

Andrew M. Leeds

# Guía de protocolos estándar de **EMDR**

para terapeutas, supervisores  
y consultores

2<sup>a</sup>  
EDICIÓN

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

ANDREW M. LEEDS, Ph.D

# **GUÍA DE PROTOCOLOS ESTÁNDAR DE EMDR**

**Para terapeutas, supervisores y consultores**

**2<sup>a</sup> edición**

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA  
DESCLÉE DE BROUWER**

# Índice

---

Acerca del autor .....	11
Prefacio .....	13
Agradecimientos .....	15
Introducción .....	17

## **PARTE I**

### **Marco de trabajo conceptual para entender el EMDR**

1. Historia y evolución del EMDR. ....	23
2. El modelo del procesamiento adaptativo de la información. .	51
3. Resumen del modelo estándar de ocho fases de EMDR y del protocolo de las tres vertientes. ....	85

**PARTE II****Conceptualización de casos, planificación del tratamiento y preparación de los pacientes para el reprocesamiento con EMDR**

- |  |     |
|--|-----|
| 4. Conceptualización de casos y planificación del tratamiento. . . . . | 109 |
| 5. Evaluar la idoneidad para el reprocesamiento. . . . .               | 151 |
| 6. La fase de preparación. . . . .                                     | 177 |

**PARTE III****Fases tres a ocho del protocolo estándar para TEPT con las fases del procedimiento estándares para reprocesamiento con EMDR**

- |   |     |
|---|-----|
| 7. La fase de evaluación. . . . .   | 229 |
| 8. La fase de desensibilización: técnicas básicas . . . . .                                   | 253 |
| 9. Mantener y restaurar el reprocesamiento efectivo en la fase de desensibilización . . . . . | 265 |
| 10. Las fases de instalación, exploración corporal y cierre . . . . .                         | 311 |
| 11. La fase de reevaluación y finalizar el plan de tratamiento . . . . .                      | 325 |
| 12. Casos ilustrativos del tratamiento con EMDR del TEPT. . . . .                             | 355 |

**PARTE IV****EMDR estándar avalado por la investigación**

- |  |     |
|--|-----|
| 13. Tratar la fobia específica . . . . .   | 387 |
| 14. Tratar el trastorno de pánico. . . . .                                       | 417 |
| 15. Casos ilustrativos del tratamiento con EMDR del trastorno de pánico. . . . . | 467 |

**PARTE V**  
**Desarrollo profesional**

16. Desarrollo profesional en la aplicación clínica . . . . . 507
17. Supervisión y consulta sobre el tratamiento con EMDR. . . . . 521

**PARTE VI**  
**Listas de comprobación de fidelidad, formularios y recursos**

- Anexo A - Listas de comprobación de fidelidad . . . . . 577
- Anexo B - Guiones de procedimiento y formularios para  
planificar y documentar el tratamiento EMDR . . . . . 591
- Anexo C - Recursos . . . . . 611
- Anexo D - Glosario . . . . . 619
- Bibliografía . . . . . 623
- Índice analítico . . . . . 661

## Acerca del autor

---

**Andrew M. Leeds, PhD**, de California, es psicólogo, terapeuta familiar y de pareja con 34 años de experiencia en la práctica privada de psicoterapia. Su consulta se encuentra en Santa Rosa, California, Estados Unidos.

El Dr. Leeds obtuvo la Licenciatura en Psicología con honores en 1972 por la Universidad de California, en Santa Cruz, Estados Unidos, y una Licenciatura en Psicología Clínica en 1974 por el Goddard College, además de un Doctorado en Psicología Clínica en 1983 por el International College.

Tras empezar formándose en psicoterapias Gestalt y Somática, el Dr. Leeds realizó prácticas de 2 años como coordinador de un programa de tratamiento para casos de abuso de consumo de alcohol en Santa Cruz y obtuvo su Licencia como terapeuta familiar y de pareja antes de obtener su Doctorado. Durante su programa de Doctorado estudió terapia cognitivo-conductual, hipnosis ericksoniana y psicología del self.

