambio operacional en su contexto relacional sistémico obtenido con el reprocesamiento, teniendo tres posibilidades:

- a) *Si lo puso en práctica* entonces instalamos y reforzamos este entrelazado operacional y lo conectamos con las redes cognitivas positivas, incrementando los efectos de generalización en los recuerdos asociados, reforzando el valor de la creencia positiva y del cambio experimentado.
- b) *Si no lo puso en práctica*, evaluamos entonces el efecto del procesamiento evidenciamos lo que ha surgido en su operar desde la última sesión, re-accesar a la última sesión (por ejemplo, a través de los canales; molestia física, la creencia limitante surgidas, o los propios ítems del instrumento, etc.) o por la aparición de nuevos blancos que no se habían evidenciado anteriormente por estar ocultos, tomamos el SUD y reprocesamos hasta llegar a = 0.
- c) *No intento hacer otra cosa*, procedemos de igual forma que el inciso anterior.

Ítem N° 6: Esta inducción directa final busca cerrar y reforzar el circuito relacional entre el objetivo/blanco originariamente pactado y el procesamiento adaptativo de información con el entrelazado operacional y la movilidad del consultante en su sistema social, induciéndolo a acciones concretas; desenmascara lo que solo pensó o permaneció encerrado y estático, construyendo así un deseo-queja/problema de carácter ilusorio que solo le garantiza permanecer sin cambio; por ejemplo en la ganancia secundaria con el sistema social más amplio.

Los ítems 1 y 2 siempre permanecen iguales y se entrega un nuevo registro para ser entregado en siguiente sesión es decir nuevamente entre las fases 7 y 8.

Referencia

1. Ferraro A. Guía para co-registro de evolución y evaluación de procesos terapéuticos; Sistemas Familiares. 2001; 17 (2):160-163

Link de descarga del formato de registro de disparadores:
<https://drive.google.com/file/d/13MRmRzuSDDu0SU4OziT7b77Ax0n0ScSL/view?usp=sharing>



Integración clínica EMDR y terapia vincular familiar: Recursos terapéuticos y estrategias comunes

Autor: *Ps. Adrián Olender*

Adrián Olender

adrianolender@gmail.com

Licenciado en Sociología y Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Especializado en Terapia Vincular Familiar, Terapia EMDR, Bioenergética y técnicas somáticas. La música y la práctica de yoga cultivadas por más de 35 años, nutren su enfoque clínico, integrando recursos expresivos.

Introducción

La terapia integrativa surge del reconocimiento de que ningún modelo, por sí solo, puede abarcar la complejidad de la experiencia humana. Integrar modelos no consiste en mezclarlos indiscriminadamente, sino tejer sentidos y articular sus recursos desde una mirada ética, creativa y ajustada a las necesidades singulares de cada paciente. Cada enfoque aporta una hebra única al entramado terapéutico, que el clínico entrelaza cuidadosamente para construir una intervención coherente y significativa.

El movimiento integrativo tomó forma en los años 70, con iniciativas como la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*. En América Latina, y especialmente en Argentina, se nutrió de una rica tradición local: desde Enrique Pichon-Rivière y su teoría del vínculo, pasando por el pensamiento clínico-político de Fernando Ulloa, hasta la metapsicología plural de Hugo Bleichmar y los desarrollos pragmáticos de Héctor Fernández Álvarez, fundador de la *Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas*. En este marco, el modelo EMDR (*Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares*), desarrollado por Francine Shapiro a fines de los '80, constituye un ejemplo paradigmático de integración clínica. Como señaló su autora: “*La terapia EMDR representa un enfoque psicoterapéutico integrador en el que múltiples orientaciones convergen en un modelo de tratamiento único y coherente*”.¹

Este trabajo tiene como objetivo analizar cómo el modelo EMDR se articula con la Terapia Vincular Familiar (TVF) en el abordaje del trauma vincular. Para ello, se presentan los fundamentos conceptuales de ambos modelos, las transformaciones históricas de los vínculos familiares, un caso clínico ilustrativo y una revisión de los aportes somáticos y neurocientíficos que sustentan esta integración.

Transformaciones Familiares: de la Jerarquía a la Complejidad Vincular

La familia, sus vínculos y las funciones de sus integrantes han sido objeto de interés desde los inicios de la historia. A lo largo del tiempo, las distintas culturas transmitieron normas y roles familiares que fueron transformándose según los contextos históricos y sociales. Entre estos cambios destaca la construcción del concepto de infancia como etapa diferenciada, con derechos y necesidades propias. Philippe Ariès² sostiene que antes del siglo XVII la infancia como categoría social no existía: los niños eran vistos como pequeños adultos, trabajaban tempranamente y carecían de una cultura infantil diferenciada. La aprobación en 1989 de la Convención sobre los Derechos del Niño³ marcó un hito al reconocerlos como sujetos plenos de derechos.

