

Reconsolidación de la memoria como factor común en psicoterapia del trauma

Memory Reconsolidation as a Common Factor in Trauma Psychotherapy


Nerea Bárez

NB Psicología (Madrid), España. Instituto Español de Psicoterapia Integradora (Madrid), España

Resumen: La reconsolidación de la memoria podría ser un mecanismo clave en la comprensión del cambio terapéutico, proporcionando una posible explicación transversal a la eficacia de diversas intervenciones psicológicas centradas en el trauma. Este artículo revisa la literatura en este campo, analizando los principios del funcionamiento de la memoria aplicables a la terapia, con especial énfasis en la reconsolidación como mecanismo de cambio. Se plantea una crítica a modelos terapéuticos establecidos, comparando la reconsolidación con los fundamentos de enfoques tradicionales como la exposición y la terapia cognitivo-conductual centrada en trauma. Además, se examina cómo algunos enfoques (EMDR por ejemplo) podrían estar facilitando parcialmente este proceso de manera incidental, sin haber sido diseñadas explícitamente con ese propósito. Se destacan oportunidades para optimizar la integración de la reconsolidación en la práctica clínica y se proponen futuras líneas de investigación para desarrollar intervenciones estructuradas basadas en este principio.

Palabras clave: Reconsolidación de la memoria, psicoterapia, trauma, EMDR, exposición, cambio terapéutico, integración en psicoterapia, neurociencia

Abstract: Memory reconsolidation may be a key mechanism in understanding therapeutic change, providing a possible comprehensive explanation of the efficacy of various trauma-focused psychological interventions. This study reviews the literature in this field, examining the principles of memory functioning relevant to therapy, with a particular emphasis on reconsolidation as a mechanism of change. A critique of established therapeutic models is presented, comparing reconsolidation with the theoretical foundations of traditional approaches such as exposure therapy and trauma-focused cognitive-behavioral therapy.

Nerea Bárez  0000-0002-6460-3236 Es Doctora en Psicología. Diploma de Estudios Avanzados en Neurociencia. Especializada en Psicoterapia Integradora, trauma y apego. Directora del grupo NB Psicología y presidenta del Instituto Español de Psicoterapia Integradora.

Para citar este artículo: Bárez, N. (2025). Reconsolidación de la memoria como factor común en psicoterapia del trauma. *Clínica Contemporánea*, 16(3), Artículo e20. <https://doi.org/10.5093/cc2025a18>

La correspondencia de este artículo debe ser enviada a Nerea Bárez al email: nereabarez@nbpsicologia.es



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

Additionally, the study explores how certain approaches (e.g., eye movement desensitization and reprocessing [EMDR]) may incidentally facilitate this process without being explicitly designed for that purpose. Finally, opportunities for optimizing the integration of reconsolidation into clinical practice are highlighted, and future research directions for developing structured interventions based on this principle are proposed.

Keywords: Memory reconsolidation, psychotherapy, trauma, EMDR, exposure, therapeutic change, psychotherapy integration, neuroscience.

La eficacia de una terapia no siempre depende de la técnica utilizada, sino de los mecanismos que realmente facilitan el cambio. Una parte de la comunidad científica se relaciona cómodamente con esta idea, mientras que otra sigue invirtiendo esfuerzos en demostrar la eficacia de técnicas concretas que, muchas veces, ni tan siquiera surgen de teorías sólidas. Si bien estos esfuerzos revierten en avances terapéuticos, lo cierto es que también implican un cierto abandono de la mirada hacia los mecanismos subyacentes del cambio terapéutico. El ya muy conocido movimiento de los factores comunes lleva décadas explorando elementos compartidos por todos los tipos de terapia. Así, se han destacado variables como la alianza terapéutica, las expectativas de cambio o la inherente experiencia emocional de todo proceso terapéutico (Burbridge-James y Iwanowicz, 2018; Flückiger et al., 2020; Wampold y Imel, 2015). El conocimiento científico de estos factores y su implicación en la psicoterapia va ayudando a encontrar vías de unión entre los diferentes modelos que pueden acercarnos a una mayor eficacia global de la psicoterapia (Murray et al., 2017).

Se han estudiado múltiples factores que influyen en la efectividad de una terapia psicológica. Hay variables del propio proceso terapéutico (Tschacher et al., 2014; Zilcha-Mano et al., 2019), propias del paciente, (Boswell et al., 2017; Starreveld, 2021) o relacionadas con la figura del terapeuta (Tschacher y Pfammatter, 2016). Pero más allá de estos elementos interpersonales y contextuales, es relevante preguntarse si ciertos procesos psicológicos básicos pueden considerarse factores comunes en sí mismos. En este sentido, el lenguaje y la memoria han sido identificados como mecanismos fundamentales en la psicoterapia, ya que sustentan la construcción de la experiencia, la narrativa personal y el procesamiento de la información emocional y cognitiva (Fonagy y Allison, 2014). Por su parte, la investigación en psicología sobre la memoria ha proporcionado un cuerpo sustancial de evidencia que abarca los procesos adaptativos de codificación, almacenamiento y recuperación de recuerdos, estableciendo una base fundamental para comprender las transformaciones que ocurren en la terapia (Ecker y Bridges, 2020; Lane et al., 2015).

Aunque psicología básica y psicología clínica suelen ser dos líneas paralelas, lo cierto es que la interrelación entre ellas podría ser clave para comprender los mecanismos del cambio durante un proceso terapéutico. Por ejemplo, investigaciones recientes sobre la memoria indican que la actualización de recuerdos en un contexto terapéutico tiene el potencial de influir en hábitos emocionales y conductuales no adaptativos (Goldman y Fredrick-Keniston, 2020). Este hallazgo es directamente aplicable a las terapias focalizadas en experiencias traumáticas, que habitualmente se centran en la modificación de los recuerdos problemáticos como forma de trabajar los síntomas presentes.

El objetivo de este artículo es proporcionar una revisión exhaustiva de la investigación en este campo, partiendo de la premisa de que la reconsolidación podría explicar, en buena medida, los resultados obtenidos en terapias ampliamente utilizadas para el tratamiento del trauma. Como objetivo se plantea la comparación de diferentes terapias que utilizan mecanismos de acción basados en procesos de memoria, y se propone realizar una relectura de los principios subyacentes a técnicas como el EMDR u otras estrategias con una base teórica poco clara. Se pretende facilitar la integración conceptual y clínica de intervenciones aparentemente diversas bajo principios terapéuticos compartidos, planteando como nexo, o factor común, la reconsolidación de la memoria.

¿Por qué la memoria es relevante en psicoterapia?

Una persona normal y sana que posee conciencia auto-noética es capaz de tomar conciencia de su propio pasado, así como de su propio futuro. De viajar mentalmente en el tiempo, recorriendo a voluntad sobre lo que ha sucedido como sobre lo que va a suceder, independientemente de las leyes físicas que rigen el universo.
(Tulving, 1985b, traducción propia).

Cuando en psicoterapia trabajamos con un paciente, lo hacemos con sus experiencias, sus relatos de vida, sus recuerdos (conscientes o no) y, en definitiva, todo lo que ha construido acerca de sí mismo y del mundo en el que vive. Recordar no es un proceso puntual que se limita a la recuperación aislada de datos, sino que más bien podría considerarse un continuo que da sentido a la experiencia y que incluso, define el autoconcepto. Un continuo por el que podemos movernos, haciendo ese “viaje en el tiempo” que dijo Tulving (1983). Por eso, entender su funcionamiento puede ayudar a mejorar las intervenciones terapéuticas.

De la investigación en neurociencia se extrae que la memoria no es una entidad única, sino un conjunto de sistemas interdependientes que cumplen funciones diferenciadas (Baddeley, 2000; Squire, 1992). Estos sistemas interactúan constantemente para recoger datos sobre el mundo y la experiencia subjetiva, y parecen seguir ciertas reglas que facilitan su recuperación para utilizarlos en pos de la adaptación. En el contexto psicoterapéutico, comprender estas reglas permite identificar cómo los recuerdos están influyendo en las emociones, las creencias y la conducta. Y es que la memoria, tanto consciente como inconsciente, constituye la base de la narrativa personal (Barry y Hallford, 2024; Conway y Pleydell-Pearce, 2000; Dalgleish y Werner-Seidler, 2014). Independientemente del modo de trabajar del terapeuta, el paciente que participa en un proceso terapéutico está constantemente recuperando sus recuerdos para explicar lo que sabe, lo que siente, lo que necesita. Gran parte de toda intervención terapéutica consiste en reconocer estos recuerdos, activarlos en mayor o menor medida en el presente y trabajar en ellos para cambiar significados, creencias, tendencias de acción o hábitos. Todo esto es posible porque la memoria no es un sistema de archivo inmutable, sino algo maleable, capaz de reconfigurarse constantemente en función de nuevos aprendizajes y experiencias. ¿Es entonces toda terapia una forma de trabajo con la memoria? Si analizamos detenidamente el propósito de cualquier intervención, encontraremos siempre algún método dirigido a trabajar con cualquiera de estos elementos. ¿Podemos llamar a todo esto “recuerdos”? Desde la perspectiva de la ciencia de la memoria, la respuesta es clara: sí. Sin embargo, para comprender plenamente esta afirmación, es necesario distinguir entre las distintas modalidades de memoria y cómo influyen en la experiencia y el cambio terapéutico. El término “memoria”, en singular, se emplea habitualmente con un sentido integrador, alineado con la literatura científica reciente. Esta acepción parte de una concepción amplia del recuerdo, entendido como la retención de información en general, no limitada al acceso consciente. Bajo esta perspectiva, la memoria se concibe como un proceso neurofisiológico dinámico, que recupera información aprendida mediante mecanismos asociativos. Para entender la relevancia clínica de esta idea, es útil revisar brevemente cómo se han clasificado los distintos sistemas de memoria desde la psicología cognitiva.

En primer lugar, hay evidencia de una diferenciación básica en la memoria. El consenso en este ámbito de investigación es que existe un sistema de memoria a corto plazo, encargado de mantener la información activa para tareas inmediatas, y otro de memoria a largo plazo, en la cual se consolidan conocimientos y experiencias de manera más estable (Baddeley et al., 2000; Norris, 2017). Son sistemas que tienen una base anatómica y fisiológica diferente, y que por lo tanto se sustentan en rutas cerebrales distintas. La memoria a corto plazo tendría una función muy vinculada al procesamiento de la información, con un funcionamiento rápido y efímero, que permite analizar los inputs sensoriales para saber qué hacer con ellos. Se relaciona íntimamente con la memoria de trabajo (Baddeley y Hitch, 1974), una especie de pizarra mental donde es posible trabajar con los datos en diferentes modalidades y desde la cual, aquellos dignos de ser guardados, pasan a la memoria a largo plazo. Dentro de esta se distingue entre la memoria explícita y la implícita (Squire, 1987, 1992). La primera es, con toda probabilidad, lo que la mayoría de la gente considera “memoria”, ya que almacena la información que es posible recuperar conscientemente. Pero la memoria implícita es tan o más relevante para el campo que

nos ocupa, pues opera de forma automática sin requerir su recuperación consciente, y es un factor clave en gran parte del sufrimiento psicológico.