El Dr. Leeds participó en el primer curso de EMDR en 1991, y ese mismo año se convirtió en supervisor de formación de EMDR. Desde 1993 es formador de EMDR y ha dirigido cursos de EMDR para 15.000 terapeutas en 140 programas educativos en Estados Unidos, Canadá, Francia, Inglaterra y Japón.

También ha presentado ponencias sobre EMDR en conferencias regionales, nacionales e internacionales. Es autor de un libro, y ha escrito capítulos para libros y varios artículos sobre EMDR. Participó durante 2 años en el Comité de formación y estándares de la Asociación EMDR Internacional (EMDRIA) y durante 3 años como miembro electo de la Junta Directiva de EMDRIA. En la actualidad es miembro del Consejo Asesor Editorial del *Journal of EMDR Practice and Research* y Consultor reconocido por EMDRIA para la supervisión de terapeutas de EMDR de todo el mundo.

El Dr. Leeds ha contribuido a la evolución del método EMDR al articular, publicar y enseñar la técnica EMDR que él mismo ha denominado *Desarrollo e Instalación de Recursos* (DIR). En 1999 recibía un premio de EMDRIA por la innovación creativa en el desarrollo de EMDR y el Premio Ronald A. Martínez, PhD Memorial Award.

## Prefacio

### *Mi desarrollo personal con EMDR*

---

Cada libro tiene su principio y éste empezó cuando finalicé las dos primeras partes del curso de formación básica de EMDR en 1991. Fueron varias las experiencias positivas tempranas al aplicar EMDR en mi práctica privada las que me dieron una mayor confianza en este método. A finales de 1991 empecé a trabajar como supervisor de formación para la parte práctica de los cursos de EMDR. Esa oportunidad de supervisar la práctica clínica de EMDR en los cursos hizo que mi comprensión del método fuera más profunda, tanto desde un punto de vista conceptual como de procedimiento. De hecho, observé una cantidad increíble de desviaciones tanto comunes como raras de los procedimientos EMDR estándar. La necesidad de tener que encontrar las palabras justas para aclarar no solo las técnicas EMDR estándar sino también para poder ofrecer un fundamento a partir de un modelo teórico reforzó mis capacidades educativas y mi comprensión conceptual del método EMDR.

En 1993 empecé a dirigir cursos de EMDR en Estados Unidos y en Canadá, para más tarde hacerlo en Europa y Japón. Más tarde, en 2008 dirigí cursos básicos de EMDR para más de 15.000 terapeutas y debo decir que ha sido una experiencia extraordinariamente positiva. Con la ayuda de A. J. Popky, entre 1996 y 2000, fui moderador fundador de un



foro de debate sobre EMDR por correo electrónico. Leí más de 15.000 correos de terapeutas con formación en EMDR de todo el mundo y envié más de 2.500 respuestas sobre temas como técnicas de EMDR estándar, planificación del tratamiento y la cantidad cada vez mayor de literatura sobre EMDR. De 2001 a 2003, trabajé para el Comité de formación y estándares de EMDRIA y de 2003 a 2005 fui miembro electo de la Junta Directiva de EMDRIA. Desde 2003 compilo un resumen de estudios de EMDR recientemente publicados que aparece en el número trimestral del *EMDRIA Newsletter*. Todos estos años al servicio de la comunidad EMDR y con EMDRIA han sido fundamentales para reforzar mi comprensión del método EMDR.

A pesar de sentirme profundamente en deuda con todos los colegas que me han ayudado a evolucionar en mis conocimientos en materia de EMDR, me responsabilizo por cualquier fallo, omisión o demás deficiencias que esta obra pudiera tener.

# Introducción

---

El objetivo de este libro es ofrecer una guía fácil de los protocolos estándar de EMDR avalados por la investigación para estudiantes universitarios, terapeutas, consultores, supervisores, instructores e investigadores. De hecho, pretende complementar los siguientes requisitos para todos los terapeutas EMDR: una lectura exhaustiva de la obra de Francine Shapiro (2004) *–EMDR, Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*; un curso básico de EMDR aprobado por EMDRIA y una supervisión sobre la utilización de EMDR de la mano de un consultor aprobado por EMDRIA.

Desde la publicación de la primera edición del texto original de Francine Shapiro en 1995 y la fundación de la Asociación Internacional de EMDR (EMDRIA), el rol de supervisión de la utilización de EMDR ha aumentado, llegando a convertirse en algo necesario tanto en la formación básica de EMDR como en el programa de certificación de la EMDRIA, aunque se haya publicado poco para ofrecer una pauta sobre el proceso supervisor para terapeutas formados en EMDR y consultores. El papel del EMDR es cada vez mayor en programas de tratamiento organizados de escuelas y universidades, agencias sin ánimo de lucro y centros públicos de salud mental en los que los supervisores clínicos necesitan maneras de documentar la planificación, el proceso y los

resultados del tratamiento con EMDR. Este libro aporta una orientación para todas esas cuestiones, además de formularios que ofrecen un punto de partida para la documentación del proceso clínico con EMDR.

## **Planificación de este libro**

En la planificación de esta guía de los protocolos estándar de EMDR hubo que tomar decisiones a la hora de seleccionar qué áreas de aplicación incluir y cuáles excluir. Se tomaron en consideración varios factores, como el grado y la naturaleza de las pruebas de validación empírica, la congruencia con principios de tratamiento bien aceptados en la literatura comportamental, el contenido necesario para un curso básico de EMDR aprobado por EMDRIA y la necesidad de mantener una extensión factible para el manual. Asimismo se omitieron una cantidad significativa de técnicas de EMDR y de protocolos para aplicaciones clínicas adicionales que parecían prometedores pero que no cumplían con algunos de esos criterios.

En la Sección I se aborda el marco de trabajo conceptual para entender el EMDR, incluida su historia y su evolución en el capítulo 1, el modelo de procesamiento adaptativo de la información en el capítulo 2, y un resumen del modelo de ocho fases estándar de EMDR y del protocolo de las tres vertientes en el capítulo 3. Los tres capítulos de la sección II se dedican a la conceptualización de casos, a la planificación del tratamiento y a la preparación de los pacientes para el reprocesamiento con EMDR.

La Sección III, con seis capítulos en total, cubre de la fase tres a la fase ocho del protocolo estándar para el trastorno por estrés postraumático (TEPT). El protocolo EMDR estándar para el TEPT puede aplicarse con la misma eficacia a pacientes que cumplen criterios parciales para TEPT y cuyos síntomas se desarrollan tras una serie de acontecimientos vitales adversos que no se corresponden con el criterio A (American Psychiatric Association [APA], 1995; Mol et al., 2005; Wilson, Becker y Tinker, 1997). Estas fases del procedimiento y el protocolo estándar para el TEPT corresponden a pacientes con disociación estructural primaria (van der Hart, 2007), que siempre está presente en algún grado en dicho trastorno. Los pacientes con disociación

estructural secundaria –incluidos aquéllos como TEPT complejo, trastorno límite de la personalidad o trastorno disociativo no especificado– o con disociación estructural terciaria –trastorno de identidad disociativa– necesitarán intervenciones adicionales y un plan de tratamiento más complejo que no queda cubierto en este volumen.

La sección IV aborda la aplicación del EMDR a enfermedades distintas del TEPT, con capítulos dedicados a fobias específicas y al trastorno de pánico. Cabe destacar que el protocolo estándar de EMDR para TEPT puede aplicarse a pacientes que sufren de abuso de sustancias comórbido tras lograr una estabilización suficiente –como se describe en el capítulo 6– y cuando la conceptualización del caso sea que el abuso de sustancias es secundario al TEPT. En casos en los que el abuso de sustancias parece ser el trastorno primario –es decir, cuando empezó primero– y el TEPT parece secundario, alternar enfoques de EMDR puede resultar más adecuado ya que el foco de atención inicial tiene que ser el tratamiento del abuso de sustancias en sí. El protocolo DeTUR (siglas en inglés de desensibilización de detonantes y reprocesamiento de impulsos) (Popky, 2005; Vogelmann-Sine, Sine, Smyth y Popky, 1998) sigue siendo el enfoque de EMDR más prometedor para el tratamiento de casos de abuso primario de sustancias, pero la investigación sobre DeTUR y otros enfoques para la aplicación de EMDR al abuso de sustancias (Brown y Gilman, 2007; Brown, Gilman y Kelso, 2008; Hase, Schallmayer y Sack, 2008) todavía se encuentra en un estadio demasiado prematuro para incluirlo en esta guía.