En las últimas décadas, la familia ha dejado atrás su estructura jerárquica tradicional, en la que los padres ocupaban un

lugar de autoridad claramente diferenciado de los hijos, sostenido principalmente en el miedo. Claudia Messing, creadora junto al Dr. Benjamín Zarankin y la Lic. Nora Mares de la TVF, describe este fenómeno con el concepto de **simetría del niño con el adulto**⁴. La simetría es un cambio estructural en la subjetividad de los niños que se manifiesta en una mimetización inconsciente de los niños con los adultos, especialmente con sus padres, donde los niños copian sus formas de hablar, pensar, actuar, emociones, y deseos. Esta mimetización crea una situación de paridad imaginaria, donde los niños se sienten en igualdad con los adultos, lo que dificulta la autoridad parental y puede afectar el desarrollo emocional y social de los niños.

Asimismo, como consecuencia de la mimetización masiva con el otro aparece una dificultad en la individuación y la internalización de los padres como figuras protectoras. El niño copia masivamente al adulto, pero no lo internaliza, sigue funcionando como si formara parte de un todo con el otro, con lo cual le cuesta mucho más la separación, la autonomía y alcanzar su plena individuación.

Se puede ubicar el comienzo de este proceso de “simetrización” de los vínculos luego de las guerras mundiales en la década del 60, con los movimientos sociales, el feminismo, el movimiento hippie y especialmente el Mayo Francés. Estos cambios incluyeron el cuestionamiento del modelo autoritario, una sexualidad más libre, la flexibilización de los roles parentales y una mayor cercanía afectiva entre padres e hijos, erosionando el poder patriarcal. Como resultado, la subjetividad de los hijos también se vio profundamente transformada. Comprender la evolución histórica de la infancia y de los vínculos familiares permite situar clínicamente muchas de las problemáticas actuales.

Las transformaciones culturales en torno a la autoridad, el afecto y los roles parentales han dejado huellas subjetivas profundas que hoy se manifiestan como conflictos vinculares complejos. Muchos de estos sufrimientos, además, no tienen un origen individual, sino que se inscriben en tramas transgeneracionales, donde el trauma, lo no dicho y lo no elaborado se transmiten inconscientemente.

En este contexto, la integración de EMDR y TVF ofrece un abordaje clínico consistente para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático complejo (TEPT-C) y el trauma vincular, combinando el procesamiento adaptativo de experiencias traumáticas con la elaboración de las problemáticas

surgidas de los vínculos fundacionales. La activación de recursos internos y figuras protectoras, junto al trabajo con vínculos familiares reales o imaginarios y la intervención sobre la memoria implícita heredada, abre un camino terapéutico hacia la reparación emocional, el fortalecimiento de la subjetividad y la transformación de los lazos familiares.

Del Dos al Tres: El Triángulo Como Matriz Vincular Fundacional

El ser humano es un ser social por naturaleza. Su cerebro está diseñado para relacionarse, como lo demuestra el descubrimiento de las neuronas espejo⁵, que captan no solo los movimientos, sino también las emociones de los otros, dando base neurobiológica a la empatía. Este sistema relacional se activa desde las primeras interacciones, donde madre, padre o quienes ejerzan esas funciones configuran la “matriz vincular primaria”, andamiaje esencial desde el cual se estructura la subjetividad, entendida como un entramado que articula lo intrapsíquico, lo intersubjetivo y lo transgeneracional.

Inicialmente el vínculo se da en la diáda madre-bebé, donde la presencia corporal, la voz y la sintonía emocional materna ayudan al niño a organizar sus sensaciones y necesidades. Sin embargo, para evitar una fusión que obstaculice la individuación, es necesaria la irrupción de un tercero, el parent o quien ejerza su función, que introduce un corte en la diáda, inaugurando la estructura triangular. Este paso del dos al tres no es solo cuantitativo, sino cualitativo: permite la separación y la entrada en lo simbólico, la ley y la posibilidad de construir identidad en relación con un otro diferenciado. Clínicamente, la TVF destaca la importancia de esta estructura triádica.

