

desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) – eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR)

Authored by
memjavad

February 26, 2026

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2026). *desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) – eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR)*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=9332>

Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)

Campos Disciplinarios Primarios: [Psicología Clínica](#), [Psicotraumatología](#), Psicoterapia Cognitivo-Conductual.

Proponentes: [Francine Shapiro](#).

1. Principios Fundamentales del Modelo de Procesamiento Adaptativo de Información

La terapia de **Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)** se fundamenta en el modelo de **Procesamiento Adaptativo de Información (PAI)**. Este modelo teórico postula que el sistema humano de procesamiento de información está intrínsecamente orientado hacia la salud mental y la resolución de conflictos, de manera análoga a cómo el cuerpo físico sana una herida. Según esta premisa, las experiencias traumáticas o perturbadoras pueden quedar "bloqueadas" en el sistema nervioso en su forma original, incluyendo las imágenes, sonidos, pensamientos y sensaciones físicas que se experimentaron en el momento del evento. Al no ser procesadas adecuadamente, estas memorias disfuncionales se activan ante estímulos presentes, causando los síntomas característicos del trauma.

El núcleo de la teoría **PAI** sugiere que el **EMDR** no solo trata los síntomas, sino que facilita el acceso a la red de memoria donde se encuentra almacenado el trauma para que el procesamiento natural pueda completarse. Durante las sesiones, se busca que la información perturbadora se vincule con redes de memoria más adaptativas y funcionales. Esto permite que el individuo aprenda de la experiencia, la integre en su narrativa vital y descarte las respuestas emocionales y fisiológicas negativas que ya no son útiles. La **estimulación bilateral**, componente distintivo de esta terapia, actúa como un catalizador que potencia esta conexión interhemisférica y el procesamiento de datos.

En el marco del **PAI**, se considera que la psicopatología es el resultado de recuerdos almacenados de forma no adaptativa. Por lo tanto, el objetivo primordial no es simplemente hablar sobre el trauma, sino transformar la estructura misma de la memoria. Al lograr esta transformación, las percepciones del paciente cambian de manera espontánea; por ejemplo, una creencia de "soy culpable" puede transformarse en "hice lo mejor que pude en esa situación". Este cambio no es solo cognitivo, sino que se manifiesta en una reducción drástica de la **activación fisiológica** y una sensación de resolución emocional profunda.

2. Evolución Histórica y el Descubrimiento de Francine Shapiro

El origen del **EMDR** se remonta a 1987, cuando la psicóloga estadounidense **Francine Shapiro** realizó un descubrimiento accidental mientras caminaba por un parque. Shapiro observó que sus

propios pensamientos perturbadores desaparecían cuando movía sus ojos rápidamente de un lado a otro de forma rítmica. Intrigada por este fenómeno, comenzó a experimentar con esta técnica en sus pacientes y colegas, desarrollando inicialmente lo que denominó **Desensibilización por Movimientos Oculares (EMD)**. Sus primeras investigaciones se centraron en veteranos de guerra y víctimas de agresión sexual, obteniendo resultados significativamente rápidos en la reducción de la ansiedad.

A medida que la técnica evolucionaba, Shapiro se dio cuenta de que los movimientos oculares por sí solos no eran suficientes para un cambio terapéutico duradero; era necesario un protocolo estructurado que incluyera el procesamiento de los componentes cognitivos y emocionales. En 1989, el nombre se cambió oficialmente a **Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)** para reflejar la importancia del reprocesamiento de la información. Este cambio marcó la transición de una técnica simple de desensibilización a un modelo de psicoterapia integral que aborda el pasado, el presente y el futuro del individuo.

Desde su concepción, el **EMDR** ha pasado de ser una terapia experimental y controvertida a una de las intervenciones más validadas por la comunidad científica internacional. Organizaciones de gran prestigio, como la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) y la **Asociación Americana de Psiquiatría (APA)**, han incluido el **EMDR** en sus guías de práctica clínica como un tratamiento de primera línea para el **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)**. Esta evolución histórica demuestra un rigor creciente en la investigación y una expansión global que ha llevado la terapia a miles de profesionales en todo el mundo.

3. Conceptos y Componentes Clave de la Terapia

El componente más distintivo del **EMDR** es la **estimulación bilateral (EB)**, que puede ser visual (siguiendo los dedos del terapeuta), auditiva (tonos alternos en los oídos) o táctil (tapping en las manos). Se cree que esta estimulación genera una **atención dual**, donde el paciente mantiene un pie en el presente (el estímulo sensorial) y otro en el pasado (el recuerdo traumático). Esta dualidad evita que el paciente se vea desbordado por la memoria traumática, permitiendo que el cerebro procese la información de manera segura y eficiente.