Cabe destacar que la memoria explícita, accesible a la conciencia, se divide en dos categorías principales. Tulving (1972, 1985) describió la memoria semántica, que contiene el conocimiento general, conceptos y significados acumulados y que no están fechados ni contextualizados, es decir, no tienen vinculación a experiencias personales específicas; y la memoria episódica, que almacena recuerdos de eventos situados, en este caso sí, en contextos temporales y espaciales. Esta división es especialmente relevante en el ámbito terapéutico, ya que las dos contribuyen a la narrativa personal del paciente y facilitan la reformulación de experiencias pasadas (Klein y Markowitsch, 2015). Son dos tipos de memoria muy interrelacionados; la memoria episódica es la base para la semántica, pero, a su vez, la semántica da cuerpo a lo que se almacena a nivel verbal, pues recoge el lenguaje mismo.

Por otro lado, la memoria implícita se manifiesta en aprendizajes automáticos y no conscientes, patrones de respuesta (como el condicionamiento clásico, el priming y la memoria procedimental) así como en recuerdos de tipo sensorial y emocional (Squire y Zola, 1996). En este contexto, la memoria emocional puede desempeñar un papel decisivo en la aparición y mantenimiento de trastornos como la ansiedad y la depresión (Arialdi, 2014). Se considera la responsable de almacenar las reacciones afectivas y conductuales asociadas a experiencias previas, incluso los patrones relacionales que se manifiestan en cuestiones tan básicas como el apego, constituyendo por ello un componente esencial en el proceso terapéutico (Schore, 2018; Cortina y Liotti, 2007; Reber, 2013). Con esta clasificación es posible reconocer que muchos problemas tratados en psicoterapia vienen de memorias implícitas que no se pueden trabajar por medio de un análisis verbal y cognitivo consciente.

Un elemento central de la memoria episódica es la memoria autobiográfica. Es el tipo específico de memoria que directamente permite dar un sentido de continuidad a la experiencia, es decir, hace que una persona sienta que sigue siendo la misma a pesar del paso del tiempo. No solo posibilita la recuperación de eventos personales, sino que también estructura la narrativa del yo a lo largo del tiempo (Conway y Pleydell-Pearce, 2000). En psicoterapia, este tipo de memoria resulta especialmente relevante, ya que todo lo que la persona logra integrar en su memoria autobiográfica, proporciona un sentido de coherencia a la experiencia. La investigación empírica sobre trauma y memoria autobiográfica en adultos ha identificado diferencias clave entre recuerdos traumáticos y no traumáticos, especialmente en poblaciones clínicas (Brewin 2007; Cozolino y Santos, 2014). Se puede extraer que, a grandes rasgos, la memoria implícita de las experiencias traumáticas se ve amplificada y se continúa recuperando sin control voluntario, mientras que la memoria explícita, y en particular, la autobiográfica, tiende a fragmentarse y desorganizarse.

Principios de la memoria aplicables a la psicoterapia

El funcionamiento de la memoria es dinámico y está determinado por procesos que regulan cómo la información se adquiere, se almacena y se recupera. Para comprender lo que sucede durante la psicoterapia se pueden considerar cada uno de los principios de la memoria consolidados por la investigación. En primer lugar, ¿cómo se forman los recuerdos? Toda experiencia que es recordada ha pasado primero por un proceso de codificación mediante el cual la información se transforma para ser almacenada. Así, cuando aprendemos algo nuevo, la información se capta e integra en el cerebro, formando una memoria asociativa o engrama. Inicialmente, esta actividad neuronal constituye la memoria a corto plazo. Pero para que este engrama se almacene a largo plazo, debe pasar por lo que se conoce como consolidación, que es un proceso de estabilización mediado por la síntesis de proteínas. La consolidación transforma la información de la memoria a corto plazo, susceptible a la interferencia, a un almacenamiento permanente en la memoria a largo plazo, menos vulnerable a las interrupciones. A nivel molecular el proceso de consolidación supone una modificación estructural de las células implicadas en la red neural en cuestión; por plasticidad neuronal, cuando algo se aprende se crean nuevas rutas o bien, se modifican las rutas previamente adquiridas.

No todas las experiencias se codifican con la misma intensidad ni accesibilidad futura, ya que factores como la atención influyen en el proceso. Algunos elementos requieren atención focal y voluntaria para

su codificación y almacenamiento, mientras que otros, como los de la memoria implícita, no. Del mismo modo, existen más probabilidades de que una información sea codificada y almacenada si provoca una fuerte activación emocional. Esto ocurre porque las emociones actúan como factores moduladores facilitando que ciertos eventos con alto impacto afectivo persistan en la memoria a largo plazo (McGaugh y Roozendaal, 2002; Justel et al., 2013). El estrés y el estado de alerta en situaciones emocionalmente significativas influyen en la consolidación de la memoria, modulando la calidad del recuerdo y su recuperación posterior (Justel et al., 2013). En este proceso, el hipocampo cumple una función clave al reorganizar los recuerdos e integrarlos en redes de conocimiento preexistentes. Es decir, el adecuado funcionamiento del hipocampo sería el principal responsable de que la información se transforme en memoria explícita que se pueda recordar a largo plazo. Y este proceso parece promoverse principalmente, durante el sueño (Stickgold y Walker, 2007). Las experiencias traumáticas afectan directamente a la actividad del hipocampo; diversas investigaciones (Harnett et al., 2020; Joshi et al., 2020) avalan la existencia de patrones de activación hipocampal alterados en personas con sintomatología postraumática, con las consecuentes dificultades en el funcionamiento de la memoria.

Por su parte, la recuperación de la memoria implica la reactivación de los engramas, que puede ocurrir de forma espontánea o voluntaria. En contraste, el olvido es un proceso complejo que puede deberse a la pérdida de la huella de memoria o a la interferencia de nuevos aprendizajes, como en la extinción, donde una nueva memoria puede inhibir la expresión de la original, aunque esta última no se olvide por completo. A la hora de recuperar un recuerdo, las claves de recuperación son los elementos fundamentales. Se trata de estímulos esenciales para activar el proceso de recordar, que será más o menos eficaz dependiendo de si estas claves son específicas, relevantes y si existe fuerza de asociación con la información que se codificó inicialmente. Por ejemplo, la experiencia de tener algo “en la punta de la lengua” proporciona un ejemplo de una búsqueda con claves ineficaces; habitualmente si esto sucede la persona experimenta una frustrante sensación de estar buscando en la carpeta inadecuada. En lo que respecta a la psicoterapia, esto supone algo muy importante, pues las claves de recuperación usadas por el terapeuta pueden afectar, y mucho, a la búsqueda de recuerdos que realice el paciente. Es necesario saber que, para una recuperación efectiva, las claves deben ser coherentes con el contexto y la forma en que se codificó la memoria. Y también que la recuperación en ocasiones es voluntaria y otras veces, totalmente involuntaria. La recuperación involuntaria de recuerdos, como en los flashbacks o los sueños, a menudo depende de la activación espontánea de las huellas de memoria. Esto sucede por la exposición (habitualmente accidental) a estímulos asociados a la memoria que actúan como claves de recuperación, incluso sin una intención consciente de recordar. La recuperación voluntaria, sin embargo, implica un esfuerzo consciente para acceder a la información almacenada y, en definitiva, una intención para recordar.

Un dato muy relevante es que, puesto que la memoria no es un sistema estático, cada vez que un recuerdo se recupera, no se accede a una copia exacta del pasado, sino a una reconstrucción flexible que puede actualizarse y reinterpretarse según el estado emocional y cognitivo del presente. Loftus y sus colaboradores (Loftus, 1979; Lynn et al., 2012; Otgaar, et al., 2019) llevan décadas estudiando la importancia de los falsos recuerdos, muy especialmente, aquellos que aparecen por la acción de la evaluación e intervención psicológica. Estos investigadores han demostrado en reiteradas ocasiones que los recuerdos no son grabaciones perfectas sino reconstrucciones que pueden estar influenciadas por sugerencias externas y factores contextuales del presente. Su investigación indica que algunos recuerdos recuperados de eventos traumáticos, sobre todo aquellos obtenidos en terapia, pueden ser producto de la sugestión más que de una verdadera recuperación de eventos olvidados. Además, se ha comprobado como las creencias erróneas del propio terapeuta acerca de procesos como la represión de recuerdos traumáticos puede interferir en la memoria de los pacientes (Patihis et al., 2021; Zappala et al., 2024). Esta línea de investigación supone una potente advertencia de la necesidad de manejar con cuidado los principios del funcionamiento de la memoria en la psicoterapia.

Por último, el proceso de reconsolidación ha cobrado gran relevancia en la investigación contemporánea sobre la memoria y el cambio terapéutico. Por ello y por su carácter nuclear en este artículo, se profundiza a continuación en este proceso.

Reconsolidación de la memoria y su papel en la psicoterapia

Cuando se recupera un recuerdo, voluntaria o involuntariamente, éste puede reactivarse. Eso significa que la huella de memoria vuelve a un estado similar al que tuvo durante la codificación, haciéndose temporalmente maleable y facilitando su modificación antes de ser almacenado nuevamente. Ante la creencia tradicional de la inmutabilidad de los recuerdos después de la consolidación, la teoría de la reconsolidación y sus evidencias empíricas aportaron datos muy relevantes sobre la capacidad de la memoria para cambiar. Se ha demostrado en numerosos estudios que las huellas mnésicas pueden modificarse estructuralmente, incluso después de haberse consolidado (Hupbach et al., 2007; Misanin et al., 1968) implicando mecanismos moleculares y conductuales específicos que se activan gradualmente durante la reactivación del recuerdo (Nader y Einarsson, 2010). Así, la reactivación adecuada de los recuerdos los situaría en una posición de inestabilidad, algo que proporcionó oportunidades clínicas para transformar patrones emocionales y cognitivos problemáticos (Nader et al., 2000; Ecker y Bridges, 2020). Se ha constatado que, una vez reactivado el recuerdo, se abre una ventana crítica de hasta seis horas en la que puede modificarse antes de su reconsolidación (Nader, 2003; Pedreira et al., 2004).

Sin embargo, ¿por qué no siempre un recuerdo que se recupera puede ser modificado? Una de las evidencias relacionadas con el fenómeno de la reconsolidación es la presencia necesaria de un error de predicción durante el periodo de activación del recuerdo. Esto se traduce en algún tipo de información que introduzca una discrepancia evidente entre las expectativas previas y la experiencia actual, habitualmente acompañada de una sensación de sorpresa. Esta incongruencia es fundamental para que se dé la actualización de la memoria. Algunos autores han propuesto la idea de que el cerebro necesitaría una nueva información más coherente con el presente que le ayude a “convencerse” de la necesidad de actualizar la información (Ecker y Toomey, 2008). Atendiendo a los principios de la reconsolidación, lo cierto es que casi cualquier tarea que interfiera con la memoria de trabajo y que provoque una interrupción del recuerdo activado podría considerarse como error de predicción (Holmes et al., 2009; James et al., 2015). Se ha demostrado que el simple acto de recordar no garantiza la reconsolidación, sino que es imprescindible esta sorpresa o elemento novedoso (Sevenster et al., 2012), algo que podría asemejarse al conocido “insight” de posiciones más psicoanalíticas y que en muchos procesos terapéuticos, resulta de especial relevancia para el cambio.