Cuando las funciones materna y paterna no son ejercidas de manera diferenciada o los cuidadores no están emocionalmente disponibles por ausencia, negligencia, simetría o confusión de roles, la matriz vincular se ve comprometida, afectando la capacidad de establecer límites, confiar y sostener vínculos estables. En estos casos, el trauma suele expresarse como una falla estructural del entramado vincular más que como un evento aislado. El tratamiento busca no solo procesar recuerdos traumáticos puntuales, sino también reconfigurar la matriz vincular a través del trabajo con figuras reales o imaginarias. La estimulación con movimientos bilaterales (MBL) aplicada a escenas reparadoras imaginadas o la inclusión de los padres en la

sesión para propiciar la sanación permite restaurar el equilibrio triádico, fortalecer recursos internos, promover la diferenciación yo-no yo y construir experiencias vinculares más reguladas y seguras.

TVF y EMDR: Integración Clínica para la Reparación

Vincular

El proceso terapéutico puede pensarse como una composición musical donde la partitura es la trama familiar, con sus compases, silencios y repeticiones, y los instrumentos son los cuerpos y las emociones de quienes la interpretan. El terapeuta, como director y afinador, evalúa dónde comenzar: si la familia está disponible y con recursos emocionales, puede iniciarse con trabajo vincular; cuando hay fuerte rechazo o dolor hacia los padres, conviene primero reforzar recursos internos y estabilizar al paciente antes de abordar los vínculos.

EMDR y TVF actúan en sinergia y se complementan. El primero afina la experiencia interna; el segundo trabaja el lazo con los otros. En función de la evaluación clínica el terapeuta decide cuándo y cómo incluir a la familia, ya sea en forma real, simbólica o imaginaria. La decisión clínica no responde a una secuencia rígida, sino a una lectura sensible de la partitura emocional de cada paciente y del momento en que se encuentra. Así, ambos modelos contribuyen a que el paciente sea compositor, intérprete y protagonista de su propia historia.

Un objetivo central de la TVF es la reparación y **reconexión con el "lugar de hijo"**⁶ en la familia de origen. Cuando este proceso no ocurre, se tiende a reemplazar inconscientemente esos vínculos olvidados con relaciones actuales, que replican la calidad de esos vínculos tempranos. Cómo un cliché de las antiguas imprentas, el vínculo con los padres funciona como un molde que transfiere sus características sobre los vínculos presentes. La persona tiende a repetir vínculos tempranos dañinos en sus relaciones adultas.

La teoría del apego⁷ explica que en la infancia se forma una “plantilla” emocional según cómo fuimos tratados: preguntas como “¿puedo confiar? ¿Soy digno de amor?” guían creencias y conductas en la adultez. Por ejemplo, un apego ambivalente genera necesidad excesiva de validación y miedo al abandono, mientras que un apego evitativo lleva a desconectarse emocionalmente y evitar la intimidad. En los casos en que hubo negligencia emocional o no existieron oportunidades para

establecer un apego seguro con los cuidadores, la recuperación de ese lugar se ve gravemente comprometida.

En la fase 1 del tratamiento EMDR los terapeutas exploramos y abordamos el vínculo con los padres y decidiremos cuándo y cómo incluir a los padres en el proceso terapéutico. En algunos casos, la familia puede incorporarse desde el inicio y su inclusión contribuye así a fortalecer la red adaptativa para comenzar con el reprocesamiento de los blancos. En otros, es necesario esperar hasta que el paciente esté listo para tolerar la carga emocional y su inclusión será imaginaria o simbólica mientras fortalecemos la red adaptativa del paciente en la fase 2, con el Desarrollo e Instalación de Recursos (DIR), o trabajando con el protocolo de desensibilización (EMD) y otros recursos para aumentar su regulación emocional y prepararlo para el reprocesamiento (fases 3 a 7) o la inclusión de los padres en sesión en la fase 2 o en la 8 luego del reprocesamiento y Reevaluación.

En situaciones donde los padres están ausentes o fallecidos, se recurre a cartas o figuras protectoras imaginadas, lo cual activa el sistema de calma y conexión social vinculado al nervio vago ventral, lo cual permite a la persona salir de un estado de hipervigilancia o desconexión (modos simpático y dorsal respectivamente), facilitando la regulación emocional.⁸ En otras palabras, generar una sensación de seguridad interna, aunque sea desde la imaginación, no es una fantasía inocua, sino una intervención profunda que activa la fisiología de la conexión y la reparación. Estas estrategias buscan preparar al paciente para:

- 1. enfrentar con mayor solidez emocional el trabajo vincular con la participación real de los padres en sesión, reduciendo la activación emocional asociada a recuerdos traumáticos y promoviendo una mayor capacidad de autorregulación afectiva-
- 2. Para comenzar a reprocesar los blancos del plan de tratamiento.