Otro concepto fundamental es el de los **blancos de memoria**. Un "blanco" es la imagen o recuerdo específico que se selecciona para ser procesado. Cada blanco incluye cuatro elementos esenciales: una imagen visual representativa del trauma, una **cognición negativa** (una creencia autolimitante como "estoy en peligro"), las emociones asociadas y las sensaciones físicas presentes en el cuerpo. El proceso terapéutico busca reemplazar la cognición negativa por una **cognición positiva** (como "ahora estoy a salvo") que sea creíble para el paciente a un nivel visceral.

La estructura del **EMDR** se basa en un enfoque de tres vertientes: **pasado, presente y futuro**.

Primero, se procesan los recuerdos del pasado que sentaron las bases de la patología. Segundo, se abordan los disparadores actuales que causan malestar en la vida cotidiana del paciente. Finalmente, se trabajan plantillas de futuro para que el paciente incorpore comportamientos adaptativos y funcionales en situaciones venideras. Este enfoque integral asegura que la terapia no solo alivie los síntomas actuales, sino que fortalezca la resiliencia a largo plazo.

4. El Protocolo de Ocho Fases en la Práctica Clínica

La aplicación del **EMDR** sigue un protocolo riguroso de ocho fases diseñado para maximizar la seguridad y la eficacia del tratamiento. Las primeras fases se centran en la **historia del paciente** y la **preparación**. En la fase de preparación, el terapeuta explica el procedimiento y enseña al paciente técnicas de autorregulación emocional, como el ejercicio del "Lugar Seguro", para asegurar que el individuo pueda manejar cualquier perturbación emocional que surja durante el procesamiento de los recuerdos.

Las fases intermedias (Evaluación, Desensibilización, Instalación y Examen Corporal) constituyen el núcleo del trabajo de procesamiento. Durante la **desensibilización**, el paciente se enfoca en el recuerdo traumático mientras recibe estimulación bilateral hasta que el nivel de perturbación (medido por la escala SUD) llega a cero. Posteriormente, en la **instalación**, se fortalece la cognición positiva elegida por el paciente. El **examen corporal** asegura que no queden tensiones físicas residuales vinculadas al recuerdo, ya que el trauma a menudo se manifiesta de forma somática.

Las fases finales son el **cierre** y la **reevaluación**. El cierre garantiza que el paciente se sienta estable al final de cada sesión, independientemente de si el procesamiento del recuerdo se ha completado o no. La reevaluación ocurre al inicio de la siguiente sesión para verificar el mantenimiento de los resultados y determinar si han surgido nuevos materiales relacionados. Este ciclo estructurado permite un avance sistemático y medible, proporcionando tanto al terapeuta como al paciente un mapa claro del camino hacia la recuperación.

5. Aplicaciones y Ejemplos de Intervención

Aunque su fama inicial se debió al tratamiento del **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)** en contextos de guerra o desastres naturales, las aplicaciones del **EMDR** se han diversificado enormemente. Hoy en día se utiliza con éxito en el tratamiento de **fobias específicas**, trastornos de pánico y ansiedad generalizada. En estos casos, el objetivo es identificar las experiencias tempranas de miedo que actúan como base de la fobia y procesarlas para que el estímulo presente deje de evocar una respuesta de lucha o huida desproporcionada.

En el ámbito de la **depresión** y los trastornos de la personalidad, el **EMDR** se emplea para abordar los "traumas con t minúscula", que son eventos vitales adversos (como humillaciones,

negligencia emocional o acoso escolar) que, aunque no amenazan la vida, dañan profundamente la autoestima y la autoimagen. Al reprocesar estos eventos, los pacientes suelen experimentar una mejora significativa en su estado de ánimo y una reducción en los patrones de pensamiento autocrítico que alimentan la depresión crónica.

Además de la psicopatología, el **EMDR** se aplica en la **mejora del rendimiento** para atletas, ejecutivos y artistas. Mediante el uso de protocolos específicos de futuro, los individuos pueden visualizar y "ensayar" mentalmente situaciones de alta presión mientras utilizan la estimulación bilateral para eliminar bloqueos por ansiedad de ejecución. Esto demuestra la versatilidad del modelo **PAI** no solo para reparar el daño, sino para potenciar las capacidades humanas y la resiliencia psicológica.

6. Bases Neurobiológicas Sugeridas

La investigación sobre los mecanismos neurobiológicos del **EMDR** sugiere varias hipótesis fascinantes. Una de las más aceptadas es la conexión con el **sueño REM (Rapid Eye Movement)**. Se postula que los movimientos oculares rítmicos de la terapia imitan los procesos fisiológicos que ocurren naturalmente durante el sueño, fase en la cual el cerebro procesa y consolida la información del día. Al inducir este estado de forma consciente, el **EMDR** facilitaría la integración de memorias traumáticas que quedaron fragmentadas en el sistema límbico.

