

Liz Royle
Catherine Kerr



LA INTEGRACIÓN DEL
EMDR
EN LA PRÁCTICA CLÍNICA



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

LIZ ROYLE, MA, MBACP
CATHERINE KERR, MSC, MBACP

LA INTEGRACIÓN DEL EMDR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer

The original English language work:
Integrating EMDR into Your Practice, 1st edition, isbn: 9780826104991
by Liz Royle MA, MBACP, Catherine Kerr BSc(Hons), MBACP
has been published by
Springer Publishing Company
New York, NY, USA
Copyright © 2010. All rights reserved

Traducción: Fernando Mora

© EDITORIAL Desclee De Brouwer, S.A., 2018

Henao, 6 – 48009 Bilbao

www.edesclee.com

info@edesclee.com



EditorialDesclee



@EdDesclee

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-2996-6

Depósito Legal: BI-1267-2018

Impresión: Itxaropena, S.A. - Zarautz

**5 Recursos para los profesionales de la psicología
que trabajan con las emociones**

Descárgalo gratis en edesclee.info con el código:

5RECURSOS2996

Índice

Prólogo	15
Prefacio: Asumir la responsabilidad	23
Agradecimientos	27
1. ¿Quién se sienta ante nosotros?	29
La relación terapéutica: Retorno a los principios básicos ..	30
¿Qué necesita el cliente?	32
Ganancia secundaria	34
Trastornos disociativos	35
Precauciones	36
Cuestiones legales	36
Cuestionario Pre-EMDR	38
Estudio de caso: Presentación de Emma	40
¿Es el EMDR adecuado para el cliente?	43
Impacto del pasado	44
Los diez más importantes	45
Exploración creativa	46
Herramientas de evaluación	49
El problema actual	51
Objetivos para el futuro	52
Plan de tratamiento	55
Preguntas frecuentes	56
Resumen de aprendizaje	59

Recursos	60
1.1. Las condiciones básicas de Carl Rogers	60
1.2. Tendencias e intenciones suicidas	61
1.3. Breve proceso de asesoramiento sobre el suicidio	63
1.4. Ejercicio de mapeo.	64
1.5. Identificar la sintomatología utilizando un guion.	66
2. No planificar: Planificar para el fracaso	69
Identificar y practicar los mecanismos de afrontamiento apropiados	70
Hiperactivación	72
Hipervigilancia	72
Permanecer aquí y ahora	76
El lugar seguro.	77
Explicar la teoría del EMDR.	78
El EMDR en términos sencillos	82
¿Cuánta preparación se requiere?	85
Preguntas frecuentes.	92
Resumen de aprendizaje	94
Recursos.	94
2.1. Movilización Mental	94
2.2. Niveles de arousal	95
2.3. Formulario de consentimiento informado	97
3. Trauma complejo y necesidad de una extensa preparación.	99
Trauma complejo.	100
Desafíos a la alianza terapéutica	103
Dificultades para regular las emociones e impulsos.	103
Alteraciones en la percepción de uno mismo.	104
Somatización	105
Alteraciones en la percepción del perpetrador	105
Alteraciones en las relaciones con los demás.	106
Alteraciones en los sistemas de significado	106
Construcción de recursos para el trauma complejo	107
Métodos	108
Construcción de recursos	111
Otras estrategias	112
Manipulación de imágenes y películas.	113