La sección V aborda cuestiones de desarrollo profesional en EMDR a medida que los terapeutas avanzan en la formación básica de EMDR y son supervisados en su aplicación clínica del mismo. Los tres anexos presentan secciones con listas de verificación de fidelidad, formularios y recursos a los que se hace referencia a lo largo del libro.

## **El camino hacia la excelencia**

Tras muchos años de organizar cursos de EMDR a veces me sorprende que algunos terapeutas regresen para cursar la siguiente fase de su formación meses o incluso años más tarde y que confiesen haber utilizado el EMDR muy poco o en absoluto. Mientras fui miembro de

la Junta Directiva de EMDRIA avalé políticas –que posteriormente se implementaron– para exigir la inclusión de supervisión de la utilización clínica real del EMDR por parte de los estudiantes en prácticas dentro de su formación básica en EMDR. Como formador, también he buscado formas de motivar y animar a los participantes a los cursos para que empiecen pronto y que persistan en su práctica del EMDR. Durante mi experiencia como profesor en Japón desarrollé la siguiente metáfora para el proceso de aprendizaje del método EMDR. Si alguna vez ha visto a un aprendiz de alfarero y a uno experimentado, cada uno de ellos trabajando con arcilla y un torno y tirando la pieza de barro, quizás haya visto lo que intento transmitir con esta guía: *el EMDR, cuando se hace bien, parece sencilla pero no es fácil*.

El estudiante aprieta la arcilla pero introduce burbujas de aire. Cuando se introduce en el horno, la pieza hecha con esa arcilla explota. El estudiante lucha por centrar el barro. Sin embargo, éste resbala y cae del torno. Entonces el estudiante se frustra y pierde la capacidad de concentración. Cuando aprende a centrar, no puede controlar el grosor de la pieza, que se rompe por uno de los lados y debe desecharse, o es demasiado gruesa y no queda bien.

El alfarero experimentado aprieta la arcilla al tiempo que evita que se formen burbujas de aire; centra el barro con firmeza sobre el torno y a continuación eleva los laterales, afinándolos uniformemente al tiempo que mantiene la estabilidad y la estética de las formas. En un momento, haciendo solamente movimientos sencillos, la pieza está hecha.

Parece sencillo pero no es fácil. ¿Cómo acaba el estudiante por dominar la técnica?

Con práctica y más práctica. Lo más importante del aprendizaje es la voluntad de permitir a los que tienen más experiencia observar y comentar el trabajo de uno mismo. Sólo si estamos dispuestos a revelar nuestros propios errores, si aceptamos comentarios y trabajamos juntos podremos dar con la simplicidad que lleva a unos resultados bonitos y duraderos. El progreso científico, las personas a las que consultamos, nuestros alumnos y, más importante todavía, nuestros pacientes se lo merecen.

# I Marco de trabajo conceptual para entender el EMDR

---

*Las leyes y hechos fundamentales más importantes de la física ya se han descubierto y están tan establecidos que la posibilidad de que sean complementados como consecuencia de nuevos descubrimientos es sumamente remota.*

Abraham Albert Michelson, 1903

*Cuanto más original es un descubrimiento, más obvio parece después.*

Arthur Koestler

*La capacidad de observar una cosa depende de la teoría que se utilice.  
La teoría es la que decide lo que puede observarse.*