La expresión de necesidades emocionales no escuchadas en la infancia en presencia de los padres abre la posibilidad de la reparación que es uno de los objetivos fundamentales que se propone la TVF. Además, crea la condición necesaria para que el sistema nervioso pueda flexibilizar sus respuestas, acceder a la memoria traumática, entrar en contacto con lo emocional sin desbordarse ni disociarse y facilitar luego el reprocesamiento.

En la fase 2, además de la inclusión real de los padres

para reforzar la red adaptativa, se pueden proponer ejercicios de imaginación guiada acompañados de MBL. Por ejemplo, visualizar al joven o adulto actual abrazando y cuidando al niño que sufrió negligencia o abandono en el pasado, o imaginar que somos nuevamente niños, pero esta vez conscientes de nuestras necesidades fundamentales y de aquello que fue importante y no recibido. Desde ese lugar de niños, se puede representar la presencia de unos padres completamente distintos a los reales, capaces de ofrecernos exactamente lo que necesitábamos en aquel momento. El objetivo de estas intervenciones no es negar o reemplazar la historia vivida, sino generar en el presente momentos de tranquilidad, seguridad y calma interna.

A través de estas experiencias simbólicas e imaginarias y de un vínculo terapéutico seguro y bien establecido, es posible ir construyendo una red positiva más amplia, fortaleciendo recursos internos y abriendo la posibilidad de redefinir el lugar del paciente dentro de la estructura familiar fortaleciendo de este modo su red social. Es en el contexto vincular y familiar donde muchas de estas experiencias dolorosas se originan, y es en ese mismo contexto, cuando es acompañado terapéuticamente, donde puede facilitarse su elaboración. La inclusión de los padres en el dispositivo terapéutico permite abordar estos traumas vinculares vivencialmente, propiciando la conexión emocional, la expresión afectiva y la posibilidad de reparación. El trabajo con vínculos reales en el aquí y ahora de la sesión brinda una oportunidad única para observar directamente las dinámicas vinculares, los modos de comunicación, el lenguaje corporal, la proxémica familiar y en muchos casos la revelación de traumas transgeneracionales mantenidos secretamente dentro de la familia, aspectos que no son accesibles en el marco de la terapia individual.

Herencias invisibles: trauma vincular y caminos de reparación

En contextos de apego seguro, la recuperación del “lugar de hijo” propuesta por la TVF suele ser menos compleja. Pero cuando el apego fue inseguro y hubo traumas tempranos, abuso, negligencia, violencia y se desarrolla un TEPT-C, con desregulación emocional, alteraciones en la autopercepción y dificultades vinculares, la integración de EMDR y TVF resulta especialmente valiosa. Desde la TVF, “el abrazo” de los padres hacia la/el hija/o funciona como un recurso potente que permite fortalecer la red adaptativa del paciente y posibilita el trabajo

terapéutico sobre la simetría y el objetivo de la “recuperación del lugar de hijo”. La experiencia real del abrazo en la sesión, facilita el proceso de individuación, la diferenciación yo- no yo, fortalece la red adaptativa y regula emocionalmente. Didier Anzieu ⁹ describió el “Yo-piel” como una representación psíquica que envuelve, protege y organiza la subjetividad. El contacto afectivo y el abrazo, al promover interocepción y regulación, ayudan al paciente a percibirse separado del otro, discriminando sus emociones y reforzando su identidad. Este recurso, además, puede luego evocarse acompañado de MBL. Existen estudios que aportaron evidencia de que el contacto físico afectivo cotidiano, específicamente los abrazos, tiene efectos beneficiosos sobre los sistemas de respuesta al estrés.¹⁰

EMDR y TVF comparten un mismo objetivo: superar el pasado, desbloquear lo que obstaculiza el crecimiento y desarrollo personal. Según la evaluación clínica, puede priorizarse primero la estabilización individual o, si hay disponibilidad emocional suficiente, comenzar por la inclusión familiar para reforzar la red de apoyo.

La integración de estos modelos se enriquece al considerar el contagio emocional, descrito por Lipps ¹¹ y luego sustentado biológicamente por las neuronas espejo ⁵ que explican la transmisión empática de emociones en los vínculos. Muchos síntomas persistentes, que a pesar de múltiples intentos terapéuticos no logran resolverse, puede ser un indicador que el trauma no se origina directamente en la historia personal del paciente, sino que proviene de experiencias traumáticas no elaboradas en generaciones anteriores. Explorar estas huellas inter o transgeneracionales en una sesión vincular facilita la reparación.