Trabajar con clientes que disocian.	115
Trastornos disociativos	116
Identificar los trastornos disociativos	119
Preguntas frecuentes.	120
Resumen del aprendizaje	122
Recursos.	122
3.1. Guion para una visualización guiada	122
3.2. La técnica del rebobinado	125
4. De lo general a lo específico: seleccionar el recuerdo diana	129
Una creencia con diferentes nombres	130
Encontrar la raíz del problema	133
La olla a presión.	135
El jardín	135
La pirámide	135
Preparativos para la desensibilización.	136
Elección del estímulo de atención dual	136
La señal de pausa.	139
Proporcionar instrucciones claras	140
Metáforas para gestionar los afectos intensos.	144
Las cogniciones negativas y el recuerdo diana	145
Flotar hacia atrás.	148
Completar la evaluación de referencia.	152
Imagen	152
La cognición positiva.	154
Validez de la cognición según la Escala de	
Autodetección para Adultos	156
Emociones	156
La Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación	157
Sensaciones físicas.	159
¿Encajan unas cosas con otras?	159
Trabajar con diferentes niveles de conciencia	
y articulación	161
Preguntas frecuentes.	164
Resumen del aprendizaje	165
Recursos.	165
4.1. Guion de ejemplo.	165

5. Abriendo la caja de Pandora.	167
La ansiedad del terapeuta.	167
Desensibilización.	170
Abreacciones	173
Bloqueo del procesamiento.	178
Entretejido cognitivo.	181
Preguntas frecuentes.	186
Resumen del aprendizaje	188
Recursos.	189
5.1. Trabajar con la culpabilidad.	189
6. Salir de los lugares oscuros	191
Instalación	191
Exploración corporal	193
Cierre	196
Reevaluación	202
Síntomas.	202
Cambios	204
Material que aflora.	205
Plan de tratamiento.	205
Preguntas frecuentes.	211
Resumen de aprendizaje	212
Recursos.	213
6.1. Hoja de información para los clientes: ¿qué puedes experimentar después de una sesión de EMDR?	213
6.2. Ejemplo de registro.	215
7. ¡El terapeuta también importa!	217
Historia de Catherine (primera parte).	218
La respuesta del profesional de la ayuda al trabajar con el trauma.	219
Factores situacionales en el desarrollo del trauma secundario	224
La naturaleza e intensidad de la carga de trabajo.	225
Mecanismos deficientes de apoyo.	226
Acceso a una supervisión adecuada	227

Marco conceptual	228
La fatiga de la compasión y el Trastorno de Estrés	
Traumático Secundario	228
Trauma vicario.	229
<i>Burnout</i>	229
Intervenciones	230
Intervenciones personales.	230
Intervenciones profesionales.	232
Intervenciones organizacionales.	234
Historia de Catherine (segunda parte).	235
Resumen de aprendizaje	235
Recursos.	236
7.1. Mi plan de acción	236
7.2. Escalas e inventarios del Trauma Secundario	236
7.3. Actividades curativas	236
 Apéndice A: Fundamentos teóricos del modelo de procesamiento de información adaptativa	 239
Presentaciones de los clientes.	239
Las redes de recuerdos	242
El procesamiento de la información adaptativa	243
Conceptualización de caso	245
El enfoque de tres vertientes.	247
 Apéndice B: Las ocho fases de la EMDR Protocolo estándar . . .	 249
Fase uno: Recopilación de la historia	249
Fase dos: Preparación	249
Fase tres: Evaluación.	250
Fase cuatro: Desensibilización	250
Fase cinco: Instalación	250
Fase seis: Exploración corporal	251
Fase siete: Cierre	251
Fase ocho: Reevaluación.	251
 Apéndice C: Información y consejos adicionales	 253

Apéndice D: Las experiencias de los clientes con el EMDR en sus propias palabras	255
Metas y expectativas	255
Razones para elegir el EMDR.	256
Preparación y recopilación de la historia	257
La ansiedad del cliente	257
La experiencia de la desensibilización	258
Establecer conexiones y alcanzar comprensiones	259
Avanzar.	260
La relación terapéutica	260
Los resultados del EMDR.	261
 Apéndice E: Glosario de términos y acrónimos	 263
 Referencias bibliográficas	 269
 Índice temático	 275
 Sobre los autores.	 279

Prólogo

Hace 35 años, empecé como investigadora y como “conductista radical”, convencida de que lo que no podía ver ni medir carecía de toda relevancia clínica. Fue este mismo proceso de investigación el que me llevó a tomar cursos de capacitación en terapia cognitiva, hipnoterapia, terapia sexual, terapia Gestalt, terapia de grupo y, por último, en desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR). Desde entonces, el EMDR se ha convertido en el principal foco de mi carrera profesional como practicante, así como de mis funciones de asesora de investigación e instructora de EMDR.