Adicionalmente, es importante resaltar el papel específico de las memorias implícitas en la clínica, las cuales influyen notablemente en la formación y mantenimiento de síntomas emocionales y conductuales, aunque no sean directamente accesibles a la consciencia (Fernández-Puig et al., 2021). Para abordar estas memorias implícitas desde la reconsolidación, es esencial inducir su reactivación terapéutica, facilitando su desestabilización y posterior actualización con información emocional correctiva (Pedreira et al., 2004). Ahora bien, el malestar psicológico no se origina únicamente en contenidos implícitos. También las memorias explícitas, particularmente las episódicas y autobiográficas, pueden ser fuente de sufrimiento. Ejemplos de ello son las rumiaciones, los flashbacks o las narrativas traumáticas persistentes. La evidencia indica que la reconsolidación puede afectar también a estos sistemas declarativos de memoria, siempre que se cumplan determinadas condiciones de activación y desestabilización (Elsey et al., 2018; Hupbach et al., 2007). Estudios en humanos han documentado este fenómeno, y revisiones recientes lo presentan como una propiedad general del sistema mnésico, aunque regulada por condiciones específicas (Kim et al., 2021).

Un desafío clave ha sido la modificación de recuerdos de miedo remoto, que suelen ser más resistentes a la reconsolidación que los recuerdos recientes. Silva y Gräff (2023) explican que esto ocurre porque las memorias de miedo remoto dependen de redes cerebrales más distribuidas, incluyendo la corteza prefrontal y el tálamo, lo que hace que sean menos accesibles a la intervención terapéutica tradicional. No obstante, su estudio sugiere que la actualización de la reconsolidación puede ser efectiva para modificar estos recuerdos y reducir su impacto emocional, abriendo nuevas oportunidades para la intervención en pacientes con recuerdos traumáticos persistentes.

La investigación actual continúa explorando cómo intervenciones psicológicas y farmacológicas podrían optimizar este proceso, dada su capacidad única para modificar permanentemente memorias disfuncionales y mejorar significativamente los resultados terapéuticos en diversos trastornos (Ecker y Bridges, 2020; Lane et al., 2015). En psicoterapia, el aprovechamiento de este mecanismo es prometedor, especialmente

en trastornos emocionales como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). La activación controlada de recuerdos traumáticos combinada con información contradictoria o correctiva puede reducir significativamente el impacto emocional del recuerdo a largo plazo y sus secuelas psicológicas, favoreciendo cambios estables (Monfils et al., 2009; Schiller et al., 2010). Además, la reconsolidación se diferencia claramente de otros procedimientos basados en procesos de extinción o desensibilización, que únicamente crean asociaciones competitivas sin modificar la estructura original del recuerdo (Duvarci y Nader, 2004; Suzuki et al., 2004; Tronson y Taylor, 2007). Esta diferencia implica que la reconsolidación tiene potencial para ofrecer resultados más estables y duraderos, en comparación con intervenciones tradicionales centradas en la extinción (Bouton, 2004; Merlo et al., 2014). Sin embargo, la aplicación de la reconsolidación a la psicoterapia es algo muy reciente; la terapia se ha basado tradicionalmente en la construcción de nuevos recuerdos, más que en el empeño por modificar los ya consolidados. Pero lo cierto es que el cuerpo de evidencia acumulada sobre este fenómeno desde hace décadas (e.g., Agren et al., 2012; Hupbach et al., 2007; Merlo et al., 2014; Misanin et al., 1968; Monfils et al., 2009; Nader et al., 2000; Schiller y Phelps, 2011; Schiller et al., 2010; Suzuki et al., 2004; Tronson y Taylor, 2007); permite trabajar para su extrapolación a la psicoterapia con bastante seguridad.

Terapias centradas en el trauma

Como se ha expuesto en apartados previos, las experiencias traumáticas tienen el potencial de alterar significativamente el funcionamiento de la memoria. Precisamente, un acontecimiento se considera traumático por el alto nivel de activación nerviosa que genera, lo que interrumpe la codificación de la información. Así, los recuerdos traumáticos se identifican por estar fragmentados, tener un carácter altamente sensorial y estar asociados a una intensa respuesta emocional, impidiéndose su integración dentro de una narrativa coherente (Brewi et al., 2010). Además, la memoria traumática tiende a reactivarse involuntariamente ante estímulos que recuerdan la experiencia original, desencadenando respuestas emocionales y fisiológicas que en el momento de su ocurrencia (fuera ya de la experiencia traumática) resultan desadaptativas (Ehlers y Clark, 2000). Estos factores han llevado al desarrollo de diversas estrategias terapéuticas para modificar la forma en que estos recuerdos afectan a las personas. A nivel clínico, los enfoques terapéuticos para el trauma han seguido dos direcciones principales en función de su relación con la memoria. Algunas terapias buscan reducir el impacto de los recuerdos traumáticos mediante la generación de nuevos aprendizajes que compiten con el recuerdo original, mientras que otras parecen facilitar un cambio estructural en la memoria traumática, aunque sin haber sido diseñadas explícitamente con este propósito.

Las terapias del primer grupo se basan en procesos de extinción, habituación y reestructuración cognitiva. Intervenciones como la terapia de exposición prolongada, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) y la terapia de exposición narrativa (NET) buscan disminuir la respuesta emocional al trauma mediante la repetida evocación del recuerdo en un entorno seguro o la modificación de creencias asociadas al evento. Estos enfoques han demostrado eficacia en la reducción de síntomas postraumáticos, pero su mecanismo de acción se basa en la formación de asociaciones nuevas, sin modificar directamente la memoria original del trauma (Bouton, 2004).

El segundo grupo incluye terapias con teorías subyacentes menos claras. Aunque algunas son populares y cuentan con respaldo empírico en cuanto a su eficacia, carecen de un mecanismo neurobiológico explicativo. Entre ellas se incluyen el EMDR, las terapias que trabajan con elementos simbólicos y las terapias corporales.

En los últimos años han surgido terapias diseñadas específicamente para inducir la reconsolidación de la memoria con el fin de modificar directamente los recuerdos traumáticos. A diferencia de los enfoques basados en la extinción o la inhibición de la respuesta emocional, estas intervenciones buscan transformar la huella mnésica original, impidiendo que el recuerdo traumático siga generando síntomas persistentes (Ecker y Bridges, 2020). A continuación se revisa y analiza cada uno de estos grupos de terapias (Ver tabla 1.).

Tabla 1. Comparación entre terapias centradas en trauma

Terapia	Mecanismo Principal	Limitaciones	Potencial Relación con la Reconsolidación
Terapia de Exposición	Extinción del miedo mediante exposición repetida	No borra la memoria del miedo original, posibilidad de recaídas	No induce la reconsolidación, solo inhibe la memoria del miedo
Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma (TCC-CT)	Exposición controlada + reestructuración cognitiva	Puede no modificar la estructura del recuerdo, sino solo generar un nuevo significado	Puede facilitar la reconsolidación si se introduce nueva información correctiva
Terapia de Exposición Narrativa (NET)	Reconstrucción narrativa + exposición controlada	No garantiza la reconsolidación del recuerdo, impacto depende de su activación sensorial/emocional	Posible activación de la reconsolidación si la reactivación del recuerdo es efectiva
EMDR	Exposición con estimulación bilateral; procesamiento de la información según el modelo PAI	Mecanismo de acción poco claro, eficacia comparable a otras terapias sin estimulación bilateral	Eficacia puede deberse a la reconsolidación incidental en algunos casos
Terapias Corporales y Simbólicas	Acceso a recuerdos implícitos mediante expresión corporal o simbólica	Procedimientos poco estructurados, dificultad para evaluar su impacto real en la memoria	Podría facilitar la reconsolidación en memorias implícitas, pero sin marco teórico claro
Protocolo de Reconsolidación de Memorias Traumáticas (RTM)	Reactivación breve del recuerdo con modificación estructural	Requiere condiciones específicas para inducir la reconsolidación	Diseñada específicamente para inducir la reconsolidación
Terapia de Reconsolidación y Coherencia	Activación de aprendizajes emocionales y reestructuración del recuerdo	Modelo reciente, necesita más evidencia empírica sobre su eficacia	Basada en la reconsolidación, aunque necesita mayor validación empírica

PAI: Procesamiento Adaptativo de la Información.

Terapias basadas en competencia de recuerdos

Terapia de exposición: Vencer al miedo... ¿o arrinconarlo?

Las terapias de exposición y desensibilización han sido ampliamente utilizadas en el tratamiento de la ansiedad y el TEPT. Durante décadas, ha sido el enfoque de referencia para tratar fobias y trastornos relacionados con el miedo, basándose en el modelo de extinción (Foa y Kozak, 1986; Craske et al., 2014). En esencia, se parte de la premisa de que la repetida exposición a un estímulo temido, en ausencia del daño esperado, reduce progresivamente la respuesta emocional y fisiológica. Con el tiempo, el paciente aprende que el estímulo no es peligroso y se genera una nueva memoria de seguridad que inhibe la activación del miedo (Bouton, 2004; Lebois et al., 2019). Aunque es un procedimiento claro y efectivo, respaldado por la evidencia científica y considerado tratamiento de elección en estos casos, en la práctica uno de los problemas es la presentación de recaídas inesperadas una vez finalizado el tratamiento.

Además de la resistencia natural en los pacientes, al implicar una exposición a lo que temen y suelen evitar, otro inconveniente es que, incluso siendo exitoso, este tratamiento no siempre garantiza que el miedo desaparezca de manera definitiva. Y es que, desde un punto de vista de la memoria, la extinción no borra la memoria traumática original, sino que introduce una nueva memoria de seguridad que genera un aprendizaje alternativo. Esto convierte al nuevo recuerdo en un competidor del anterior. Sin embargo, basta con que el paciente se enfrente al estímulo en un contexto distinto o que atravesase un evento aversivo inesperado para que la memoria del miedo resurja con la misma intensidad que antes (Milad y Quirk, 2012; Stanbury et al., 2020). Este fenómeno, conocido como reinstauración del miedo, pone en evidencia una de las principales limitaciones de la exposición: el miedo no desaparece, solo queda inhibido temporalmente, dependiendo del contexto y de la estabilidad de la nueva asociación. Imaginemos a alguien con fobia a volar que, tras un proceso de exposición, consigue viajar sin ansiedad. Sin embargo, en un vuelo particularmente turbulento, experimenta una crisis de pánico y la ansiedad regresa de golpe. Esto no significa que la terapia no haya funcionado, sino que la memoria de seguridad adquirida ha quedado temporalmente anulada por la reactivación de la memoria original del miedo. Desde la psicología de la memoria, esto sugiere que la exposición no modifica la estructura del recuerdo traumático, sino que enseña al paciente a regular su respuesta emocional en determinadas circunstancias (Lebois et al., 2019). La memoria del miedo sigue intacta, latente, y puede volverse dominante ante situaciones que generen un alto nivel de activación emocional.

En términos de memoria, la extinción tiene una clara limitación: la nueva asociación de seguridad que se genera en la exposición no elimina la anterior, sino que convive con ella en una relación de competencia. Esto explica por qué las recaídas son frecuentes y por qué algunos pacientes, a pesar de haber completado exitosamente su tratamiento, siguen sintiendo que el miedo puede volver en cualquier momento. Si la terapia no incide en la memoria del miedo en su nivel más profundo, sino que se limita a entrenar al paciente para tolerarlo en determinados contextos, el riesgo de que la ansiedad se reinstaure sigue presente (Ecker et al., 2012; Nader y Hardt, 2009).

Una alternativa prometedora es el proceso de reconsolidación de la memoria, que permite modificar directamente la memoria traumática en lugar de simplemente inhibirla. En la tabla 2 se exponen algunas de las diferencias fundamentales entre procedimientos. En términos terapéuticos, esto significa que, en lugar de intentar que el paciente “se acostumbre” al estímulo temido, podríamos generar una experiencia correctiva que modifique la estructura misma del recuerdo del miedo.

Tabla 2. *Diferencias entre la extinción y la reconsolidación*

Extinción	Reconsolidación
Proceso por el cual una memoria pierde su impacto emocional a través de exposición repetida sin consecuencias negativas.	Proceso en el que una memoria reactivada entra en un estado inestable y se vuelve a consolidar con posibles modificaciones.
Genera un nuevo aprendizaje que inhibe la memoria traumática sin eliminarla.	Actualiza o modifica la memoria original tras su reactivación.
Disminuye la intensidad de la respuesta emocional, pero no borra la memoria original.	Puede alterar el contenido de la memoria.
El miedo puede reaparecer en ciertos contextos.	Puede desaparecer totalmente la respuesta emocional.
Dependiente de contexto: la memoria puede extinguirse en un ambiente seguro, pero reaparecer en otro.	No necesariamente dependiente de contexto: la memoria puede cambiar de manera más global.

Terapias cognitivo-conductuales y narrativas: un relato alternativo

Las terapias narrativas han sido ampliamente utilizadas en el tratamiento del trauma con el objetivo de facilitar la integración de los recuerdos traumáticos dentro de una historia de vida coherente y significativa. A diferencia de los enfoques centrados en la extinción del miedo, estas intervenciones buscan modificar la relación del paciente con su historia traumática. Se centran en la resignificación del evento traumático y el desarrollo de nuevas asociaciones que ayuden a reducir su impacto emocional. Estas intervenciones combinan dos principios fundamentales: la exposición a los recuerdos traumáticos dentro de un contexto seguro, a través fundamentalmente de la narrativa, y la construcción de nuevos significados que ayuden a reinterpretar la experiencia desde una perspectiva menos amenazante (Schauer et al., 2011; Gesteira et al., 2018).

Una de las terapias más estudiadas en este enfoque es la Terapia de Exposición Narrativa (NET), desarrollada para abordar el trauma en poblaciones expuestas a violencia extrema, como refugiados y víctimas de tortura. La NET se fundamenta en la elaboración de una narrativa biográfica en la que el paciente reconstruye su historia de vida y trabaja para integrar los episodios traumáticos. Durante este proceso, la repetición controlada del relato permite tanto la reducción de la reactividad emocional como la consolidación de una perspectiva más organizada y contextualizada del trauma. Los ensayos clínicos han demostrado su eficacia en la reducción de síntomas postraumáticos, especialmente en la disminución de la fragmentación del recuerdo y el fortalecimiento de la sensación de control del paciente sobre su historia (Neuner et al., 2008).

Por otro lado, la Terapia Cognitivo-Conductual centrada en el trauma (TCC-CT) comparte con la NET el uso de la exposición controlada, pero pone mayor énfasis en la reestructuración cognitiva de creencias disfuncionales asociadas al evento traumático. A través del análisis guiado del trauma, el paciente identifica interpretaciones negativas que refuerzan su sintomatología, sustituyéndolas progresivamente por otras más adaptativas (Gesteira et al., 2018).

Atendiendo al trabajo con la memoria, se puede considerar que en este tipo de terapias hay un esfuerzo centrado en la creación de recuerdos competitivos, del mismo modo que pasa con terapias basadas en la exposición o desensibilización. Se parte de la premisa de que este trabajo aumenta la confianza del paciente en sus propios recursos y en su entorno. Esto proporciona mayor seguridad, que sin duda es clave para reducir los efectos psicológicos de la experiencia traumática.

Aunque ambas intervenciones han demostrado eficacia en la reducción de síntomas postraumáticos, su impacto en la memoria del trauma varía según el modo en que se reactive y reorganice la experiencia durante el tratamiento. Desde la perspectiva de la reconsolidación de la memoria, se plantea que la modificación del recuerdo traumático requiere no solo su reactivación, sino la introducción de nueva información que lo transforme de manera significativa (Schiller y Phelps, 2011). En este sentido, aunque la NET y la TCC-CT promueven la exposición al trauma, no necesariamente garantizan que la memoria original entre en un estado lábil susceptible de actualización. Es más, los principios subyacentes a estas intervenciones no pasan por el trabajo centrado en la reconsolidación, por lo que cualquier actualización y modificación directa de un recuerdo sería puramente accidental. Atendiendo a la hipótesis teórica y los mecanismos terapéuticos, las terapias cognitivas y narrativas utilizan fundamentalmente estrategias que requieren un acceso consciente a la información y aprovechan los principios de la extinción y del desarrollo de nuevos aprendizajes. Así, la repetición narrativa o la reestructuración cognitiva operan a un nivel predominantemente explicativo, sin activar la dimensión sensorial y emocional del recuerdo más que casualmente, por lo que es posible que los cambios terapéuticos reflejen la creación de rutas de procesamiento paralelas en lugar de una modificación estructural de la memoria traumática. Desde este enfoque, por lo tanto, la cuestión clave es que los cambios generados por la NET y la TCC-CT se deben a mecanismos compensatorios que ayudan al paciente a manejar su historia de vida sin alterar la huella mnésica subyacente.

Terapias con mecanismos no definidos: Un posible vínculo con la reconsolidación

EMDR: ¿Reconsolidación accidental?

El EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) es una de las intervenciones más estudiadas para el tratamiento del trauma psicológico y ha demostrado eficacia en la reducción de los síntomas del TEPT (Shapiro y Maxfield, 2002). Su incorporación en guías clínicas internacionales ha avalado su validez como herramienta terapéutica, y pese al gran debate que ha suscitado, esto supone un argumento de peso para considerarla una terapia tan válida como cualquier otra de la lista de terapias basadas en la evidencia. Sin embargo, su mecanismo de acción sigue siendo cuestionado por una parte relevante de la comunidad científica.

Los fundamentos de la técnica se sustentan en lo que se ha denominado el modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI), una explicación que integra principios de diversas fuentes para dar respuesta a lo que sucede durante una experiencia traumática. Este modelo parte de la premisa de que los recuerdos traumáticos quedan almacenados de manera disfuncional y necesitan ser reprocesados con ayuda de un protocolo concreto de pasos que se acompañan de un elemento bastante controvertido: la estimulación bilateral. Los fundamentos teóricos en los que se basa han sido cuestionados, especialmente en relación con la estimulación bilateral y su papel en la mejora sintomática (Lee y Cuijpers, 2013; Mertens et al., 2021).

En este caso, el EMDR ha sido desarrollado basándose en un modelo teórico propio. Como describe la propia autora en su manual de referencia:

El método EMDR se basa en la observación empírica que realicé respecto a los efectos que ejercen los movimientos oculares en el procesamiento emocional-cognitivo. Desarrollé los pasos básicos del procedimiento con el método de prueba y error, observando resultados clínicos. Los efectos rápidos, observables, me permitieron delinear varios patrones de respuesta clínica y, naturalmente, esto mismo me condujo a formular varias teorías, en un intento por explicarlos. Refinar estos principios teóricos me permitió predecir y probar nuevas aplicaciones de los procedimientos, que, a su vez, moldearon el desarrollo continuo del método. Aunque no podemos estar seguros de que las teorías resultantes representan lo que está sucediendo a nivel fisiológico, concuerdan con las observaciones y ayudan a guiar las decisiones clínicas por la aplicación lógica de los principios básicos. (Shapiro, 2004, p. 29)

En páginas previas, la misma autora explica cómo su modelo emergió de un “insight” observacional, al notar que movía los ojos rápidamente mientras pensaba en sus preocupaciones y que esto la ayudaba a sentirse mejor. Sin duda, la base del método es susceptible de crítica desde un punto de vista científico, ya que la hipótesis inicial se fundamenta en una correlación observacional, sin un respaldo teórico sólido sobre el funcionamiento de la memoria o el procesamiento emocional. A partir de aquí, Shapiro basó toda la intervención en la idea de que los movimientos oculares permitían acelerar el procesamiento adaptativo de la información, y por ello, la estrategia terapéutica debía proponer formas de replicar esto que el cerebro hace, siempre que puede, de manera natural (por ejemplo, mientras soñamos). Desarrolló sus investigaciones posteriores proponiendo un estricto protocolo de pasos que, como ella misma explicó, se basaron en procedimientos de ensayo y error. La cantidad de información perdida en estos pasos, así como la que pudo haberse interpretado erróneamente, es imposible de saber. Lo que sí sabemos hasta la fecha es que la hipótesis del movimiento ocular y de otras formas de estimulación bilateral no ha podido ser contrastada. Sin embargo, el protocolo inicial ha seguido siendo la propuesta básica de la terapia EMDR y toda la investigación ulterior durante más de 40 años ha continuado tratando de validar este protocolo, asumiendo siempre la teoría inicial sin apenas modificación.