Padres y abuelos con apegos inseguros a menudo transmiten inconscientemente su propio dolor y desregulación emocional. La TVF busca identificar y devolver esas emociones heredadas a su origen, mientras que el EMDR ayuda a elaborarlas. Este trabajo conjunto permite al paciente liberarse de cargas ajenas y construir una identidad más integrada y un vínculo más saludable con su historia familiar.

Caso Juan: simetría, trauma transgeneracional y reparación vincular.

El trabajo con Juan, un adolescente retraído, desmotivado y con marcada dificultad para proyectarse al futuro,

permitió visibilizar cómo la simetría con sus padres y la falla en el triángulo madre-padre-hijo obstaculizaban su individuación. Había abandonado el último año de secundaria, alternaba entre aislamiento emocional e irritabilidad explosiva, y presentaba un puntaje elevado en la Escala de Experiencias Disociativas (DES), lo que evidenciaba desconexión interna y disociación. Tras la separación temprana de sus padres, quedó “fusionado” con su madre, sin la presencia reguladora de su padre. El padre, emocionalmente ausente en su infancia, fue incorporado al tratamiento mediante sesiones vinculares en el marco de la TVF. Allí emergió la trama transgeneracional: él tampoco había conocido a su propio padre, transmitiendo inconscientemente esa ausencia a su hijo.

En las sesiones, se reveló que Juan no solo sufría por la distancia con su padre, sino que además se identificaba inconscientemente con el abuelo ausente, llegando a decir: “*me siento un viejo*”, aludiendo al abuelo, hoy de 85 años. Esta vivencia de envejecimiento subjetivo en plena adolescencia reflejaba un trauma del padre no elaborado. Esta identificación fue abordada en la Fase 2, mediante el desarrollo e instalación de recursos (DIR), visualizaciones reparadoras con figuras protectoras acompañadas de MBL. Paralelamente, las sesiones con el padre abrieron un espacio de reconocimiento mutuo: el padre pudo elaborar su propia orfandad y comenzar a ejercer una presencia emocional más disponible. Gracias a este trabajo conjunto, Juan fue diferenciándose del legado heredado, fortaleciendo recursos propios y recuperando su lugar de hijo adolescente, capaz de habitar el presente y proyectarse hacia un futuro posible.

Habitar el Cuerpo: Territorio de Memoria y Transformación

Las huellas del trauma no se alojan solo en la mente: quedan inscriptas en la memoria corporal, afectando vitalidad, movimiento y regulación emocional. El cuerpo funciona como archivo viviente de experiencias vinculares, tanto reparadoras como traumáticas. Por eso, incluir el cuerpo en la terapia facilita la integración emocional, la regulación del sistema nervioso y la reconexión con el cuerpo como espacio seguro. Las experiencias traumáticas dejan bloqueos energéticos, tensiones crónicas y corazas musculares, que limitan la espontaneidad, la autoafirmación y la conexión con los demás. Ejercicios

expresivos, como liberar la voz, golpear un almohadón o respirar profundamente, ayudan a desbloquear lo reprimido y recuperar fuerza y presencia.

Alexander Lowen ¹² distingue entre agresión como impulso vital hacia adelante, búsqueda activa de satisfacción o afirmación del deseo y violencia como expresión destructiva y desbordada de la energía contenida. En contextos donde la agresión (en el sentido positivo del término) fue reprimida, muchas personas aprenden a inhibir sus impulsos por miedo a perder el vínculo, lo que puede generar pasividad, depresión o explosiones emocionales. La expresión contenida de la ira, en un entorno seguro y acompañado de recursos psico-corporales y vinculares, permite recuperar el deseo y el movimiento propio. Esta visión dialoga con el trabajo de Bessel van der Kolk ¹³, quien sostiene que el trauma altera el cuerpo y el sistema nervioso, atrapando al paciente en estados de lucha, huida o congelamiento. Para sanar, es necesario habitar nuevamente el cuerpo y tolerar las sensaciones internas.

Cuando los padres no están disponibles y el contacto físico o la conexión emocional son inviables, o incluso desaconsejables en situaciones de abuso o violencia, las disciplinas corporales y expresivas ofrecen la posibilidad de reconnectar con el cuerpo como un espacio seguro. En particular, el yoga ayuda a regular la activación fisiológica, cultivar la interocepción y recuperar el sentido del tiempo y la seguridad interna, enseñando que la incomodidad es pasajera y que el cuerpo puede convertirse en un aliado. Estudios realizados por van der Kolk demuestran que una práctica sostenida de yoga activa áreas cerebrales asociadas con la autoconciencia y puede ser tan eficaz como los medicamentos en el tratamiento del TEPT ¹⁴. Sin embargo, ninguna técnica corporal despliega su potencial sin un vínculo terapéutico seguro, empático y confiable. El terapeuta sostiene el proceso ofreciendo estabilidad emocional, presencia y resonancia afectiva, creando una base segura desde la cual el paciente puede explorar su historia, habitar su cuerpo y reconstruir una narrativa vital más integrada.