Albert Einstein, 1926

# 1

## Historia y evolución del EMDR

---

### **Teoría y tratamiento contemporáneos de los síndromes de estrés postraumático**

A diferencia de otras psicoterapias del siglo XX, la desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento ocular (EMDR) no se originó a partir de una perspectiva teórica particular sino desde observaciones empíricas directas (Shapiro, 2004). Sin embargo, otros enfoques y sus teorías influyeron claramente en la evolución del EMDR y su marco de trabajo teórico a lo largo de cuatro periodos principales desde (a) una simple técnica (movimientos de los ojos), a (b) un procedimiento inicial (EMD), a (c) un protocolo (EMDR) para el tratamiento de una enfermedad (trastorno por estrés postraumático [TEPT]), a (d) una aproximación general de tratamiento. Aunque el EMDR tuviera un origen más empírico que teórico, entender su marco de trabajo teórico, conocido como modelo de procesamiento adaptativo de la información (Shapiro, 2004), es fundamental para la correcta aplicación clínica del EMDR. Ese modelo guía la conceptualización de los casos, informa de la planificación del tratamiento, avala la resolución de puntos muertos en clínica y predice los resultados clínicos y las posibles nuevas aplicaciones.

En la Sección I se presenta el marco de trabajo conceptual para entender qué es el EMDR. El Capítulo 1 empieza con una revisión de aspectos seleccionados de los cuatro modelos que históricamente han avalado más directamente la comprensión de la evolución del EMDR. Se trata de hipnosis, psicodinámico, conductual y cognitivo-conductual. Puede consultarse un resumen de esos modelos y de su base científica como tratamiento para el TEPT en *Tratamiento del estrés postraumático* (Foa, Keane y Friedman, 2004; Foa, Keane, Friedman y Cohen, 2009). Tras revisar los cuatro modelos se resume la historia de la evolución del EMDR y a continuación, en el capítulo 2, se presenta el modelo de procesamiento adaptativo de la información seguido de un resumen de las principales propuestas para explicar los efectos del tratamiento con EMDR.

## Hipnosis

La historia de la psicoterapia de los últimos 125 años empieza con el uso de la hipnosis (Whalen y Nash, 1996) por parte de Charcot, Janet, Breuer, Freud y Prince (entre otros). Por sus tempranas raíces en la psicoterapia, la hipnosis fue estrechamente asociada con la búsqueda de entender y tratar la relación entre los traumas y la disociación (van der Kolk y van der Hart, 1989; Cardeña, Maldonado, van der Hart y Spiegel, 2003). A su vez, los comienzos y la evolución del EMDR se han implicado mucho en la búsqueda por entender y tratar la relación entre los traumas y la disociación (Fine et al., 2004; Lazrove y Fine, 1996; Nicosia, 1994; Paulsen, 1995).

Los modelos de hipnosis del siglo XX estuvieron muy influenciados por Milton Erickson (Lankton, 1987; Rossi, 1980a, 1980b). La hipnosis ha aportado conceptos clave relevantes para la teoría y la práctica del EMDR. *Relación (rapport en inglés)* se refiere a las cualidades de confianza, conexión y contingencia (Siegel, 2007) necesarias en la relación entre la persona que está siendo hipnotizada y el hipnotizador (Frederick y McNeal, 1999). *Marco de referencia (frame of reference)* y *limitación de la atención (narrowing of attention)* hacen referencia a fenómenos centrales de las respuestas hipnóticas que llevan a alternancias en la percepción del entorno y del cuerpo. *La sugestionabilidad hipnótica (hypnotic suggestibility)* varía mucho de un individuo a otro. La exis-