Mi entusiasmo en la formación internacional de terapeutas en el enfoque EMDR se basa principalmente en los efectos del tratamiento que he observado a lo largo de los años de uso clínico del EMDR. Al principio, traté sobre todo a víctimas de traumas y personas aquejadas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y otros síndromes relacionados con el trauma. Con el paso del tiempo, se hizo evidente que el EMDR también suele resultar beneficioso para pacientes que padecen muchos otros tipos de problemas.

Como terapeuta, lo que en un principio más me llamó la atención fueron las principales diferencias en el modo en que los pacientes resuelven sus problemas mediante diversas modalidades

de psicoterapia. En este sentido, los más evidentes eran los cambios sutiles que experimentaban los pacientes de EMDR en comparación con las otras modalidades que yo practicaba. Estos cambios incluían rápidas modificaciones en las reacciones emocionales, cambios de perspectiva respecto a lo sucedido en el pasado, cambios cognitivos en el modo en que los pacientes pensaban acerca de sí mismos y de los sucesos vitales que antes les angustiaban, así como cambios en la autoestima y un sentido renovado del yo. En muchos casos, los pacientes resolvían recuerdos traumáticos y síntomas actuales, con los que luchaban desde hacía mucho tiempo, en formas que parecían casi carentes de esfuerzo. Los pacientes informaban de que resolvían experiencias traumáticas o perturbadoras, de modo que estos recuerdos les parecían “indiferentes” o “cosa del pasado”. En cambio, cuando utilizaba las técnicas de terapia cognitivo-conductual (TCC), mis pacientes aprendían nuevas y útiles habilidades, pero seguían sin saber gestionar o afrontar los sucesos abrumadores del pasado. Estas primeras impresiones se han visto corroboradas durante las dos últimas décadas, y puedo afirmar, basándome en mi experiencia personal, que el EMDR aporta ventajas que ofrecen al terapeuta que lo practica una forma de proporcionar un tratamiento eficaz, competente y centrado en el cliente.

Es altamente satisfactorio que el EMDR haya atraído, durante los últimos 21 años, una considerable atención de los investigadores. Desde que Shapiro publicase su seminal prueba controlada aleatorizada (Shapiro, 1989), los informes de muchos otros investigadores no solo han confirmado la eficacia del EMDR para tratar el trastorno de estrés postraumático y otros síndromes relacionados con el trauma, sino también que el EMDR es el tratamiento más eficaz disponible (Bisson y Andres, 2007; Bradley *et al.*, 2005; Davidson y Parker, 2001; Rodenberg *et al.*, en prensa; Siedler y Wagner, 2006; van Etten y Taylor, 1998). Estas investigaciones no han hecho sino corroborar los efectos del tratamiento que he observado en el entorno clínico.

Además, los informes clínicos indican que el EMDR es eficaz para una gama más amplia de problemas clínicos. Los informes procedentes de terapeutas de numerosos países parecen corroborar mis propias observaciones clínicas de que el enfoque del EMDR puede ser útil en una amplia gama de presentaciones clínicas, incluyendo trastornos afectivos y de ansiedad, trastornos somatomorfos, abuso del alcohol y otras sustancias, problemas relacionales y traumas de apego, así como trastornos de la personalidad. También parece ser un complemento muy útil para las terapias familiares y de pareja. Corresponde a la investigación futura validar estas aplicaciones adicionales.