El trabajo conjunto sobre cuerpo, emociones y vínculos permite reconnectar al paciente con su energía vital bloqueada, con su historia familiar y con su propio proyecto de vida, en un contexto donde la relación con el terapeuta modela un nuevo modo de estar en vínculo, basado en la confianza y la sensibilidad.

Puentes Terapéuticos: Sinergia entre EMDR y TVF en la Clínica

María (28 años), casada y madre de un niño pequeño, expresaba un profundo malestar hacia sus padres, a quienes percibía lejanos y poco empáticos. Relataba sentimientos de tristeza, enojo y soledad por no poder contar con ellos. En sesión, se le propuso evocar algún recuerdo donde ambos padres la hubieran acompañado protectora y afectuosamente. Inicialmente dijo no recordar ninguno, pero a partir de una fotografía de su infancia, se apoyó en la imaginación para recrear esa escena acompañándola con MBL. Al principio la sensación de calma emergió solo en su cabeza, luego le propuse imaginar a sus padres siendo a su vez abrazados por sus propios padres (los abuelos de María); esa sensación se expandió a la espalda y el pecho, reforzando la conexión emocional y somática con la experiencia. En casos como el de María, las imágenes protectoras (reales o imaginarias) pueden instalarse con MBL para activar sensaciones de calma y seguridad, incluso si en la realidad nunca existieron. En otros casos, sin embargo, el rechazo hacia las figuras parentales hace imposible incluso su representación simbólica o imaginaria. Este fue el caso de Manuel, con una historia marcada por abandono, negligencia, invalidación emocional, violencia intrafamiliar y bullying escolar. Además, manifestaba vergüenza intensa y rechazo hacia su cuerpo, posiblemente vinculado a un trastorno dismórfico corporal (TDC). Manuel mostraba desconfianza generalizada, evitación del contacto íntimo, una gran necesidad de validación externa, y un elevado puntaje en la Escala de Experiencias Disociativas (DES). En su caso no fue posible instalar un “lugar seguro” en tres intentos. El trabajo terapéutico consistió entonces en identificar y reforzar pequeñas experiencias actuales, por más mínimas que parecieran, que permitieran cuestionar, poco a poco, las creencias negativas hacia sus padres y hacia sí mismo. Estas vivencias fueron instaladas con MBL, poniendo especial énfasis en la conexión emocional y corporal. Este proceso se asemeja al trabajo artesanal del telar de cintura de los pueblos originarios: cada hilo se entrelaza cuidadosamente para formar un tejido fuerte y significativo. En términos del modelo del Procesamiento Adaptativo de la

Información (PAI) de EMDR, cada hilo representa una experiencia positiva que, al incorporarse en la red de memoria, fortalece la estructura interna del psiquismo. La urdimbre es la memoria existente; los hilos de la trama son las nuevas

experiencias que sesión tras sesión, van construyendo un diseño único que refleja la integración de vivencias, preparando así el terreno para incluir a los padres en la terapia y reparar el vínculo o reprocesar los blancos del plan de tratamiento. En el caso de Manuel, luego de varias sesiones de este trabajo preliminar, fue posible invitar a los padres a la sesión para comenzar un proceso de resignificación y reparación vincular.

Desde EMDR, este abordaje permite procesar recuerdos de experiencias dolorosas ligadas a las figuras parentales, transformar creencias negativas y promover un sentido más profundo de seguridad interna. Por su parte, la TVF no solo apunta a reconocer y resignificar el vínculo con los padres biológicos o de crianza sino también a repararlo, como vía para fortalecer la subjetividad del consultante. La recuperación del lugar de hijo, en la adolescencia, juventud o adultez, puede realizarse de manera real, imaginaria, dramatizada o con la participación directa de los padres. Este proceso implica expresar, de manera auténtica y respetuosa, lo que quedó silenciado, en busca de una respuesta reparadora.

La potencia terapéutica de este movimiento se amplifica cuando logramos ponernos simbólicamente en el lugar del otro⁶, lo que permite comprender más profundamente nuestra historia y devolver, resignificar y diferenciarse de aquellas emociones y narrativas heredadas con las que pudimos habernos identificado o que nos “contagiaron” emocionalmente. Así, EMDR y TVF se complementan como dos lenguajes distintos que dialogan en una misma partitura clínica: uno fortalece la experiencia interna, mientras que el otro trabaja sobre los lazos. Juntos tejen un proceso terapéutico que permite integrar heridas, reconstruir vínculos y recuperar un sentido más pleno de sí mismo y de pertenencia.