A pesar de su reconocimiento en la literatura clínica, lo cierto también es que la evidencia sobre la eficacia del EMDR no es uniforme. Algunos metaanálisis han encontrado que esta intervención reduce significativamente los síntomas del TEPT en comparación con listas de espera y mantiene sus efectos a largo plazo, además de presentar tasas de adherencia más altas que otras terapias basadas en la exposición (Serrano-Pintado y Rasines-Laudes, 2023). Sin embargo, una revisión sistemática con metaanálisis de datos individuales encontró que EMDR no es más eficaz que otras terapias psicológicas activas, como la terapia cognitivo-conductual enfocada en el trauma, y que los movimientos oculares y la estimulación bilateral no parecen aportar un beneficio adicional en la reducción de síntomas (Wright et al., 2024). Esto sugiere que los efectos terapéuticos del

EMDR podrían deberse a mecanismos compartidos con otras intervenciones, como la exposición al recuerdo traumático, en lugar de a procesos específicos del protocolo. No es desacertado decir que, aunque la terapia haya demostrado su eficacia, lo que estrictamente nadie ha podido demostrar es por qué. Es decir, una persona que recibe una intervención por parte de un terapeuta que aplica EMDR puede mejorar, tanto o más que con otro tipo de terapias. La tasa de éxito es tan variable como la observada en terapias basadas en la exposición, por ejemplo. Sin embargo, los motivos por los que mejora no deberían ser atribuidos directamente al modelo teórico que subyace al EMDR. Ahora bien, tampoco sería correcto afirmar que se debe a otro tipo de procedimientos como la extinción, argumento que en ocasiones se esgrime para criticar la técnica. Pero entonces, ¿qué podría estar pasando realmente con esta terapia?

Desde la perspectiva de la reconsolidación de la memoria, es posible ofrecer una explicación alternativa sobre por qué el EMDR es eficaz en algunos casos y por qué no siempre lo es. Se propone que lo que hace eficaz al EMDR no radicaría en su procedimiento estructurado ni en la estimulación bilateral per se, sino en la activación del recuerdo y la introducción de información que lo modifique antes de su estabilización. Es decir, sería una intervención que facilita, por su estructura, el proceso de la reconsolidación de recuerdos. Sin embargo, no lo consigue intencionadamente y, por lo tanto, no debería considerarse una terapia centrada en este principio, sino más bien una que lo consigue a veces y casi sin querer. Tal vez, lo mismo que podría estar pasando con cualquier otro tipo de procedimiento terapéutico. Solo que el EMDR presenta algunas peculiaridades especialmente interesantes para la reconsolidación.

Por ejemplo, uno de los aspectos más característicos del EMDR es la búsqueda previa de un recuerdo apropiado para su reprocesamiento, así como un paso inicial de medición exhaustiva del mismo. En esta fase el recuerdo diana se activa minuciosamente a través de la identificación de imágenes, pensamientos, emociones y sensaciones físicas asociadas. Desde la perspectiva de la reconsolidación, esta estrategia es fundamental, ya que permite reactivar el recuerdo en toda su complejidad, generando una representación lábil susceptible de ser modificada (Ecker et al., 2012). Sin embargo, la falta de un marco teórico basado en la reconsolidación podría explicar por qué este proceso no siempre genera el cambio esperado. Dado que el protocolo del EMDR no tiene como objetivo explícito la reconsolidación, este proceso podría estar ocurriendo de manera azarosa en los casos de éxito, mientras que en otros casos la memoria se reactiva sin que se produzca una actualización efectiva.

Otro punto clave del EMDR es su fase de desensibilización, en la que se utiliza la estimulación bilateral mientras el paciente accede al recuerdo traumático. Aunque tradicionalmente se ha argumentado que esta estimulación acelera el procesamiento y facilita la integración del recuerdo a nivel neuronal, la evidencia empírica no ha demostrado que sea un componente necesario (Lee y Cuijpers, 2013). Considerando un posible mecanismo de reconsolidación en este caso, la estimulación bilateral podría interpretarse simplemente como una tarea interferente que facilitaría el ya descrito error de predicción. Es, en definitiva, una actividad que ocupa la memoria de trabajo mientras se reactiva el recuerdo, reduciendo la intensidad emocional de la experiencia y facilitando su modificación (Van den Hout y Engelhard, 2012).

Asimismo, la fase de “instalación de una creencia positiva” en el EMDR podría entenderse como un intento de dirigir el proceso de actualización de la memoria en una dirección específica, favoreciendo la introducción de información discrepante o correctiva que desafíe la narrativa original. En este sentido, la instalación de una creencia positiva podría estar cumpliendo un papel análogo al de las experiencias correctivas utilizadas en otras terapias: informar al sistema de memoria sobre una nueva forma de interpretar la experiencia, favoreciendo la actualización del recuerdo.

Si bien el EMDR es una intervención con eficacia demostrada, su estructura rígida y su énfasis en la estimulación bilateral han limitado la comprensión de los mecanismos que realmente facilitan el cambio terapéutico. La gran inversión de recursos en la estricta sistematización del procedimiento ha llevado a que los fallos en el tratamiento se atribuyan a problemas en la evaluación o preparación del paciente, como la falta de motivación, la disregulación emocional o la disociación (Draganović, 2021; Balkin et al., 2022), sin cuestionar la validez del modelo teórico en sí mismo. En la literatura asociada a la práctica del EMDR, es común encontrar explicaciones que responsabilizan al clínico por no haber seleccionado correctamente los targets o por desviaciones en la adherencia al protocolo, pero no se plantean interrogantes sobre si los efectos terapéuticos provienen realmente de la estimulación bilateral o si, en cambio, responden a un mecanismo ya reconocido en neurociencia,

como la reconsolidación de la memoria (Maxfield, 2007; Beer, 2018). Siguiendo la hipótesis de este artículo, en realidad el éxito del EMDR dependería de si el procedimiento activa de manera efectiva la ventana de plasticidad de la memoria y no de la fidelidad a una estructura rígida de pasos protocolizados (Farrell et al., 2018; Wright et al., 2024). Esto abre la puerta a una revisión crítica del protocolo, eliminando elementos innecesarios y optimizando la intervención con base en los principios de la reconsolidación, en lugar de atribuir los fallos terapéuticos exclusivamente a factores del paciente o del terapeuta.

Una posible explicación complementaria para la eficacia del EMDR se encuentra en la combinación de factores comunes presentes en toda psicoterapia efectiva y en la estructura ritualizada del protocolo. La investigación sobre factores comunes ha demostrado que elementos como la alianza terapéutica, la expectativa de mejora, la reestructuración cognitiva y la activación emocional juegan un papel central en el cambio terapéutico, independientemente de la técnica específica utilizada (Wampold, 2001; Lambert, 1992). Desde esta perspectiva, el EMDR funcionaría no solo por sus componentes específicos, sino porque proporciona un marco de intervención que favorece la expresión emocional y la reformulación de recuerdos problemáticos.

Además, la detallada estructura del protocolo del EMDR podría desempeñar una función similar a la de un ritual terapéutico, un concepto desarrollado por Jerome Frank en su obra *Persuasion and Healing* (Frank y Frank, 1991). Frank sugiere que la eficacia de muchas intervenciones psicoterapéuticas radica en su capacidad para ofrecer un procedimiento organizado y sistemático que genera confianza tanto en el paciente como en el terapeuta. La presencia de un protocolo claramente definido da seguridad y predictibilidad, lo que refuerza la credibilidad de la terapia y la convicción de que el tratamiento será efectivo. Este marco estructurado facilita que el paciente se involucre en el proceso con una expectativa positiva de cambio, lo que, según la literatura, es un factor clave en los resultados terapéuticos (Kirsch, 1997; Wampold y Imel, 2015).

En este sentido, el EMDR podría operar en dos niveles distintos: en algunos casos, activando los principios de la reconsolidación de manera incidental, cuando se cumplen las condiciones necesarias para la actualización de la memoria; en otros, funcionando a través de los factores comunes y la sugestión, incluso sin que se produzca una modificación estructural de los recuerdos traumáticos.

Un punto clave en esta discusión es la estimulación bilateral, un componente central del EMDR que se ha defendido como un elemento esencial del proceso de reprocesamiento. Sin embargo, estudios han sugerido que su efecto diferencial sobre la sintomatología del trauma es, en el mejor de los casos, modesto (Lee y Cuijpers, 2013; Mertens et al., 2021). Por lo que una posibilidad sería entenderlo como una tarea de interferencia cognitiva, similar a otras estrategias utilizadas en terapias basadas en el reprocesamiento de recuerdos (Van den Hout y Engelhard, 2012). Cualquier tarea de carga cognitiva, como contar hacia atrás, seguir un estímulo visual en movimiento o realizar una tarea motora simultánea, podría cumplir la misma función de interferencia sin que la estimulación bilateral sea un componente indispensable. Siempre que la tarea elegida logre desestabilizar la memoria en el momento adecuado, su efecto terapéutico podría ser equivalente, lo que pone en cuestión la necesidad de la estimulación bilateral en sí misma.

Lo que sí parece claro es que la terapia ha demostrado eficacia clínica, pero esta eficacia podría explicarse desde otros modelos más parsimoniosos y quizás, muchos elementos de la técnica son prescindibles o incluso, perjudiciales. Sería muy interesante que tanto investigadores como clínicos que trabajen con este modelo puedan contemplar esta hipótesis alternativa, y en consecuencia tener un punto de vista crítico que permita actualizar el modelo. Favorecer su comprensión desde otros marcos teóricos más sólidos permitiría una evolución de la técnica hacia quizás, otras más actuales e informadas en el campo de la memoria.

Terapias corporales y simbólicas: ¿Una actualización fortuita de recuerdos?

Si la terapia EMDR presenta controversias en la comunidad científica, el grupo de procedimientos que se expone a continuación no es menos controvertido. Se trata de procedimientos terapéuticos que comparten el acceso indirecto a los recuerdos traumáticos mediante procedimientos no verbales, ya sean simbólicos, como la Terapia de la Caja de Arena o mediante el cuerpo, como la Terapia Sensoriomotriz. A diferencia de los modelos previos que se han presentado, las terapias descritas en este apartado carecen del cuerpo empírico

suficiente que las avale como terapias basadas en la evidencia. Sin embargo, se incluyen en esta revisión por su popularidad entre los profesionales que se centran en el trabajo con trauma y su difusión cada vez mayor en textos divulgativos, manuales técnicos y formaciones de posgrado.

Las terapias corporales y simbólicas han sido tradicionalmente interpretadas desde enfoques psicodinámicos y humanistas, destacando su capacidad para facilitar la expresión de conflictos internos y la integración de experiencias no verbalizadas (Kalff, 2003). Pero la ausencia de una explicación mecanicista clara sobre su funcionamiento ha generado escepticismo respecto a su eficacia, y su validación científica sigue siendo limitada. La evidencia clínica basada en la práctica y pocos estudios empíricos apuntan hacia una eficacia significativa de estas estrategias de intervención no verbal (Herce et al., 2024; Röhrich, 2009). Sin embargo, se destaca en cualquier publicación al respecto la escasez de estudios y la necesidad de realizarlos. A pesar de ello, estas intervenciones han ganado popularidad en la comunidad profesional, en parte debido a su accesibilidad y aplicabilidad en contextos clínicos. Su uso extendido puede atribuirse a su carácter práctico y experiencial, que las hace intuitivas tanto para terapeutas como para pacientes. Muchas de estas intervenciones se han difundido a través de la formación profesional y la literatura clínica más que por estudios experimentales controlados. Aunque este fenómeno no constituye una validación empírica, sí refleja la percepción de su utilidad en la práctica.