Desde los primeros artículos publicados sobre EMDR, ha habido cierta controversia. Al principio, los críticos en la comunidad TCC argumentaron que el EMDR “no funciona”. A medida que siguieron las investigaciones que demostraban su eficacia, el argumento se transformó en “funciona, pero no es sino otra terapia de exposición”. Este argumento se vio reforzado por las malas interpretaciones de los datos de la investigación o simplemente debido a que fueron completamente ignorados (Perkins y Rouanzoin, 2002; Rogers y Silver, 2002). Además, dado que los críticos han argumentado que los movimientos oculares y otras formas de estimulación bilateral, que son componentes integrales del tratamiento EMDR, son innecesarios, han obviado la investigación que demuestra específicamente la utilidad de los movimientos oculares (Andrade, Kavanagh y Baddeley, 1997; Christman *et al.*, 2003; Christman, Popper y Brown, 2006; Kavanagh *et al.*, 2001). Asimismo, los críticos siguen pasando por alto cuestiones como la mayor eficacia del tratamiento EMDR, que el EMDR es más fácilmente tolerado como tratamiento para traumas psicológicos por pacientes y por terapeutas por igual, y que requiere, por último, unas tareas mínimas –si es que las hay– por parte de los pacientes. Respecto a este último punto, la terapia de exposición exige que los pacientes lleven a cabo varias horas semanales de tareas y, en el caso de que no las lleven a cabo, la eficacia del tratamiento se reduce drásticamente.

En la actualidad, el enfoque EMDR ha sido reconocido internacionalmente como tratamiento efectivo para el trauma por diversas organizaciones profesionales y organismos gubernamentales como, por ejemplo, la American Psychiatric Association (2004), el Department of Defense y el Department of Veterans Affairs (2004), en los Estados Unidos, y el National Institute for Clinical Excellence (2005), en el Reino Unido. Si bien estas conclusiones están basadas en más de 20 ensayos aleatorios controlados, la cuestión de la fidelidad del procedimiento es de especial interés. En su metaanálisis de los estudios publicados sobre los resultados del tratamiento, Maxfield y Hyer (2002) demuestran que los investigadores del EMDR que ajustaron sus investigaciones en mayor medida al modelo EMDR obtuvieron mejores resultados de tratamiento. Esto subraya la importancia que tiene la adhesión para los terapeutas. De ese modo, cuanto más respeten los terapeutas EMDR los procedimientos y protocolos de tratamiento, mejor será la calidad de los resultados que se obtengan en entornos clínicos.

Durante las últimas dos décadas, el EMDR ha ido evolucionando a partir de un único método de tratamiento para el trastorno de estrés postraumático y otros trastornos relacionados con el trauma hasta convertirse en un abordaje psicoterapéutico comprehensivo. Como enfoque psicoterapéutico, el EMDR sigue el modelo del procesamiento adaptativo de la información (AIP). El AIP no sitúa el foco central en la manipulación de los síntomas –tales como el comportamiento, el afecto o la cognición disfuncional–, sino en los recuerdos subyacentes que son, de hecho, el origen de la patología. Es gracias a esta nueva óptica que el clínico puede acceder a los objetivos adecuados y asistir al cliente en el procesamiento de los recuerdos perturbadores para su resolución adaptativa y, a continuación, incorporar las redes de recuerdos positivos imprescindibles para un tratamiento comprehensivo. Puesto que el profundo conocimiento de este modelo es lo que guía la práctica del EMDR, la supervisión/proceso de consulta es

uno de los recursos más útiles para los clínicos recién formados. No solo resulta útil en el aprendizaje del enfoque EMDR, sino que también es extremadamente provechoso para ayudar a los terapeutas EMDR recién formados a integrar el EMDR en sus procedimientos habituales para implementar la psicoterapia. Felizmente, nuestras dos autoras, Liz Royle y Catherine Kerr, son psicoterapeutas experimentadas en el Reino Unido, que no solo conocen muy bien cómo administrar el tratamiento EMDR en una amplia gama de presentaciones clínicas, sino que también cuentan con años de experiencia proporcionando supervisión/consulta a clínicos entrenados en EMDR.