Fundamentos Neurocientíficos: La Potencia Reparadora de las Figuras Protectoras

Desde la neurociencia sabemos que el cerebro prioriza lo emocionalmente significativo y tiende a olvidar lo irrelevante. Joe LeDoux (citado por Ranganath¹⁵) denomina a esto “circuitos de supervivencia”: redes subcorticales como la amígdala, el hipotálamo y el tronco encefálico coordinan respuestas de lucha, huida o congelamiento y refuerzan memorias asociadas a amenazas mediante neuromoduladores como dopamina, noradrenalina y cortisol.^{16, 17} Este mecanismo explica por qué las

experiencias traumáticas quedan grabadas tan intensamente y por qué es difícil para quienes crecieron en contextos inseguros acceder a recuerdos positivos. Sin embargo, el mismo principio permite intervenir terapéuticamente: el cerebro responde a las imágenes mentales casi como si fueran reales. Los estudios en neuroimagen han demostrado que imaginar situaciones emocionales positivas activa muchas de las mismas áreas cerebrales que se ponen en juego al experimentarlas realmente: corteza prefrontal medial, ínsula, sistema límbico y regiones sensoriomotoras.^{18,19}

Bartlett (citado por Ranganath¹⁵) afirmaba que la memoria es, en gran medida, una reconstrucción imaginativa, y la imaginación, a su vez, se nutre de la memoria. Investigaciones posteriores confirman que recordar e imaginar comparten circuitos neurales, y que los procesos mentales implicados en visualizarnos intensamente en una situación son similares a los que utilizamos para evocar el pasado. Así, la actividad cerebral durante la imaginación resulta sorprendentemente parecida a la que se registra al recordar vivencias reales²⁰⁻²³. La TVF y EMDR aprovechan este principio al introducir imágenes reparadoras e instalarlas con MBL, favoreciendo la integración de recuerdos y disminuyendo la activación emocional perturbadora.²⁴⁻²⁵ Desde la TVF, esta resignificación también se trabaja incluyendo a los padres imaginariamente o en la sesión para generar nuevas experiencias emocionales en el vínculo.

Por otro lado, imaginar figuras protectoras activa el sistema de calma vinculado al nervio vago ventral, facilitando la regulación emocional⁸ y permitiendo salir de estados de hipervigilancia o disociación. En términos neurobiológicos, las experiencias relacionales, reales o imaginadas, moldean las redes neuronales.²⁶ Un abrazo real o imaginado como propone la TVF, puede ser tan reparador como haberlo recibido en la infancia: reconstruye el andamiaje interno que sostiene la subjetividad. Cuando estas intervenciones se combinan con MBL, la imaginación se convierte en una vía poderosa para instalar nuevas memorias emocionales, reorganizar las creencias negativas conformadas tempranamente y fortalecer la identidad y la narrativa personal. Así, se abre la posibilidad de recuperar el lugar de hijo, reparar vínculos fundacionales y ampliar la capacidad para establecer vínculos presentes desde una base más segura.

Conclusión

A lo largo de este trabajo hemos explorado como la integración entre el modelo EMDR y la TVF permite abordar de manera compleja y respetuosa la diversidad de heridas que dejan los vínculos tempranos, las memorias traumáticas y las marcas transgeneracionales. Ambos modelos, en sinergia, se entrelazan como las hebras de un mismo tejido para sostener y acompañar al paciente en su proceso de reparación. La TVF aporta una mirada profunda sobre las dinámicas familiares, el lugar de hijo, las funciones parentales y las heridas inter y transgeneracionales, mientras que EMDR ofrece un modelo eficaz para desensibilizar y reprocesar memorias dolorosas, instalar recursos internos y generar nuevas conexiones y redes adaptativas. Esta integración terapéutica no es un fin en sí misma, sino una estrategia flexible que se ajusta al ritmo, las necesidades y los recursos de cada consultante. A veces es necesario fortalecer primero la red interna de recursos y la capacidad de autorregulación para luego incluir a la familia en la sesión; en otras ocasiones trabajar directamente sobre los vínculos familiares reales o imaginarios se convierte en la puerta de entrada para el cambio. En cualquier caso, el terapeuta desempeña un rol clave, evaluando cuidadosamente los tiempos, las condiciones y los recursos disponibles para construir un encuadre clínico que ofrezca seguridad, confianza y contención.

Sanar los vínculos, habitar el propio cuerpo y resignificar la historia son procesos inseparables cuando el trauma ha tenido un origen vincular. Como un árbol que se nutre tanto de la tierra como de la luz del sol, el ser humano necesita vínculos que lo sostengan, un cuerpo que lo aloje y recursos internos que le permitan proyectarse más allá de las heridas recibidas. La integración de EMDR y TVF abre así un camino terapéutico que honra la singularidad de cada historia, sostiene la subjetividad del paciente en su devenir y le devuelve la posibilidad de ser autor de su propio destino, tejido entre memorias, vínculos y transformación.

Referencias

1. Shapiro F. EMDR as an integrative psychotherapy approach: experts of diverse orientations explore the paradigm prism. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
2. Ariès P. El niño y la vida familiar en el antiguo régimen. Madrid: Taurus; 1987.

3. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]; 1989. [citado 10 ago 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>
4. Messing C. Desmotivación, insatisfacción y abandono de proyectos en los jóvenes. Buenos Aires: Noveduc; 2007.
5. Rizzolatti G, Sinigaglia C. Las neuronas espejo: los mecanismos de la empatía emocional. Barcelona: Paidós; 2006
6. Messing C. Terapia víncular-familiar. Buenos Aires: Noveduc; 2020.
7. Bowlby J. Apego y pérdida. Vol. 1: El apego. Madrid: Morata; 1979.
8. Porges SW. The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. New York: Norton; 2011.
9. Anzieu D. El yo-piel. Buenos Aires: Amorrortu; 1988.
10. Romney CE, Arroyo AC, Robles TF, Zawadzki MJ. Hugs and cortisol awakening response the next day: an ecological momentary assessment study. *Psychoneuroendocrinology*. 2020;122:104869.
11. Lipps T. Estética. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1968.
12. Lowen A. Bioenergética. Barcelona: Paidós; 1977.
13. van der Kolk BA. El cuerpo lleva la cuenta. Barcelona: Eleftheria; 2020.
14. van der Kolk BA. Yoga as an adjunctive treatment for PTSD: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(6):e559–65.
15. Ranganath C. Por qué recordamos: la nueva ciencia de la memoria. Barcelona: Paidós; 2024.
16. Avery MC, Krichmar JL. Neuromodulatory systems and their interactions: a review of models, theories, and experiments. *Front Neural Circuits*. 2017;11:108.
17. McGaugh JL. Memory—a century of consolidation. *Science*. 2000; 287(5451):248-251.
18. Kosslyn SM, Ganis G, Thompson WL. Neural foundations of imagery. *Nat Rev Neurosci*. 2001;2(9):635–642. doi:10.1038/35090055.
19. Schacter DL, Addis DR, Buckner RL. Remembering the past to imagine the future: the prospective brain. *Nat Rev Neurosci*. 2007;8(9):657–661. doi:10.1038/nrn2213.
20. Szpunar KK, Watson JM, McDermott KB. Neural substrates of envisioning the future. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2007;104(2):642-647. doi:10.1073/pnas.0610082104.
21. Hassabis D, Kumaran D, Maguire EA. Using imagination to understand the neural basis of episodic memory. *J Neurosci*. 2007;27(52):14365-14374. doi:10.1523/JNEUROSCI.4549-07.2007.
22. Gonsalves BD. Neural evidence that vivid imagining can lead to false remembering. *Psychol Sci*. 2004;15(10):655-660. doi:10.1111/j.0956-7976.2004.00736.x.
23. Thomas AK, Bulevich JB, Loftus EF. Exploring the role of repetition and sensory elaboration in the imagination inflation effect. *Mem Cognit*. 2003;31(4):630-640. doi:10.3758/BF03196103.
24. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001.
25. Solomon RM, Shapiro F. EMDR and the adaptive information processing model: potential mechanisms of change. *J EMDR Pract Res*. 2008;2(4):315-325.
26. Siegel DJ. The mindful therapist: a clinician's guide to mindsight and neural integration. New York: Norton; 2010.



Alianza EMDR Latinoamérica y Caribe

*Un solo propósito... aliviar el sufrimiento humano
causado por el Trauma Psicológico.*

PRIMERA EDICIÓN

NOVIEMBRE, 2025



VIII Congresso Brasileiro
de EMDR & II Congreso de la
Alianza Latino América y Caribe
INTEGRANDO FRONTEIRAS

Revista Científica
Logros en Psicoterapia: Teoría, práctica e investigación en Terapia EMDR