Revisando estas terapias a través de los principios de la reconsolidación, podrían entenderse como estrategias que facilitan la reactivación de recuerdos en formatos no verbales, especialmente en casos donde la memoria traumática no es accesible a nivel episódico consciente, sino que está almacenada en sistemas de memoria implícita y procedimental (van der Kolk, 2014). La construcción de escenas en la caja de arena o la expresión simbólica a través de medios indirectos permiten acceder a fragmentos de experiencias que, de otro modo, permanecerían inaccesibles para la introspección cognitiva. De este modo, el uso de imágenes, metáforas y representaciones simbólicas podría facilitar la desestabilización del recuerdo y abrir una ventana para su modificación. Sin embargo, uno de los desafíos de estas intervenciones es la ausencia de un procedimiento sistemático que garantice que la reconsolidación ocurra de manera efectiva. Aunque en algunos casos el proceso podría suceder espontáneamente, en otros, la simple evocación de una imagen o la construcción de una narrativa simbólica no serían suficientes para modificar la memoria original. En este sentido, dada la falta de concreción de estos procedimientos, también podría entenderse que la reconstrucción simbólica actúa como una tarea de interferencia durante la ventana de plasticidad o incluso como parte de la información discordante que ayudaría a reconsolidar el recuerdo con un nuevo significado. No obstante, la ausencia de criterios específicos para evaluar si esta información es capaz de modificar realmente la memoria traumática representa una limitación significativa.

Por su parte, las terapias corporales para el tratamiento del trauma parten de la premisa de que la memoria traumática no solo se manifiesta en los niveles cognitivo y emocional, sino que también queda registrada en el cuerpo a través de patrones posturales, tensiones musculares y respuestas autonómicas. En consecuencia, estos enfoques buscan acceder a los recuerdos traumáticos a través del procesamiento somático, utilizando el movimiento, la respiración y la conciencia corporal para facilitar la integración de experiencias que no siempre son accesibles verbalmente (van der Kolk, 2014).

Entre estas aproximaciones, la Terapia Sensorimotriz integra la psicología somática con modelos psicoterapéuticos tradicionales. Desde este enfoque, el trauma se conceptualiza como una disrupción en la regulación mente-cuerpo, manifestándose en patrones somáticos automáticos que reflejan experiencias pasadas. A diferencia de otros modelos basados en la verbalización del recuerdo traumático, la Terapia Sensorimotriz enfatiza la exploración de sensaciones corporales y movimientos para reorganizar la memoria implícita del trauma y restaurar un sentido de agencia en el paciente (Ogden et al., 2006). Aunque su desarrollo teórico es extenso, la evidencia empírica que valide su eficacia sigue siendo limitada. Si bien estudios preliminares han señalado beneficios en la regulación emocional y la reducción de síntomas postraumáticos, se requieren ensayos controlados aleatorizados que permitan evaluar con mayor precisión su impacto y los mecanismos específicos que median sus efectos terapéuticos (Payne et al., 2015).

La Terapia Sensorimotriz podría ofrecer un marco relevante para la modificación de recuerdos traumáticos, particularmente aquellos almacenados en sistemas de memoria implícita y procedimental. A diferencia de las terapias narrativas o verbales, su enfoque somático ofrece una dirección creativa para acceder a recuerdos que

no son fácilmente verbalizables, lo que podría contribuir a su activación en un estado lábil y, por ende, favorecer su actualización.

Un aspecto problemático de estos enfoques es que la activación de los recuerdos traumáticos suele ocurrir de manera poco estructurada y, en muchos casos, depende más del proceso espontáneo del paciente que de un procedimiento deliberado y replicable. Además, la interpretación del clínico juega un papel central en la identificación de respuestas postraumáticas, lo que introduce un alto grado de subjetividad en la evaluación. Dado que el terapeuta debe formular hipótesis sobre si determinadas manifestaciones corresponden a aspectos del trauma y proceder en consecuencia, el riesgo de sesgo interpretativo es considerable. Como resultado, la identificación precisa de qué partes de un recuerdo se activan y cuáles se modifican resulta compleja. Esto implica que, hasta la fecha, no es posible determinar con certeza si estos procedimientos están facilitando una reelaboración efectiva de la vivencia traumática o si, en cambio, están operando a través de mecanismos alternativos, como el aumento de la tolerancia a la activación fisiológica o la reducción de la evitación. Si bien estos enfoques ofrecen propuestas innovadoras y prometedoras, es fundamental que futuros estudios se centren en el desarrollo de metodologías más rigurosas que permitan evaluar con precisión sus efectos terapéuticos y su relación con la reconsolidación de la memoria.

Terapias centradas en la reconsolidación

En apartados previos se han revisado las terapias actuales para el tratamiento del trauma a la luz de la teoría de la reconsolidación. Como se ha expuesto, es posible que ciertos enfoques estén operando a través de la reconsolidación sin haber sido diseñados con este propósito. Sin embargo, también existen intervenciones que han comenzado a desarrollar protocolos explícitos basados en este mecanismo, con el objetivo de inducir cambios más estables en la memoria traumática. Estos modelos suponen un avance con respecto a las terapias que generan aprendizajes paralelos sin modificar la huella original del recuerdo, ya que se centran en transformar directamente la representación del evento traumático en la memoria del paciente. Se han desarrollado protocolos explícitos para aprovechar este mecanismo, como el Protocolo de Reconsolidación de Memorias Traumáticas (RTM), utilizado en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Este método induce la reactivación del recuerdo traumático en un contexto controlado, lo que permite su modificación sin la angustia emocional característica de la exposición tradicional (Gray y Bourke, 2015). Se trata de una intervención breve, generalmente completada en cuatro sesiones o menos, que ha mostrado resultados prometedores en la reducción de síntomas de TEPT en veteranos de guerra y otras poblaciones afectadas por trauma. Por ejemplo, en un estudio de caso con un veterano de Vietnam que presentaba síntomas severos de TEPT durante más de 40 años, la intervención con RTM logró una disminución significativa de los síntomas, efecto que se mantuvo al menos un año después del tratamiento (Gray et al., 2017).

Una revisión sistemática y metaanálisis reciente sobre terapias basadas en la consolidación y reconsolidación de la memoria respalda la eficacia de este enfoque. Astill Wright et al. (2021) analizaron 25 ensayos clínicos aleatorizados y encontraron un gran efecto de las intervenciones de reconsolidación en el tratamiento del TEPT (SMD: -1.42, IC 95%: -2.25 a -0.58). RTM fue una de las pocas intervenciones que mostró una eficacia superior a la de los grupos de control, y destacó por su capacidad de modificar recuerdos traumáticos sin necesidad de revivir completamente el evento. La evidencia sugiere que este método podría ofrecer una alternativa más estable y efectiva en comparación con la extinción del miedo, reduciendo la probabilidad de recaídas.

De manera similar, la Terapia de Reconsolidación y Coherencia, desarrollada por Ecker y colaboradores, propone un modelo de cambio basado en la identificación y activación de aprendizajes emocionales subyacentes, seguido de una experiencia correctiva que introduce información contradictoria con la memoria original, lo que facilita así su transformación permanente (Ecker y Bridges, 2020).

Aunque son pocas las terapias que han incorporado explícitamente la reconsolidación como fundamento teórico, este proceso podría estar actuando de forma implícita en una amplia variedad de enfoques terapéuticos. Considerando los principios expuestos, es plausible que parte del éxito de muchas intervenciones radique en la activación de recuerdos y la introducción de información novedosa durante el periodo de labilidad en

el que puede actualizarse. Este planteamiento resalta la necesidad de avanzar hacia modelos terapéuticos más integradores, que no solo incorporen estos principios de manera deliberada, sino que optimicen su aplicación para maximizar la eficacia y estabilidad del cambio terapéutico.

Hacia una psicoterapia integradora basada en la reconsolidación de la memoria

A lo largo de este análisis, se ha propuesto que la reconsolidación de la memoria podría ser un mecanismo transversal en diversas formas de psicoterapia, lo que explicaría por qué técnicas aparentemente diferentes logran modificar recuerdos y generar cambios duraderos en los pacientes. Las terapias de exposición, el EMDR, las terapias narrativas y simbólicas comparten ciertos elementos que, aunque se justifican desde marcos teóricos distintos, podrían entenderse como procesos que facilitan la reactivación y actualización de la memoria.

A partir de la evidencia revisada, se identifican tres condiciones esenciales para que una intervención terapéutica aproveche eficazmente el proceso de reconsolidación:

- 1) Reactivación específica del recuerdo: Todas las terapias analizadas, de una forma u otra, trabajan con la evocación de memorias relevantes para el problema del paciente. Sin embargo, la simple activación de un recuerdo no es suficiente; es necesario que se reactive en un estado lo suficientemente lábil y accesible como para ser modificado (Nader y Hardt, 2009). En el caso de la exposición, esto ocurre cuando el paciente enfrenta de manera directa la memoria del miedo; en el EMDR, durante la fase de medición y activación del recuerdo; y en las terapias simbólicas, a través de la externalización en narrativas o representaciones visuales.
- 2) Introducción de información discrepante: Para que el recuerdo se actualice en lugar de consolidarse en su forma original, debe confrontarse con una experiencia que lo contradiga (Schiller y Phelps, 2011). En la terapia de exposición tradicional, la mera repetición del estímulo temido en ausencia de consecuencias negativas puede no ser suficiente, ya que el miedo puede reinstalarse. Pero si durante la reactivación del recuerdo se introduce un elemento inesperado que genere un error de predicción —la estimulación bilateral y la creencia positiva en EMDR, una resignificación narrativa en terapia simbólica o una contradicción explícita en terapia cognitiva— se genera un mayor impacto en la actualización del recuerdo.
- 3) Un procedimiento que facilite la modificación efectiva de la memoria: Aunque muchas terapias incluyen elementos que podrían activar la reconsolidación, no siempre garantizan que el recuerdo sea modificado de manera estable. En el EMDR, se ha puesto un énfasis excesivo en la estimulación bilateral como mecanismo central, cuando desde la reconsolidación, su función sería simplemente la de una tarea interferente para facilitar la actualización del recuerdo (Van den Hout y Engelhard, 2012). De manera similar, en las terapias narrativas y simbólicas, la falta de un protocolo estructurado hace que, en algunos casos, el proceso de cambio ocurra espontáneamente sin garantizar que la memoria se haya modificado.

Si la reconsolidación de la memoria representa un principio común en el cambio terapéutico, los esfuerzos de investigación deberían centrarse en diseñar y evaluar protocolos que optimicen este proceso de manera sistemática. A partir de lo expuesto, se pueden plantear varias líneas de investigación:

- Optimización de las terapias de exposición: Se deberían comparar tratamientos basados en la extinción del miedo con protocolos diseñados explícitamente para inducir la reconsolidación. Por ejemplo, analizar si la incorporación de elementos incongruentes con la memoria original durante la exposición mejora la estabilidad de los cambios emocionales y reduce la tasa de recaídas.
- Revisión del EMDR sin estimulación bilateral: Dado que la estimulación bilateral podría no ser un componente esencial del cambio, sería relevante estudiar si el protocolo del EMDR podría reformularse eliminando este elemento y enfocándose exclusivamente en la activación del recuerdo y la introducción de información correctiva.
- Estudio sistemático de la reconsolidación en terapias simbólicas y narrativas: Se necesita mayor investigación sobre cómo ciertas intervenciones narrativas logran transformar la memoria autobiográfica del

paciente. Experimentos que evalúen si la reformulación de una historia en terapia genera una actualización efectiva de la memoria permitirían diferenciar entre un simple cambio de perspectiva y una modificación genuina del recuerdo traumático.