tencia o no de un estado de conciencia alterado y consistente (cuantificable) producido por la hipnosis sigue siendo tema de debate (Kirsch y Lynn, 1995). De hecho, las pruebas preliminares (Nicosia, 1995) sugerían que el uso de técnicas de EMDR estándar –descritas por Shapiro (2004) y en esta obra– no inducen un estado alterado del cerebro similar a las ondas cerebrales identificadas en la hipnosis. Desde un punto de vista de procedimiento, los fenómenos y sugerencias hipnóticos no son elementos centrales de los principales efectos del tratamiento con EMDR (Barrowcliff, Gray y MacCulloch, 2002; MacCulloch y Feldman, 1996). Se ha averiguado también que no existe correlación entre la sugestión y las respuestas al tratamiento con EMDR (Hekmat, Groth y Rogers, 1994). Si bien el trance formal y la sugestión no son elementos centrales del tratamiento con EMDR, principios ericksonianos como *utilización*, *métodos naturalistas* y *metáfora* desempeñan un papel importante en la “fase de preparación” y en algunas de las estrategias para trabajar mediante *reprocesamiento no efectivo*. A diferencia de modelos anteriores de hipnosis basados en la sugestión impuesta, Milton Erickson era *interactivo* y *receptivo*, obtenía información y *utilizaba* la experiencia y los síntomas únicos de cada paciente como origen para soluciones. En esos mismos principios se basa la utilización de estrategias naturalistas en *interconexiones* (Shapiro, 2004) para ayudar a los pacientes a reprocesar un malestar emocional intenso y para potenciar la síntesis entre las redes de recuerdos adaptativos y no adaptativos.

### **Aproximaciones psicodinámicas**

Los enfoques psicodinámicos del tratamiento del TEPT tienen un largo historial, con variedad de aproximaciones y un abanico de construcciones que se han ido desarrollando. De los varios conceptos y principios que encontramos en los enfoques psicodinámicos, varios resultan relevantes para entender las similitudes y las diferencias entre enfoques psicodinámicos y EMDR. Freud (2001) describía los acontecimientos traumáticos como elementos que infringen una *barrera de estímulos* y que llevan a una *compulsión de repetición* en la que los periodos de reexperimentación intrusiva se alternan con los de evitación. Inicialmente Freud exploró el uso estructurado de la

hipnosis promovido por Charcot y Janet (van der Hart y Friedman, 1989) y defendido por su mentor Breuer (Breuer y Freud, 2001). El enfoque de éstos se centraba en utilizar la hipnosis para ayudar a reforzar las capacidades del paciente para funcionar y, a continuación, desarrollar una comprensión narrativa de los acontecimientos traumáticos. Por motivos que se escapan al alcance de este resumen, Freud se alejaba literalmente de sus pacientes y pasaba a la técnica de *asociación libre*, en la que les pedía que hablaran de sus preocupaciones sin pauta directiva mientras él adoptaba una posición de *neutralidad*. Este cambio de técnica tenía lugar en paralelo con un cambio de enfoque, que pasó de centrarse en desarrollar una comprensión narrativa de los hechos traumáticos a una exploración del significado intrapsíquico (con fines defensivos) de los síntomas del paciente. Las sesiones frecuentes y una participación mínima por parte del terapeuta servían para aumentar la intensidad de la relación terapéutica. (Sobre los efectos de la ausencia de respuesta contingente en la ansiedad, véase Siegel [2007]). Eso también potenció la *proyección de material de transferencia*, considerado como representativo de los *conflictos intrapsíquicos* no resueltos del paciente. La interpretación del significado defensivo de síntomas, lapsus verbales y de memoria, y del material de transferencia proyectado se convirtió en la principal intervención activa.

Durante la evolución del EMD a EMDR (Shapiro, 1991a), Shapiro incorporó el principio de *asociación libre* y se alejó todavía más del *modelo de exposición prolongada*. Sin embargo, por lo general la *interpretación* se evita explícitamente en el modelo EMDR estándar. Más que la mera neutralidad, en EMDR se enfatiza la respuesta al proceso del paciente. Si bien se reconocen la transferencia y la contratransferencia, cuando la primera surge durante el reprocesamiento, se suele tratar convirtiéndola en el centro de los próximos reprocesamientos, sin interpretaciones ni comentarios explícitos. A menudo surgen espontáneamente recuerdos personales origen de material de transferencia proyectado durante el reprocesamiento en las sesiones de tratamiento con EMDR. De no ser así, los terapeutas EMDR pueden animar activamente al paciente a que explore asociaciones con sus recuerdos personales durante momentos adicionales de *estimulación bilateral* mediante vínculos afectivos, somáticos y cognitivos.