

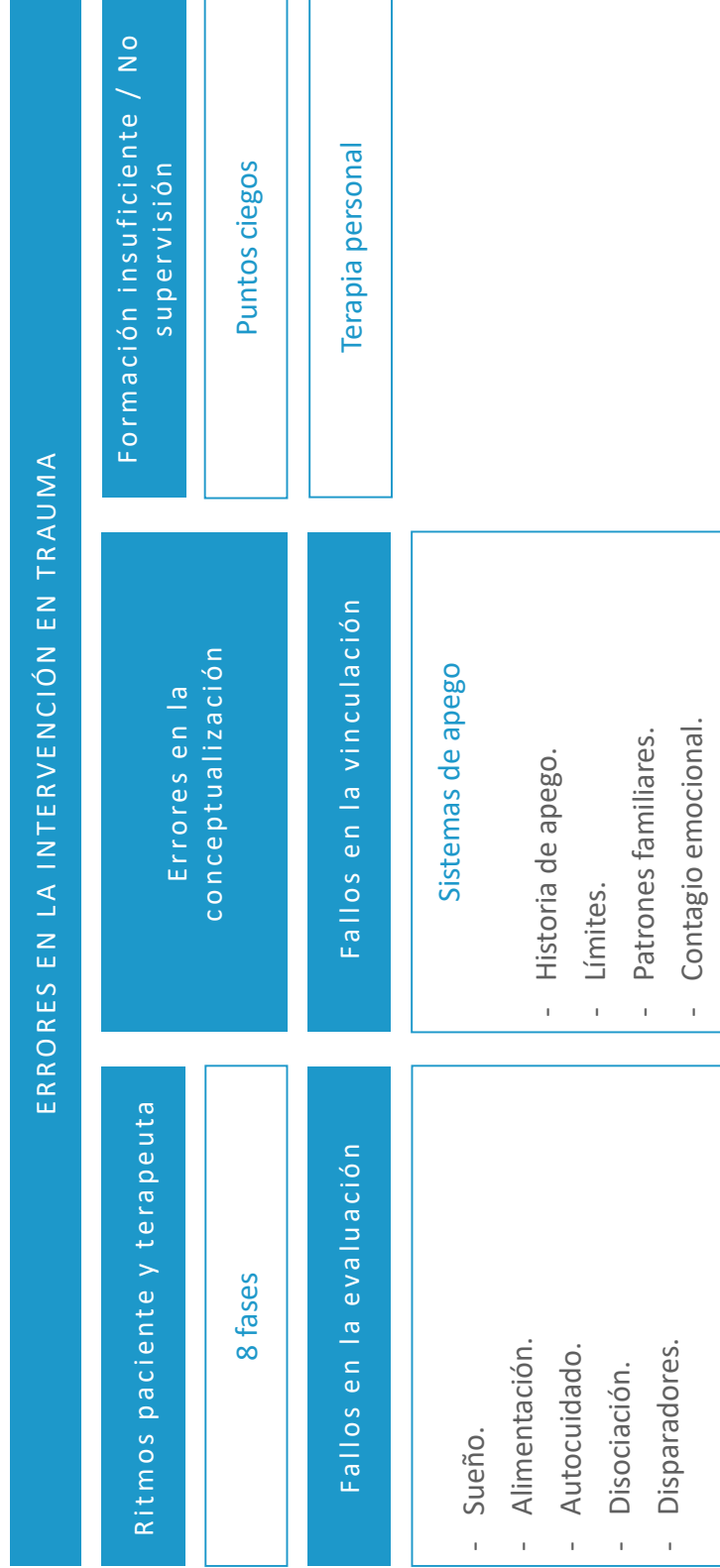
Intervención en trauma: EMDR

---

# Errores en la intervención en trauma

# Índice

Esquema	3
Ideas clave	4
9.1. Introducción y objetivos	4
9.2. Ritmos paciente y terapeuta	4
9.3. Fallos en la evaluación	8
9.4. Errores en la conceptualización	14
9.5. Fallos en la vinculación	15
9.6. Formación insuficiente/No supervisión	18
9.7. Referencias bibliográficas	19
A fondo	21
Test	22



## 9.1. Introducción y objetivos

Igual de importante que tener formación para hacer las cosas de la mejor forma posible es saber qué no hay que hacer, nos será más sencillo si conocemos los principales errores que debemos evitar a la hora de intervenir en trauma.