- Desarrollo de una terapia explícitamente basada en la reconsolidación: A pesar de que autores como Ecker y Bridges (2020) han desarrollado modelos inspirados en la reconsolidación, aún no existe un enfoque clínico completamente estructurado y firmemente validado basado en este mecanismo. Un protocolo que incluya directrices claras sobre cómo activar y modificar recuerdos de manera efectiva podría representar una evolución en la práctica clínica, integrando lo más efectivo de las terapias actuales bajo un marco neurocientífico sólido.

En definitiva, las técnicas descritas, al enmarcarse en principios sólidos como la reconsolidación de la memoria o los factores comunes terapéuticos, podrían integrarse dentro de otros modelos en lugar de considerarse enfoques independientes. Más que técnicas autónomas, tanto el EMDR como otras intervenciones podrían reinterpretarse como herramientas dentro de un enfoque más amplio orientado a la modificación de recuerdos problemáticos a través de la reconsolidación.

Conclusión

La reconsolidación de la memoria representa un mecanismo clave en el cambio terapéutico, ya que podría explicar la eficacia observada en intervenciones como el EMDR y las terapias narrativas y simbólicas. A diferencia de los modelos basados en la extinción del miedo, que dependen de la inhibición contextual de la respuesta emocional sin modificar la memoria original, la reconsolidación posibilita una reestructuración profunda y duradera de los recuerdos disfuncionales. Este enfoque cuestiona la necesidad de ciertos elementos tradicionales de intervenciones consolidadas, como la estimulación bilateral en EMDR, sugiriendo que su eficacia podría depender de la activación incidental de procesos de reconsolidación en lugar de en sus componentes específicos.

Como línea de investigación futura, se plantea la necesidad de diseñar y evaluar protocolos terapéuticos diseñados específicamente para la reconsolidación, optimizando los procedimientos para actualizar recuerdos disfuncionales y garantizar su estabilidad a largo plazo. Para ello, es fundamental investigar a fondo los componentes de este proceso, proporcionando un marco empírico sólido para que los profesionales de la psicoterapia centrada en trauma puedan aplicar procedimientos más claros, accesibles y eficaces.

Finalmente, se destaca la importancia de integrar este marco en modelos terapéuticos más amplios, favoreciendo una mejor comprensión de los factores comunes en psicoterapia y contribuyendo al desarrollo de intervenciones más eficaces y eficientes en el tratamiento del trauma y otros trastornos emocionales.

Referencias bibliográficas

- Agren, T., Engman, J., Frick, A., Björkstrand, J., Larsson, E. M., Furmark, T. y Fredrikson, M. (2012). *Disruption of reconsolidation erases a fear memory trace in the human amygdala*. *Science*, 337(6101), 1550–1552. <https://doi.org/10.1126/science.1223006>
- Airaldi, M. C. (2014). Implicancias de la memoria emocional en la psicoterapia cognitiva. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 48(3), 347–354.
- Astill Wright, L., Horstmann, L., Holmes, E. A. y Bisson, J. I. (2021). Consolidation/reconsolidation therapies for the prevention and treatment of PTSD and re-experiencing: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 11, 453. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01570-w>
- Baddeley, A. D. (2000). The episodic buffer: A new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*, 4(11), 417–423. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(00\)01538-2](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01538-2)
- Baddeley, A. D. y Hitch, G. J. (1974). Working memory. In G. A. Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (Vol. 8, pp. 47-89). Academic Press.

- Balkin, R. S., Lenz, A. S. y Russo, G. M. (2022). Effectiveness of EMDR for decreasing symptoms of over-arousal: A meta-analysis. *Journal of Counseling y Development*, 100(3), 298-310. <https://doi.org/10.1002/jcad.12418>
- Barry, T. J. y Hallford, D. J. (2024). Transdiagnostic and transtherapeutic strategies for optimising autobiographical memory. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104347>
- Beer, R. (2018). Efficacy of EMDR therapy for children with PTSD: A review of the literature. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(4), 177-190. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.177>
- Brewin, C. R. (2007). Autobiographical memory for trauma: Update on four controversies. *Memory*, 15(3), 227-248. <https://doi.org/10.1080/09658210701256423>
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M. y Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, 117(1), 210-232. <https://doi.org/10.1037/a0018113>
- Boswell, J. F., Chen, Y., Schwartzman, C. M. y Krämer, S. M. (2017). Psychotherapy clients' recalled treatment experiences: A survey of perceived evidence-based practice elements. *Journal of Clinical Psychology*, 73(12), 1651-1663. <https://doi.org/10.1002/jclp.22526>
- Bouton, M. E. (2004). Context and behavioral processes in extinction. *Learning y Memory*, 11(5), 485-494. <https://doi.org/10.1101/lm.78804>
- Burbridge-James, W. y Iwanowicz, M. (2018). Psychotherapeutic interventions and contemporary developments: Common and specific factors. *BJPsych Advances*, 24(1), 54-65. <https://doi.org/10.1192/bja.2017.24>
- Conway, M. A. y Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261-288. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.107.2.261>
- Cortina, M. y Liotti, G. (2007). New approaches to understanding unconscious processes: Implicit and explicit memory systems. *International Forum of Psychoanalysis*, 16(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/08037060701676326>
- Cozolino, L. J. y Santos, E. N. (2014). Why We Need Therapy—and Why It Works: A Neuroscientific Perspective. *Smith College Studies in Social Work*, 84(2-3), 157-177. <https://doi.org/10.1080/00377317.2014.923630>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T. y Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Dalglish, T., y Werner-Seidler, A. (2014). Disruptions in autobiographical memory processing in depression and the emergence of memory therapeutics. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(11), 596-605. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.06.010>
- Draganović, S. (2021). Barriers to Psychological Treatment of Depression: Case Study Presentation of Incomplete EMDR Treatment. *Psychiatria Danubina*, 33(Suppl.1), 116-122. https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol33_sup1/dnb_vol33_sup1_116.pdf
- Duvarci, S. y Nader, K. (2004). Characterization of fear memory reconsolidation. *Nature Neuroscience*, 7(10), 1121-1123. <https://doi.org/10.1038/nn1310>
- Ecker, B. y Toomey, B. (2008). Depotentiation of Symptom-Producing Implicit Memory in Coherence Therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 21(2), 87-150. <https://doi.org/10.1080/10720530701853685>
- Ecker, B., Ticic, R. y Hulley, L. (2012). *Unlocking the emotional brain: Eliminating symptoms at their roots using memory reconsolidation*. Routledge.
- Ecker, B. y Bridges, S. K. (2020). How the science of memory reconsolidation advances the effectiveness and unification of psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 48, 287-300. <https://doi.org/10.1007/s10615-020-00754-z>
- Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Else, J. W. B., Van Ast, V. A. y Kindt, M. (2018). *Human memory reconsolidation: A guiding framework and critical review of the evidence*. *Psychological Bulletin*, 144(8), 797-848. <https://doi.org/10.1037/bul0000152>
- Farrell, D., Barron, I., Wilson, G., Hutchins, J., Whybrow, D. y Kiernan, M. D. (2018). The use of eye-movement

- desensitization reprocessing (EMDR) therapy in treating post-traumatic stress disorder—a systematic narrative review. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00923>
- Fernández-Puig, V., Farriols, N. y Segura, J. S. (2021). *Procesos de reactivación y reconsolidación de las memorias implícitas: Interacción entre neurociencias y psicoterapias*. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 67-80.
- Frank, J. D. y Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wlodasch, D., Horvath, A. O., Solomonov, N. y Wampold, B. E. (2020). Assessing the alliance–outcome association adjusted for patient characteristics and treatment processes: A meta-analytic summary of direct comparisons. *Journal of Counseling Psychology*, 67, 706-711. <https://doi.org/10.1037/cou0000424>
- Fonagy, P. y Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Gesteira, C., GarcíaVera, M. P. y Sanz, J. (2018). *Porque el tiempo no lo cura todo: Eficacia de la terapia cognitivoconductual centrada en el trauma para el estrés postraumático a muy largo plazo en víctimas de terrorismo*. *Clínica y Salud*, 29(1), 9–13. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a3>
- Gray, R. M. y Bourke, F. (2015). Remediation of intrusive symptoms of PTSD in fewer than five sessions: A 30-person pre-pilot study of the RTM Protocol. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 1(2), 13–20. <https://doi.org/10.3138/jmvfh.2996>
- Gray, R. M., Budden-Potts, D. y Bourke, F. F. (2017). The Reconsolidation of Traumatic Memories (RTM) Protocol for PTSD: A case study. *Journal of Experiential Psychotherapy*, 20(4).
- Goldman, R. y Fredrick-Keniston, A. (2020). Memory reconsolidation as a common change process. En R. A. Lane y L. Nadel (Eds.), *Neuroscience of enduring change: Implications for psychotherapy* (pp. 328-344). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190881511.003.0014>
- Harnett, N. G., Goodman, A. M. y Knight, D. C. (2020). PTSD-related neuroimaging abnormalities in brain function, structure, and biochemistry. *Experimental Neurology*, 330, 113331. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2020.113331>
- Herce, N. B., de Alda, I. O. y Marrodán, J. L. G. (2024). La caja de arena en el tratamiento del trauma con niños/as y adolescentes: Una revisión sistemática. *World Journal for Sand Therapy Practice*, 2(1)
- Holmes, E. A., James, E. L., Coode-Bate, T. y Deerpore, C. (2009). Can playing the computer game “Tetris” reduce the build-up of flashbacks for trauma? A proposal from cognitive science. *PLoS ONE*, 4(1), e4153. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0004153>
- Hupbach, A., Gomez, R., Hardt, O. y Nadel, L. (2007). Reconsolidation of episodic memories: A subtle reminder triggers integration of new information. *Learning & Memory*, 14(1-2), 47–53. <https://doi.org/10.1101/lm.365707>
- Hupbach, A., Hardt, O., Gomez, R. y Nadel, L. (2008). The dynamics of memory: Context-dependent updating. *Learning & Memory*, 15(8), 574–579. <https://doi.org/10.1101/lm.1022308>
- James, E. L., Bonsall, M. B., Hoppitt, L., Tunbridge, E. M., Geddes, J. R., Milton, A. y Holmes, E. A. (2015). Computer game play reduces intrusive memories of experimental trauma via reconsolidation-update mechanisms. *Psychological Science*, 26(8), 1201-1215. <https://doi.org/10.1177/0956797615583071>
- Joshi, S. A., Duval, E. R., Kubat, B. y Liberzon, I. (2020). A review of hippocampal activation in post-traumatic stress disorder. *Psychophysiology*, 57(10), e13357. <https://doi.org/10.1111/psyp.13357>
- Justel, N., Psyrdellis, M. y Ruetti, E. (2013). Modulación de la memoria emocional: una revisión de los principales factores que afectan los recuerdos. *Suma Psicológica*, 20(2), 163–174.
- Kalff, D. M. (2003). *Introduction to sandplay therapy*. Temenos Press.
- Kirsch, I. (1997). *Response expectancy theory and the placebo effect*. *American Psychologist*, 52(9), 1080-1090. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.9.1080>
- Kim, G., Kwon, M., Kang, W. y Lee, S. H. (2021). *Is reconsolidation a general property of memory?* *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, 643106. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.643106>