Este libro es el fruto de su experiencia a lo largo de este proceso de supervisión/consulta. Las autoras proporcionan a los terapeutas un claro y conciso texto clínico que contiene comprensiones y estrategias prácticas para navegar los “pros y contras” en el desarrollo de sus habilidades EMDR. Las autoras han organizado el texto de manera que cada capítulo aborda las fases específicas del modelo EMDR y del modelo AIP. Los capítulos siguen casos clínicos particulares y ofrecen sugerencias en cuanto a lo que puede ser más eficaz y precauciones acerca de lo que debe evitarse. Las autoras ofrecen su comprensión sobre algunos de los malentendidos y errores fundamentales en los que incurren los nuevos clínicos EMDR y también esclarecen lo que puede ser de mayor utilidad para conseguir que las sesiones de reprocesamiento de los recuerdos discurran más adecuadamente. El objetivo es que los terapeutas EMDR recién formados integren el EMDR desde el punto de vista conceptual y de procedimiento con el resto de sus años de experiencia e intuición clínica. Este libro es un complemento excelente al entrenamiento formal en EMDR, así como al texto clínico de Shapiro (Shapiro, 2001).

Para concluir, cuando discuto el EMDR con mis colegas, constatamos que, si bien cada uno de nosotros puede integrar el modelo EMDR/AIP con nuestros anteriores antecedentes teóricos, también percibimos los cambios clínicos de manera diferente.

Por ejemplo, mis colegas EMDR con formación psicodinámica suelen subrayar el proceso “acelerado de asociación libre”, mientras que los clínicos EMDR con un entrenamiento en TCC se fijan más en los cambios en el comportamiento aprendido y la reestructuración cognitiva. Sin embargo, todos nos atenemos al modelo de tratamiento EMDR/AIP, que explica no solo los efectos del tratamiento EMDR, sino también los fenómenos clínicos observables según cada una de nuestras diferentes orientaciones.

Durante mis muchos años de enseñanza del EMDR, he observado que, a medida que los terapeutas van obteniendo una mayor comprensión del modelo AIP y desarrollan mayor confianza en sus habilidades EMDR, constatan que, en su trabajo clínico, dependen cada vez más ampliamente de este enfoque. Además, estos terapeutas parecen encontrar mayor satisfacción y más entusiasmo en su trabajo. Su entusiasmo creciente no es sino el reflejo de los cambios clínicos que observan diariamente con sus clientes.

Este libro es un recurso inestimable para profesionales que recién han concluido su formación en EMDR, así como para aquellos, con más experiencia, que deseen mejorar sus conocimientos y su comprensión de este notable enfoque psicoterapéutico.

Gerald Puk, PhD
Approved Trainer de EMDR Europa
Approved Trainer de EMDRIA

Referencias

- American Psychiatric Association. (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.
- Andrade, J., Kavanagh, D. y Baddeley, A. (1997). "Eye-movements and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder", *British Journal of Clinical Psychology*, 36, págs. 209-223.
- Bisson, J. y Andrew, M. (2007). "Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)", *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007*, Número 3. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. y Westen, D. (2005). "A multi-dimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD", *American Journal of Psychiatry*, 162, págs. 214-227.
- Christman, S.D., Garvey, K.J., Propper, R.E. y Phaneuf, K.A. (2003). "Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories", *Neuropsychology*, 17, págs. 221-229.
- Christman, S.D., Propper, R.E. y Brown, T.J. (2006). "Increased inter-hemispheric interaction is associated with earlier offset of childhood amnesia", *Neuropsychology*, 20, págs. 336-345.
- Davidson, P.R. y Parker, K.C.H. (2001). "Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, págs. 305-316.
- Department of Veterans Affairs and Department of Defense. (2004). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress*. Washington, D.C.
- Kavanagh, D.J., Freese, S., Andrade, J. y May, J. (2001). "Effects of visuo-spatial tasks on desensitization to emotive memories", *British Journal of Clinical Psychology*, 40, págs. 267-280.
- Maxfield, L. y Hyer, L.A. (2002). "The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD", *Journal of Clinical Psychology*, 58, págs. 23-41.
- National Institute for Clinical Excellence. (2005). *Post traumatic stress disorder (PTSD): The management of adults and children in primary and secondary care*. Londres: NICE Guidelines.

- Perkins, B.R. y Rouanzoin, C.C. (2002). "A critical evaluation of current views regarding eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clarifying points of confusion", *Journal of Clinical Psychology*, 58, págs. 77-97.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A.M. y Stams, G.J. (en prensa). "Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis", *Clinical Psychology Review*.
- Rogers, S. y Silver, S.M. (2002). "Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols", *Journal of Clinical Psychology*, 58, págs. 43-59.
- Seidler, G.H. y Wagner, F.E. (2006). "Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study", *Psychological Medicine*, 36, págs. 1515-1522.
- Shapiro, F. (1989). "Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories", *Journal of Traumatic Stress*, 2, págs. 199-223.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2ª ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Van Etten, M.L. y Taylor, S. (1998). "Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis", *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5, págs. 126-144.

Prefacio: Asumir la responsabilidad

No aprendas los trucos del oficio; aprende el oficio.

—Anónimo

La idea de este libro surgió a consecuencia de las largas conversaciones mantenidas entre las autoras acerca de las dificultades que afrontan los nuevos terapeutas que terminan un curso de formación en EMDR. Como supervisoras clínicas de terapeutas EMDR inexpertos, las autoras debían responder siempre a las mismas preguntas y problemas. De manera parecida a cuando aprobamos el examen para el carnet de conducir, el verdadero aprendizaje comienza una vez que hemos superado la formación básica y tratamos de integrar los protocolos en nuestra práctica real.

Este libro no está destinado a sustituir el texto autorizado y de lectura obligatoria para los terapeutas EMDR, *Eye Movement Desentization and Reprocessing: Basic Principles, Protocoles, and Procedures*, de Francine Shapiro, y tampoco es un manual de formación. Es, más bien, una guía útil y práctica, basada en la experiencia clínica del protocolo estándar del EMDR, que abarca las dificultades y desafíos comunes que los nuevos practicantes de EMDR presentan en la supervisión. Tres son los objetivos principales de este

libro. En primer lugar, hay temas muy claros que surgen en esta temprana etapa de aprendizaje, y el libro se propone abordarlos con un enfoque simple y comprensible. Esta simplificación no va, sin embargo, en detrimento de la exactitud del asesoramiento y la orientación ofrecida. Utilizando ejemplos prácticos, el texto muestra los errores más comunes y las estrategias a adoptar para la prevención de muchos de ellos.

En segundo lugar, ambas autoras reconocen la falta de confianza que, cuando empiezan, manifiestan muchos principiantes. Debido a que el EMDR puede ser una terapia muy poderosa –y esto es algo que se subraya muy acertadamente en el curso de formación– puede hacer que los terapeutas no utilicen sus nuevas habilidades, o bien provoque que renuncien a ellas cuando se presentan los primeros contratiempos, lo cual supone que los clientes que más se beneficiarían del EMDR no sean capaces de acceder a este tipo de apoyo. Los cursos acreditados de formación EMDR tienen un carácter intensivo y, en ellos, participan muchas personas de diversas procedencias terapéuticas. Los nuevos practicantes a menudo se sienten aislados. En cada capítulo se incluyen las preguntas que más se plantean, que suelen ser aquellas que no se plantearon durante la formación, o bien que han surgido desde entonces.