En este tema, pretendemos que el alumnado consiga:

- ▶ Conocer y comprender los errores más comunes en la intervención en trauma.
- ▶ Conocer las dificultades más frecuentes en el modelo EMDR.
- ▶ Poder abordar cada caso de la mejor forma posible teniendo en cuenta los problemas habituales.
- ▶ Intervenir en trauma de una forma segura para paciente y terapeuta.
- ▶ Tener un modelo de intervención práctico.

## 9.2. Ritmos paciente y terapeuta

En la terapia tendremos que adecuarnos al ritmo que lleve la persona que está en consulta. Para nosotros puede ser un buen momento para procesar un trauma, pero si la persona no se siente preparada o no quiere, no podremos hacerlo.

Si nos adelantamos a los ritmos y queremos solucionar rápido, podemos acabar activando más defensas de las necesarias e impidiendo crear un vínculo seguro.



Vídeo. Ritmos del paciente y el terapeuta.

---

Accede al vídeo a través del aula virtual

---

Como ya hemos visto, el modelo EMDR cuenta con ocho fases. Si no seguimos el ritmo que marca el paciente, podemos encontrar problemas en cada una de ellas (Shapiro, 2001 y 2013):

### Fase 1: historia clínica y planificación del tratamiento

- ▶ Falta de información o información insuficiente: no hablar sobre el problema por el que se viene a consulta, la familia, escuela, profesión, desarrollo, historial médico, psicológico y físico.
- ▶ No buscar los distintos traumas T ni, especialmente, los traumas t.

Esto nos creará problemas a la hora de realizar nuestro plan de tratamiento.

### Fase 2: preparación

No asegurarnos de que la persona tiene los recursos necesarios para abordar el problema (estrategias de afrontamiento, audios de relajación, visualizaciones guiadas, etc.), en definitiva, autorregulación, formas de calmarnos y manejar pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales desagradables.

Si la persona no tiene los suficientes recursos, se desregulará en la sesión y entre sesiones, esto implica hiper e hipoactivación (fuera de su ventana de tolerancia), no

pudiendo reprocesar ni digerir, esto lo que hace es colocar a la persona en una reexperimentación del trauma, que lo vuelva a vivir y, más que ayudar, podemos retraumatizar a la persona.

No poder instalar sensaciones agradables ni nada bueno (defensas).

No dedicar tiempo suficiente a la explicación del modelo EMDR. Esto no permite su comprensión y, en personas que ya de por sí están alerta y les cuesta tener confianza en los demás, es un error.

Nosotros como terapeutas tenemos que ser la base segura de nuestros pacientes, por lo que tener suficiente información, resolver las dudas, dedicar tiempo suficiente, darles la información para que la puedan revisar, crear un espacio seguro y un buen vínculo son ingredientes necesarios para poder trabajar con EMDR.

### Fase 3: evaluación

No aclarar el problema sobre el que vamos a trabajar (recuerdo T / t), ir saltando de uno a otro según se encuentre la persona o cambien los síntomas.

No poder acceder a los elementos que componen el recuerdo traumático (peor imagen, creencia negativa y positiva, emociones, SUD, localizar las sensaciones en el cuerpo), entre otras cosas por la presencia de disociación.

### Fase 4: desensibilización

No baja el SUD (perturbación) a 0: esto tiene que ver con la activación de defensas y creencias limitantes y significa que hemos ido demasiado deprisa: «no me llega nada», «no sé si lo estoy haciendo bien», «esto no me funciona». También puede que, como hemos dicho, la persona esté fuera de su ventana de tolerancia (bostezos, cansancio, mucha emoción que no baja ni cambia...).

Si el SUD no es igual a 0, no podremos pasar a la siguiente fase.

### Fase 5: instalación

La creencia que elegimos en la fase 3 ha dejado de ser válida y no encontramos ninguna que encaje. Tiene que ver con creencias limitantes, con que sigue habiendo malestar para alguna parte (por lo tanto el SUD no es igual a 0 realmente), con problemas de disociación o con patrones de autocuidado deficitarios (problemas para instalar cosas buenas y agradables, no merecerlas...).

No sube la VOC (escala de validez de la creencia) a 7. Si la VOC no es igual 7, no podremos pasar a la siguiente fase.

### Fase 6: examen corporal

En el cuerpo queda tensión residual una y otra vez, volviendo a reprocesar el recuerdo desde la fase 4 constantemente. Tiene que ver con material somático no específico del recuerdo, normalmente es alguna parte disociada que no está de acuerdo con que no haya malestar o con creencias desadaptativas «si dejo de tener malestar, dejaré de recordar», «merezco sufrir», etc.

### Fase 7: cierre

Hayamos llegado o no a cerrar el recuerdo y reprocesarlo por completo (fase 6), cuando intentamos hacer un cierre formal de la sesión usando alguno de los recursos del paciente, se desregula (hiperactivación) porque no detecta sus propias señales al salirse de ventana de tolerancia o nosotros no lo hemos detectado. Quiere seguir reprocesando (no es suficiente, no lo he hecho bien, no he avanzado...).

Se desregula entre sesiones y no consigue regularse o recurre a nosotros para hacerlo (fallos en la fase 2).

## Fase 8: reevaluación

En la siguiente sesión de EMDR, surge una y otra vez algo nuevo sobre lo que se necesita trabajar, el SUD deja de ser 0 o la VOC deja de ser 7, por lo que el recuerdo no puede ser cerrado.

Esto tiene que ver con la activación de defensas, creencias limitantes que necesitan ser trabajadas antes o disociación.

Atención: que en esta fase surja algo nuevo sobre lo que hay que trabajar puede ser normal, lo que aquí explicamos es que esto suceda de forma reiterada, cada vez que «cierra» un recuerdo, este vuelve a abrirse.

## 9.3. Fallos en la evaluación

En las **fases más iniciales** de la terapia, a veces pasamos por alto necesidades elementales que necesariamente tendrían que estar presentes si queremos hacer EMDR.

Tenemos que trabajar con el cerebro y para ello es fundamental que tenga los nutrientes adecuados, entre otras cosas porque va a hacer un trabajo que normalmente ocurre cuando duerme en la fase REM, y eso consume energía, por ello tendremos que revisar cosas básicas como el sueño, la alimentación, el ejercicio, en resumen, el autocuidado.

### El sueño

Muchos de nuestros pacientes tienen problemas a la hora de dormir, no tienen sensación de haber descansado o su sueño no es reparador, les cuesta quedarse



dormidos, se despiertan en múltiples ocasiones o muy temprano por la mañana, tienen los horarios cambiados, etc.

Para ello tendremos que darles **psicoeducación sobre el sueño**: el descanso es un factor importante para poder estar bien; durante las diferentes fases del sueño, los tejidos del cuerpo crecen y se reparan y la energía del cuerpo se restaura. Por ello, dormir lo suficiente es fundamental.

Intentaremos que vayan subiendo las horas de descanso hasta llegar a 8 horas (esto es lo ideal), así conseguiremos mejoras en la memoria, el sistema inmune se fortalecerá (así no enfermamos), la inflamación en el cuerpo se reduce, la concentración y capacidad mental mejora, aumentará la energía y mejorará el humor (Morgenthaler et al., 2006).

Dada la importancia que tiene el descanso para poder estar bien, daremos pautas de higiene del sueño:

- ▶ La cama es únicamente para dormir, evitaremos realizar otras actividades de día como ver la televisión o comer.
- ▶ Ajustar los ritmos circadianos: lo habitual es que durante la tarde-noche notemos somnolencia (oscuridad) y por la mañana seamos incapaces de continuar el sueño, ya que la luz es un factor que influye. Después de dormir unas 8 horas podemos notar somnolencia, si descansamos a medio día (lo que llamamos siesta), nunca debería superar los 15-20 minutos y, además, no debe producirse una vez pasadas 12 horas del sueño previo para facilitar el descanso nocturno.
- ▶ No tomar sustancias excitantes a partir de mediodía: café, coca-cola, té, tabaco...
- ▶ Tomar cenas ligeras y esperar 1 o 2 horas para acostarse.
- ▶ No hacer ejercicio al menos dos horas antes de irnos a dormir, ya que activa el organismo.
- ▶ Mantener horarios de sueño regulares, acostarse y levantarse siempre a la misma hora. Si no se consigue conciliar el sueño en unos 15 minutos, salir de la cama y relajarse en otro lugar para volver cuando aparezca el sueño.

- ▶ No hiperactivar el cerebro al menos una hora antes de ir a dormir: evitar pantallas (televisión, móvil...) ni realizar tareas que impliquen actividad mental (leer, ver la tele, usar ordenador, etc.).
- ▶ Procurar tener una temperatura adecuada, evitar ruidos, usar colores relajantes, una cama cómoda, etc.
- ▶ Darnos un baño o una ducha antes de dormir.
- ▶ Tomar algo caliente antes de ir a dormir (leche o té sin teína).
- ▶ Hacer alguna técnica de relajación antes de dormir: *mindfulness*, respiración abdominal, escuchar música relajante...

## La alimentación

¿Se alimentan bien nuestros pacientes? Puede parecer algo muy básico, pero muchos de ellos no se alimentan de forma adecuada, de hecho muchas veces ni siquiera comen, se saltan comidas, comen cualquier cosa que tengan por casa, viven de precocinados...

Ya sabemos la importancia que tiene la alimentación en nuestra salud, pero además, si queremos reprocesar recuerdos, gastaremos más energía y nuestro cerebro necesita tener nutrientes para poder hacerlo de forma adecuada. Es como si compramos una planta muy bonita, pero no le echamos agua ni abono ni le da luz..., simplemente no puede crecer, por muy bonita que sea la maceta en la que la coloquemos.

Los últimos avances científicos muestran la necesidad de conexión entre los diferentes sistemas de nuestro cuerpo para poder curar patologías y mejorar la salud. En este sentido, nuestro ritmo de vida y la nutrición afecta a nuestro bienestar y nuestra salud.

La **psiconeuroinmunología** (PNI) clínica aúna los mecanismos y las herramientas necesarias para, basados en un profundo conocimiento científico, plantear exitosas estrategias de intervención basadas en el estilo de vida de las personas.

Revisar los patrones de alimentación de nuestros pacientes para que se alimenten de forma sana y variada es imprescindible, entre otras cosas porque hay cambios conductuales que no podrán llevar a cabo hasta que esto suceda, ya que no tendrán energía, entre otras cosas, para hacer actividad física.

## El ejercicio físico

Sabemos la importancia que tiene hacer ejercicio para nuestra salud: ayuda a liberarnos del estrés, mejora la memoria, favorece el sueño profundo y, en general, mejora nuestro estado de ánimo. Esto sucede porque liberamos serotonina, dopamina y endorfinas, hormonas que nos hacen sentir bienestar, convirtiéndose en un ansiolítico y antidepresivo natural.

Treinta minutos de ejercicio moderado como un paseo rápido, tres días a la semana, es suficiente para generar beneficios en nuestra salud. Incluso si se tiene poco tiempo, se puede dividir esos 30 minutos en intervalos.

Lo ideal es ir aumentando de forma progresiva y hacer algo que nos guste (nadar, pasear, montar en bici, etc.). El ejercicio físico además nos ayuda a conciliar el sueño.

## El autocuidado

Como hemos comentado en anteriores temas, aprender a cuidarnos es algo fundamental y no todos hemos aprendido a hacerlo de la misma forma.

Hay personas que se sienten mal, tristes o culpables cuando hacen alguna actividad positiva porque consideran que están perdiendo el tiempo o no se lo merecen. Por ello tendremos que revisar los patrones de cuidado recibidos en la infancia para ver cómo aprendió a cuidarse, ya que nos cuidamos según nos cuidaron.

Ejemplos típicos que nos encontramos en consulta:

**«Si no hago todo lo que tengo que hacer, no puedo descansar».** Son personas que aprendieron a partir de la frase «lo primero es lo primero» y eso tiene que ver con las obligaciones, los «debería» y los «tendría», alejándose bastante de los «me gustaría» o «lo que quiero». En la vida diaria encontramos muchas cosas dentro de lo que tenemos que hacer como obligación, pero ¿qué sucede si todas las obligaciones hay que hacerlas antes de poder disfrutar o descansar? Si para descansar tengo que merecérmelo, esto es un problema, entre otras cosas porque siempre encontraremos algo que tenemos que hacer y, además, nunca será suficientes para merecer descansar o disfrutar.

**«No merezco cosas buenas».** Personas que no sienten como beneficioso lo que les hacen sentir bien, simplemente porque no se las merecen o no se las han ganado.

**«Hasta que no acabe esto no hago pis/no como/no duermo».** Personas que han aprendido que las necesidades básicas son algo que hay que ganarse. «Comerás cuando recojas la habitación», «cuando acabes de estudiar, si sigue haciendo sol, puedes jugar» son mensajes que interiorizamos y luego funcionamos desde ellos como algo normalizado.

**«Puedo salir a dar un paseo si no me equivoco en nada en el trabajo».** Personas que han aprendido desde el condicionamiento que, para conseguir esto, tienes que haber hecho aquello. Esto es un problema principalmente porque lo que me hacen sentir bien no se equipara con las obligaciones o los debería, estos se consideran más importantes y, por lo tanto, tienen mayor valor, restando probabilidad a lo que quiero y me hace sentir bien.

## La disociación

Otro de los posibles errores a la hora de evaluar, como hemos ido resaltando a lo largo de los temas, es no tener herramientas que nos permitan detectar la presencia de disociación.

Entre estas herramientas estaría el no tener formación (al no conocerla, no la vemos), no realizar evaluación específica o no tener práctica.

La disociación es un **mecanismo de defensa** y, especialmente en el trauma, se dan situaciones en las cuales la mente no puede hacerse cargo porque son demasiados estresantes emocionalmente.

Si no evaluamos bien la disociación, podemos encontrarnos con que nuestros pacientes entienden que algunos recuerdos no procesados (experiencias negativas o traumáticas como humillaciones infantiles, fracasos, rechazos, discusiones, rupturas, muertes, enfermedades, accidentes, abusos, maltrato físico o emocional, guerras, desastres naturales...) no les produce perturbación alguna porque lo tienen superado o no es importante, y nosotros no indagamos más sobre ello porque creamos que es así. Esto lo veremos en el lenguaje no verbal, la persona puede mantener un discurso cognitivo ajeno a emoción y sensación física, estará desconectada y, por ende, no podremos reprocesarlo, es decir, porque no accederemos, estará disociado.

Por ello es importante recoger e indagar toda la información de la historia de la persona, haciendo una buena fase 1 para hacer un buen mapa y conceptualizar bien el caso y, luego, poder ir conectando poco a poco a la persona con su historia, sus emociones y sus sensaciones físicas, aquellas que tuvo que disociar y no se pudo permitir sentir porque en su momento eran demasiado dolorosas.

## Los disparadores

A estos síntomas que no encajan con lo que pasa en la actualidad los llamamos disparadores o detonadores, porque un contacto similar a la experiencia pasada sin procesar puede hacer que conecte con esa red de memoria y hacer que se detone, active o dispare y, con ella, los síntomas (emociones, sensaciones físicas, creencias negativas...) que forman parte de ese recuerdo.

Si no hacemos psicoeducación sobre ellos y les enseñamos la forma de poder registrarlos, estaremos pasando por alto información importante, los disparadores nos muestran los eventos de nuestra historia que están sin resolver.

## 9.4. Errores en la conceptualización



Vídeo. Conceptualización.

---

Accede al vídeo a través del aula virtual

---

Hay ítems fundamentales por los que debemos guiarnos para poder hacer un buen plan de tratamiento, en este sentido, algunos errores comunes serían:

- ▶ Guiarnos por nuestros objetivos y no los del paciente.
- ▶ No relacionar los recuerdos traumáticos con los síntomas que presenta.
- ▶ No capacitar al paciente de recursos de autorregulación emocional (fase 2: instalación de recursos).

- ▶ No hacer psicoeducación con las partes emocionales (PEs).
- ▶ No evaluar los síntomas actuales para ver cuál es el más invalidante.
- ▶ No empezar por el peor síntoma conectado a los recuerdos anteriores.
- ▶ A la hora de procesar los recuerdos, no empezar por T cercano al inicio de los síntomas si existe.
- ▶ Seguir el reprocesamiento de la línea de la vida en función de nuestros objetivos y no los del paciente.
- ▶ No incluir los recuerdos t porque la persona entienda que no son importantes o ya no le afectan.
- ▶ Reprocesar todos los recuerdos, no solo los que están conectados con los síntomas actuales.
- ▶ No agrupar si hay recuerdos del mismo tipo (primero, peor y último).
- ▶ Querer reprocesar todos los recuerdos pasados y no seguir con las situaciones en el presente que activan el síntoma como condicionamiento de segundo orden (disparadores).
- ▶ No hacer sobre cada uno de los disparadores protocolo de futuro.
- ▶ No instalar lo que van consiguiendo hacer en el día a día (avances).

## 9.5. Fallos en la vinculación

Cuando un paciente viene a consulta, se activa su **sistema de apego** y es importante poder descubrir qué tipo de apego tiene (evitativo, ansioso-preocupado, desorganizado...) porque nuestro plan de tratamiento ha de ser distinto, pero sobre todo porque tendremos que relacionarnos con la persona desde su estilo de apego.

Por ejemplo, si es evitativo, tendremos que mantener más distancia, dejar que sea la persona la que se acerque si quiere dar dos besos, dejarle su espacio, hablarle de apego en etapas más avanzadas de la terapia, empezar por los recuerdos con los que pueda conectar (los que estén abiertos y pueda acceder a emoción y sensación), etc.

Los traumas t tienen que ver con experiencias de apego, muchas veces temprano, otros tipos de experiencias vitales perturbadoras y estresantes como discusiones familiares, divorcio, humillaciones o falta de conexión, en las que la vida de la persona no corre peligro, pero sucede una y otra vez y deja una huella en la memoria (Shapiro, 2001 y 2013).

Tendremos que investigar bien la **historia de apego** de nuestro paciente para no cometer los mismos fallos en el apego que recibió. Por ejemplo, tenemos un paciente cuyas figuras de apego no le dieron importancia a sus necesidades. Este nos cuenta que, en el presente, a su pareja se le cayó un cuadro antiguo al que le tenía mucho cariño y, ante esto, se desbordó llorando cuando lo vio roto. El paciente puede decir «no entiendo por qué me puse así si es una tontería, es solo un cuadro».

Si no tenemos en cuenta su apego, podemos entender que se ha calmado y reforzarle su desconexión («bueno, puedes comprar otro igual si ese te gustaba»), cuando lo ideal sería brindarle apego seguro, ver su necesidad y cubrirla en la medida de lo posible: «No sabes por qué te pusiste así, sin embargo, según me cuentas era un cuadro que tenía mucho valor para ti y se rompió, es normal que te puedas sentir triste».

Dentro de los problemas de apego que se pueden dar en consulta, una dificultad puede venir a la hora de poner **límites**:

- ▶ No poder poner límites nosotros como terapeutas: persona que siempre llega tarde o no acepta cuando se acaba el tiempo y no podemos confrontarla.
- ▶ El paciente no tolera los límites (es que había tráfico, no encontraba aparcamiento, se me olvidó la cita...) o que se los salta (llamar a todas horas, conseguir nuestro teléfono personal...).

Dentro del espacio terapéutico se darán situaciones para poder reparar el apego, con el objetivo de establecer un vínculo de apego seguro. Supongamos un paciente que nunca hace las tareas que le mandamos (soy un desastre, no hago nada bien), es una



buena oportunidad para hacer algo distinto de lo que seguramente recibió y, en vez de reprochárselo (tienes que hacerlo porque así no vas a conseguir mejorar), podemos recordarle que el espacio de terapia es para lo que necesite y si no quiere o no puede traer las tareas es por algo importante, no porque sea un desastre. Quizás podemos ayudarlo dando opciones, acompañando su exploración desde una base segura «si quieres, podemos hacerlo juntos o puedes quedarte un ratito en la sala de espera y luego me lo das».

Todo lo que la persona pueda hacer o no en el espacio terapéutico está bien. Si hay algo dentro de esta que, cada vez que recuerda la tarea, hace que rápidamente se le olvide, puede que sea una defensa o que no pueda expresarnos (es demasiado doloroso y solo pensarlo me desborda, quizás necesito ayuda), porque si supieran hacer esto, no tendrían dificultades y no necesitarían acudir a nosotros.

Es importante también evaluar los **patrones familiares** para no repetirlos en consulta. Pongamos el caso de si tenía un padre muy protector que no «me dejaba hacer nada porque le daba miedo y quería protegerme», nos cuidaremos de no sobreproteger nosotros (le pedí el cuestionario dos veces y me dijo que no había podido hacerlo, no le pregunto en tres semanas a ver si voy a desbordarlo).

Otro punto a destacar es cómo nos encontramos nosotros, si estamos bien o no y si tenemos estrategias para autorregularnos tanto en consulta como fuera de ella. Recordemos el concepto de **contagio emocional**, ya que al igual que los niños viven las emociones a través de sus padres, nuestros pacientes lo harán a través de nosotros como terapeutas, a través de sus neuronas espejo.

Cuando estamos relacionándonos con un paciente y este tiene una emoción, al observarnos se activan sus neuronas espejo, que ponen en funcionamiento los mismos circuitos cerebrales que nosotros tengamos, por lo que las neuronas espejo hacen que, si nosotros estamos tranquilos, los pacientes puedan integrar la calma y poco a poco aprendan a calmarse (insistimos en que esto se logra con ayuda de otro

que esté tranquilo). Si nosotros, cuando un paciente está desregulado, nos desregulamos también, no podrá calmarse ni aprenderá a autorregularse.

## 9.6. Formación insuficiente/No supervisión

Tener formación es importante. Cuando no sabemos de la existencia de algo, simplemente no podemos verlo y se crean **puntos ciegos**, lo que esté delante de nosotros no podemos verlo, al igual que cuando vamos conduciendo.

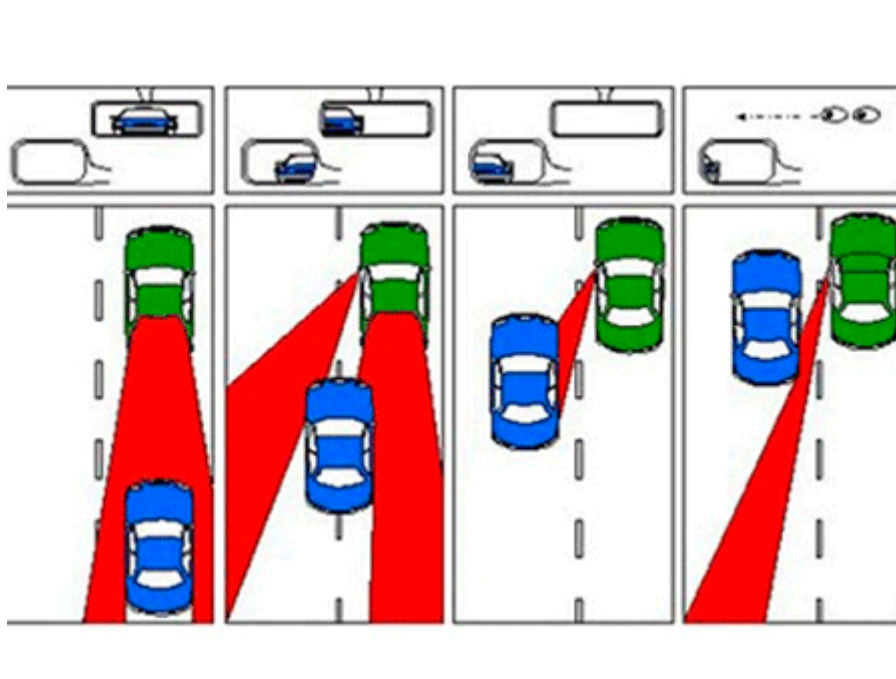


Figura 1. Evitar puntos ciegos.

Fuente: [http://imagenes.cars.com.ar/noticias\\_666\\_0001/1-seguridad-consejos-para-evitar-puntos-ciegos.jpg](http://imagenes.cars.com.ar/noticias_666_0001/1-seguridad-consejos-para-evitar-puntos-ciegos.jpg)

Por ello es esencial supervisar los casos de nuestros pacientes, por si hay algún punto ciego que no hemos podido ver.

Pongamos el caso de un terapeuta que tiene una familia que bebe cerveza de forma habitual, para él este hecho no tiene nada patológico, beber es algo social y normalizado. Al preguntar a uno de sus pacientes si consumía alcohol, contestó «sí, cuando salgo, lo normal» y no indagó más. Supervisando el caso, vimos este punto

ciego y, al volver a preguntarle al paciente: «Me dijiste que tu consumo de alcohol era lo normal, ¿qué es lo normal para ti?», este respondió: «Una botella de ron, es lo único que consigue hacer que deje de pensar».

Al igual que la supervisión, la **terapia personal** es fundamental. No conocer y trabajar tu propia historia puede hacer que coloques cosas tuyas en los pacientes.

Por ejemplo, si tenemos algún problema con el perfeccionismo y hacer las cosas siempre bien, imaginemos que viene una paciente que en las sesiones aduce que «esto que hacemos no funciona», «no sé si estás entendiendo bien mi caso», «yo creo que sería mejor haber hecho otra cosa». Si tenemos nuestra historia trabajada, podremos ver que es parte de su síntoma y que es suyo, no tiene que ver con nosotros. Sin embargo, ¿qué pasa si no es así? Si se conecta con nuestra historia podemos empezar a sentirnos inseguros y dudar de si estaremos llevando bien el caso, si lo estamos haciendo o mal o no servimos para ello.

Es muy importante que nos cuidemos si vemos que algo de la historia del paciente se está conectando con la nuestra y no conseguimos manejarlo. Un buen autocuidado parte de poder hacernos cargo de nosotros mismos, asumir que no podemos ayudar a todas las personas y derivar a otro profesional.

En general, en las primeras etapas de intervención con trauma, a la vez que nos vamos formando y supervisando, haciendo nuestra terapia y ganando experiencia y seguridad, recomendamos ante todo **prudencia**, empezar por T, casos sencillos sin patología grave o personas con mucha estabilización.

## 9.7. Referencias bibliográficas

Shapiro, F. (2001). *E.M.D.R. Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. México: Editorial Pax México.

Shapiro, F. (2013). *Supera tu pasado: tomar el control de la vida con el EMDR*.  
Barcelona: Kairós.

Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C. et al. (2006). Practice parameters for the psychological and behavioural treatment of insomnia: an update. *An American Academy of Sleep Medicine report Sleep*, 29(11), 1415-1419.

## Instituto español de PsiconeuroInmunología

Instituto español de PsiconeuroInmunología. Página web oficial. <https://iepni.es/>

Bajo la visión integradora de la psiconeuroinmunología clínica, se identifican factores asociados a nuestro estilo de vida que rompen el reparto de energía y facilitan la activación inmunitaria, dificultando así, la asignación del flujo energético en favor del cerebro. Desde el IEP, buscan las herramientas necesarias para intervenir y recuperar la gestión energética corporal.



1. Para intentar evitar problemas en la fase 2 (preparación), adecuaremos el ritmo de terapia al paciente. Elige la opción incorrecta:
  - A. No dedicar tiempo de terapia a la explicación del modelo EMDR.
  - B. Asegurarnos de que la persona tiene los recursos necesarios para abordar el problema.
  - C. Crear un buen vínculo.
  - D. Poder instalar sensaciones agradables y cosas que hacen sentir bien.
  
2. Uno de los problemas que podemos encontrarnos en la fase 3 (evaluación):
  - A. Aclarar el problema sobre el que vamos a trabajar (recuerdo T/t).
  - B. Poder acceder a la peor imagen, uno de los elementos que componen el recuerdo traumático.
  - C. Ir saltando de un recuerdo a otro según se encuentre la persona o cambien los síntomas.
  - D. Poder acceder a emociones y sensaciones en el cuerpo.
  
3. Uno de los problemas que podemos encontrar en la fase 4 (desensibilización):
  - A. No sube la VOC (escala de validez de la creencia) a 7.
  - B. No poder acceder a los elementos que componen el recuerdo traumático (peor imagen, creencia negativa y positiva, emociones, SUD, localizar las sensaciones en el cuerpo).
  - C. No baja el SUD (perturbación) a 0.
  - D. En el cuerpo queda tensión residual una y otra vez.

4. Uno de los problemas que podemos encontrar en la fase 5 (instalación) es que la creencia que elegimos en la fase 3 haya dejado de ser válida y no encontremos ninguna que encaje. Elige la opción incorrecta:
- A. Puede tener que ver con creencias limitantes.
  - B. Puede tener que ver con patrones de autocuidado adecuados.
  - C. Puede tener que ver con que sigue habiendo malestar para alguna parte emocional.
  - D. Puede tener que ver con problemas de disociación.
5. Entre los fallos en la evaluación está el sueño, para ello daremos pautas de higiene del sueño:
- A. En la cama podemos realizar otras actividades de día como ver la televisión o comer.
  - B. Lo que bebamos y comamos no afecta al sueño.
  - C. Hacer ejercicio antes de irnos a dormir nos ayuda a relajarnos.
  - D. Darnos un baño o una ducha antes de dormir.
6. Entre los beneficios que obtenemos realizando ejercicio físico podemos encontrar... Elige la respuesta incorrecta:
- A. Favorece el sueño ligero.
  - B. Ayuda a liberarnos del estrés.
  - C. Mejora nuestro estado de ánimo.
  - D. Ayuda a conciliar el sueño.
7. Entre los problemas que podemos encontrar si no evaluamos la presencia de disociación:
- A. Algunos recuerdos no procesados producirán perturbación porque están superados.
  - B. La persona puede mantener un discurso cognitivo acorde a la emoción y sensación física.
  - C. No ver la disociación cuando aparece en consulta porque no la conocemos.
  - D. Realizar evaluación específica.

8. Entre los errores en la conceptualización encontramos... Elige la respuesta incorrecta:
- A. Guiarnos por nuestros objetivos y no los del paciente.
  - B. Reprocesar solo los recuerdos que están conectados con los síntomas actuales.
  - C. No incluir los recuerdos «t» porque la persona entienda que «no son importantes o ya no le afectan».
  - D. No instalar lo que van consiguiendo hacer en el día a día (avances).
9. Con respecto a los fallos en la vinculación por parte del terapeuta. Elige la respuesta incorrecta:
- A. Cometer los mismos fallos de apego en consulta que el paciente recibió para que pueda repararlos.
  - B. Relacionarnos con la persona desde su estilo de apego.
  - C. Tener dificultades para poner límites en consulta.
  - D. No encontrarnos bien (desregulación) e igualmente ir a pasar consulta.
10. Para no caer en puntos ciegos en los casos con los pacientes, es necesario... Elige la respuesta incorrecta:
- A. Supervisar nuestros casos.
  - B. Hacer terapia personal.
  - C. Ver muchos pacientes con diferente problemática en poco tiempo así aprendemos antes.
  - D. Formarnos para actualizarnos y ser mejores profesionales.