- Klein, S. B. y Markowitsch, H. J. (2015). The nature of the semantic/episodic memory distinction: A missing piece of the “working through” process. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, e221. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000241>
- Lambert, M. J. (1992). *Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists*. In J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). Basic Books.
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L. y Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, e1. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>
- Lebois, L. A., Seligowski, A. V., Wolff, J. D., Hill, S. B. y Ressler, K. J. (2019). Augmentation of extinction and inhibitory learning in anxiety and trauma-related disorders. *Annual review of clinical psychology*, 15(1), 257-284.
- Lee, C. W. y Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 44(2), 231-239. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.11.001>
- Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T. y van der Kloet, D. (2012). Dissociation and dissociative disorders: Challenging conventional wisdom. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 48-53. <https://doi.org/10.1177/0963721411429457>
- Loftus, E. F. (1979). Reactions to blatantly contradictory information. *Memory y Cognition*, 7(5), 368-374. <https://doi.org/10.3758/BF03196941>
- Mertens, G., van Schie, K., Lammertink, S., Littel, M. y Engelhard, I. M. (2021). Verbal suggestions fail to modulate expectations about the effectiveness of a laboratory model of EMDR therapy: Results of two preregistered studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 73, 101673. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101673>
- McGaugh, J. L. y Roozendaal, B. (2002). Role of adrenal stress hormones in forming lasting memories in the brain. *Current Opinion in Neurobiology*, 12(2), 205-210. [https://doi.org/10.1016/S0959-4388\(02\)00306-9](https://doi.org/10.1016/S0959-4388(02)00306-9)
- Maxfield, L. (2007). Current status and future directions for EMDR research. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(1), 6-14. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.1.1.6>
- Merlo, E., Milton, A. L., Goozée, Z. Y., Theobald, D. E. y Everitt, B. J. (2014). Reconsolidation and extinction are dissociable and mutually exclusive processes: Behavioral and molecular evidence. *The Journal of Neuroscience*, 34(7), 2422-2431. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4001-13.2014>
- Milad, M. R. y Quirk, G. J. (2012). Fear extinction as a model for translational neuroscience: ten years of progress. *Annual review of psychology*, 63(1), 129-151. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131631>
- Misanin, J. R., Miller, R. R. y Lewis, D. J. (1968). Retrograde amnesia produced by electroconvulsive shock after reactivation of a consolidated memory trace. *Science*, 160(3827), 554-555. <https://doi.org/10.1126/science.160.3827.554>
- Monfils, M. H., Cowansage, K. K., Klann, E. y LeDoux, J. E. (2009). Extinction-reconsolidation boundaries: key to persistent attenuation of fear memories. *Science*, 324(5929), 951-955. <https://doi.org/10.1126/science.1167975>
- Murray, G., Rucklidge, J. y Mulder, R. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: Opening the black box. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30100-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1)
- Nader, K., Schafe, G. E. y LeDoux, J. E. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature*, 406(6797), 722-726. <https://doi.org/10.1038/35021052>
- Nader, K. (2003). Memory traces unbound. *Trends in Neurosciences*, 26(2), 65-72. [https://doi.org/10.1016/S0166-2236\(02\)00042-5](https://doi.org/10.1016/S0166-2236(02)00042-5)
- Nader, K. y Einarsson, E. Ö. (2010). Memory reconsolidation: An update. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1191(1), 27-41. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05443.x>
- Nader, K. y Hardt, O. (2009). A single standard for memory: the case for reconsolidation. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(3), 224-234. <https://doi.org/10.1038/nrn2590>
- Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C. y Elbert, T. (2008). Treatment of posttraumatic

- stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 686-694.
- Norris, D. (2017). Short-term memory and long-term memory are still different. *Psychological Bulletin*, 143(9), 992–1009. <https://doi.org/10.1037/bul0000108>
- Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton y Company.
- Otgaar, H., Howe, M. L., Patihis, L., Merckelbach, H., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O. y Loftus, E. F. (2019). The return of the repressed: The persistent and problematic claims of long-forgotten trauma. *Perspectives on Psychological Science*, 14(6), 1072–1095. <https://doi.org/10.1177/1745691619862306>
- Patihis, L., Ho, L. Y., Loftus, E. F. y Herrera, M. E. (2021). Memory experts' beliefs about repressed memory. *Memory*, 29(1), 57–67. <https://doi.org/10.1080/09658211.2018.1532521>
- Payne, P., Levine, P. A. y Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 93. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093>
- Pedreira, M. E., Pérez-Cuesta, L. M. y Maldonado, H. (2004). Mismatch between what is expected and what actually occurs triggers memory reconsolidation or extinction. *Learning y Memory*, 11(5), 579–585. <https://doi.org/10.1101/lm.76904>
- Rasines-Laudes, P., y Serrano-Pintado, I. (2023). Eficacia del EMDR en el trastorno de estrés post-traumático: una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados. *Psicothema*, 35(4), 385–396. <https://dx.doi.org/10.7334/psicothema2022.309>
- Reber, A. S. (2013). *Implicit learning and tacit knowledge: An essay on the cognitive unconscious*. Oxford University Press.
- Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 135–156. <https://doi.org/10.1080/17432970902857263>
- Schauer, M., Neuner, F. y Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy (NET): A short-term intervention for traumatic stress disorders*. 2nd Edition. Göttingen: Hogrefe Publishing.
- Schiller, D., Monfils, M. H., Raio, C. M., Johnson, D. C., LeDoux, J. E. y Phelps, E. A. (2010). Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanisms. *Nature*, 463(7277), 49–53. <https://doi.org/10.1038/nature08637>
- Schiller, D., y Phelps, E. A. (2011). Does reconsolidation occur in humans?. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 5, 24. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2011.00024>
- Schore, A. N. (2018). The right brain implicit self: A central mechanism of the psychotherapy change process. En R. Grose-Hodge (Ed.), *Knowing, not-knowing and sort-of-knowing* (pp. 177–202). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429476457-12>
- Sevenster, D., Beckers, T., y Kindt, M. (2012). Retrieval per se is not sufficient to trigger reconsolidation of human fear memory. *Neurobiology of Learning and Memory*, 97(1), 338–345. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2011.12.012>
- Shapiro, F. (2004). *EMDR: Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares*. Editorial Paidós.
- Shapiro, F., y Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of clinical psychology*, 58(8), 933–946. <https://doi.org/10.1002/jclp.10068>
- Silva, B. A., y Gräff, J. (2023). Face your fears: Attenuating remote fear memories by reconsolidation-updating. *Trends in Cognitive Sciences*, 27(4), 404–416. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2023.01.006>
- Squire, L. R. (1987). *Memory and brain*. Oxford University Press.
- Squire, L. R. (1992). Declarative and nondeclarative memory: Multiple brain systems supporting learning and memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 4(3), 232–243. <https://doi.org/10.1162/jocn.1992.4.3.232>
- Squire, L. R. y Zola, S. M. (1996). Structure and function of declarative and nondeclarative memory systems. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 93(24), 13515–13522. <https://doi.org/10.1073/pnas.93.24.13515>

- Stanbury, M., Brubacher, S. P., Goodman-Delahunty, J. y Powell, M. B. (2020). Efficacy of exposure therapy in treating PTSD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, Artículo e102259.
- Starreveld, A. (2021). MAGIC: A proposed model based on common factors. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 55(3), 582-592. <https://doi.org/10.1007/s12124-020-09599-0>
- Stickgold, R. y Walker, M. P. (2007). Sleep-dependent memory consolidation and reconsolidation. *Sleep Medicine*, 8(4), 331-343. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2007.03.011>
- Suzuki, A., Josselyn, S. A., Frankland, P. W., Masushige, S., Silva, A. J. y Kida, S. (2004). Memory reconsolidation and extinction have distinct temporal and biochemical signatures. *Nature Neuroscience*, 7(4), 415-420. <https://doi.org/10.1038/nn1205>
- Tronson, N. C. y Taylor, J. R. (2007). Molecular mechanisms of memory reconsolidation. *Neuropsychopharmacology*, 33(1), 24-44. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300929>
- Tschacher, W., Junghan, U. M. y Pfammatter, M. (2014). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy—Results of an expert survey. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 21(1), 82-96. <https://doi.org/10.1002/cpp.1822>
- Tschacher, W. y Pfammatter, M. (2016). Embodiment in psychotherapy—A necessary complement to the canon of common factors. *European Psychotherapy*, 7, 9-25.
- Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. En E. Tulving y W. Donaldson (Eds.), *Organization of memory* (pp. 381-403). Academic Press.
- Tulving, E. (1985a). How many memory systems are there? *American Psychologist*, 40(4), 385-398. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.4.385>
- Tulving, E. (1985b). Memory and consciousness. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 26(1), 1-12. <https://doi.org/10.1037/h0080017>
- Van den Hout, M. A. y Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work?. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(5), 724-738. <https://doi.org/10.5127/jep.028212>
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. y Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Taylor y Francis.
- Wright, S. L., Karyotaki, E., Cuijpers, P., Bisson, J., Papola, D., Witteveen, A., Suliman, S., Spies, G., Ahmadi, K., Capezzani, L., Carletto, S., Karatzias, T., Kullack, C., Laugharne, J., Lee, C. W., Njidad, M. J., Olf, M., Ostacoli, L., Seedat, S. y Sijbrandij, M. (2024). EMDR vs. other psychological therapies for PTSD: A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychological Medicine*, 54(8), 1580-1588. <https://doi.org/10.1017/s0033291723003446>
- Zappalà, A., Mangiulli, I., Santtila, P. y Loftus, E. F. (2024). Beliefs and therapeutic practices related to traumatic memories among Italian cognitive behavioral therapists and trainees. *Journal of Criminal Psychology*, 14(1), 24-37. <https://doi.org/10.1108/JCP-05-2023-0035>
- Zilcha-Mano, S., Roose, S. P., Brown, P. J. y Rutherford, B. R. (2019). Not just nonspecific factors: The roles of alliance and expectancy in treatment, and their neurobiological underpinnings. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12, Artículo e293. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00293>

Artículo recibido: 11/03/2025

Artículo aceptado: 07/07/2025