En tercer lugar, un número cada vez mayor de terapeutas se limitan a leer simplemente algún libro o protocolo EMDR, o a ver descripciones de EMDR en Internet, e intentan duplicar esta terapia altamente eficaz. Como terapeutas practicantes de EMDR, las autoras escuchan “historias terribles” relativas al uso indebido del EMDR, que tienen el potencial de poner en peligro a los clientes, y esto es algo que se proponen rectificar de manera decidida. Asumiendo que los terapeutas tengan las mejores intenciones, las autoras consideraron cómo un libro de “fácil lectura” debería abordar este tipo de problemas. Mediante la inclusión de un apartado titulado “Hagas lo que hagas, no hagas esto”, el libro pretende orientar a los terapeutas hacia una forma más

segura de trabajar, al tiempo que les anima a acceder a la formación acreditada y las consultas relativas a su práctica. Este libro no pretende sustituir a la supervisión clínica apropiada, sino que recomienda a sus lectores que accedan a consultas específicas sobre EMDR con clínicos cualificados.

Para ilustrar los puntos clave del aprendizaje, las autoras proporcionan numerosos ejemplos. Muchos de ellos son casos compuestos, mientras que otros se presentan aquí con el permiso correspondiente del cliente o la persona supervisada. En estos últimos, los detalles identificadores han sido modificados. La completación del protocolo de ocho fases se ilustra mediante casos de estudio compuestos, que muestran la práctica EMDR de principio a fin. El protocolo estándar del EMDR se enfoca en resolver los sucesos angustiosos de la vida, los cuales pueden abarcar desde un gran evento traumático, como un desastre natural, o un trauma comparativamente menor, tal como la crítica parental durante la infancia. El libro también incluye una serie de recursos procedentes de otras áreas terapéuticas, que pueden apoyar la integración del protocolo estándar del EMDR en la práctica clínica de los lectores.

Teniendo en cuenta los diferentes niveles de experiencia y antecedentes teóricos de los profesionales, el alcance del libro está limitado a la práctica del EMDR con adultos, y su objetivo no es tanto cubrir el tratamiento hospitalario como la consulta. Por otro lado, el EMDR para niños es un área especializada en el campo del EMDR, y las autoras no intentan abordar esta cuestión. Aunque este no es un libro sobre el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el EMDR es uno de los enfoques psicoterapéuticos recomendados para tratar este tipo de trastorno. Por consiguiente, este es el tema principal en el que se centra el presente volumen.

Podemos utilizar el libro para abordar un tema concreto, o leerlo de principio a fin. El EMDR no es un modelo lineal. A veces, cuando las cosas no salen como habíamos planeado, necesitamos

revisar nuestros fundamentos, volver a las fases anteriores y replantear nuestra conceptualización de casos EMDR. Cuando sentimos como si nos estuviéramos golpeando la cabeza contra un muro, por lo general es aconsejable detenerse, dar un paso atrás y observar el panorama general.

El EMDR es una poderosa terapia basada en la evidencia que, utilizada con el debido cuidado, puede transformar a la persona.

Referencia

Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2ª ed.). Nueva York/Londres: Guilford Press.

1 ¿Quién se sienta ante nosotros?

La fase 1 del protocolo estándar del *reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares* (EMDR) es la recopilación de la historia clínica. Es importante determinar si resulta apropiado seleccionar al cliente para el EMDR. Aun cuando el problema que presente parezca adecuado para este tipo de tratamiento, el cliente puede no serlo y, en consecuencia, debe llevarse a cabo un examen completo de las precauciones a tener en cuenta. Una vez que se considera apto para el EMDR, debemos conceptualizar el plan de tratamiento, recopilando la historia completa para establecer el origen de los problemas actuales. Muchos clientes acuden específicamente al EMDR, mientras que en otros casos la adecuación del EMDR como tratamiento primario se tornará evidente durante la elaboración de la historia. Puede ser fácil quedarse atrapado en la “técnica” del EMDR y sumergirse directamente en la desensibilización, pero el EMDR no es diferente de cualquier otro enfoque terapéutico en el sentido de que, antes de proceder, requiere que se cumplan ciertos requisitos.