Desde una perspectiva de neuroimagen, los estudios indican que el **EMDR** produce cambios significativos en la actividad cerebral. Antes del tratamiento, los pacientes con trauma suelen mostrar una hiperactividad en la **amígdala** (el centro del miedo) y una hipoactividad en la **corteza prefrontal** (encargada del razonamiento) y el **hipocampo**. Tras el éxito de la terapia, se observa una normalización de estas áreas, lo que permite que el cerebro racional pueda "calmar" a la amígdala y contextualizar el recuerdo como algo que pertenece al pasado.

Otra teoría relevante es la de la **carga de la memoria de trabajo**. Se argumenta que realizar una tarea secundaria (como seguir los dedos del terapeuta) mientras se mantiene en mente un recuerdo traumático compite por los recursos limitados de la memoria de trabajo. Esta competencia reduce la intensidad de la imagen traumática y su carga emocional asociada, haciendo que el recuerdo se vuelva menos vívido y más manejable. Este proceso de "distanciamiento" es crucial para que el sistema de procesamiento de información pueda retomar su función adaptativa.

7. Críticas y Limitaciones

A pesar de su amplia aceptación, el **EMDR** no ha estado exento de controversias. Una de las críticas más persistentes se refiere al papel de los **movimientos oculares**. Algunos investigadores han cuestionado si estos son realmente el componente activo de la terapia o si el

EMDR funciona simplemente debido a la exposición imaginaria, un componente común en otras terapias de trauma. Esta crítica llevó a algunos a etiquetar el **EMDR** en sus inicios como una "terapia de sombrero púrpura", sugiriendo que los movimientos oculares eran un adorno innecesario a una terapia de exposición estándar.

Otra limitación señalada es el riesgo de **desestabilización** si no se aplica correctamente. Debido a la rapidez con la que el **EMDR** puede acceder a memorias traumáticas profundas, existe la posibilidad de que pacientes con trastornos disociativos complejos o traumas múltiples se sientan abrumados. Por ello, la comunidad de expertos enfatiza que el **EMDR** no es una técnica que se pueda aprender en un libro, sino que requiere una formación especializada y una evaluación exhaustiva de la estabilidad del paciente antes de comenzar el procesamiento.

Finalmente, se debate sobre la estandarización de los resultados. Aunque los metaanálisis muestran una alta eficacia, la respuesta individual puede variar. Algunos críticos argumentan que la teoría del **PAI** es demasiado amplia y difícil de falsar científicamente. Sin embargo, los defensores del modelo responden señalando la ingente cantidad de evidencia empírica que demuestra que el **EMDR** produce resultados más rápidos y con menor tasa de abandono que muchas terapias convencionales basadas exclusivamente en el habla.

8. Impacto Global y Reconocimiento Institucional

El impacto del **EMDR** en la salud pública mundial es innegable. A través de organizaciones como **EMDR Humanitarian Assistance Programs (HAP)**, se han llevado a cabo intervenciones en zonas de guerra, campos de refugiados y lugares afectados por desastres naturales, proporcionando alivio psicológico rápido a poblaciones vulnerables. Esta capacidad de intervención en crisis ha consolidado al **EMDR** como una herramienta esencial en la **psicología de emergencias** y desastres.

Institucionalmente, el **EMDR** ha alcanzado el estatus de "estándar de oro". El **Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE)** del Reino Unido y el **Consejo Nacional de Salud Mental** de varios países europeos lo recomiendan formalmente. Este nivel de reconocimiento ha impulsado la creación de asociaciones internacionales como la [EMDR International Association \(EMDRIA\)](#), que se encarga de regular los estándares de formación, certificación y ética en la práctica clínica.

En conclusión, el **EMDR** representa un cambio de paradigma en la psicoterapia contemporánea. Al alejarse de los modelos puramente verbales y centrarse en el procesamiento neurobiológico de la información, ofrece una vía de sanación profunda y acelerada. A medida que la neurociencia continúa avanzando, es probable que se comprendan mejor los mecanismos subyacentes que hacen de esta terapia una de las herramientas más potentes para transformar el dolor del pasado en una fuente de fortaleza para el futuro.

9. Lectura Adicional y Fuentes Consultadas

[Wikipedia: Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares](#)

[EMDR International Association \(EMDRIA\) - Official Site](#)

[OMS: Directrices para la gestión de condiciones específicamente relacionadas con el estrés](#)

[EMDR Europe Association](#)

[American Psychological Association: EMDR Therapy for PTSD](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM