



Desafíos del abordaje de los trastornos disociativos con EMDR

By Dolores Mosquera
Instituto INTRA-TP (A Coruña, España)

Los clínicos que utilizan la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (EMDR) a menudo se encuentran con dificultades cuando trabajan con pacientes que presentan síntomas indicativos de una disociación de la personalidad o existencia de diferentes partes disociativas. Y la realidad es que no solo son los clínicos inexpertos son los que experimentan las mayores dudas a la hora de trabajar con casos de trauma complejo, sino también las tienen experiencia en este campo. Los terapeutas a menudo acuden a supervisión porque no están seguros de qué trabajo se puede llevar a cabo, especialmente en el caso de los trastornos disociativos.

Los terapeutas de EMDR saben que, durante la fase de reprocesamiento de EMDR, el sistema de procesamiento adaptativo de la información (PAI) del paciente tiende a fluir espontáneamente hacia la resolución y la integración (Shapiro, 1995). En los casos de trauma simple que no conllevan un trastorno disociativo, la intervención del terapeuta suele ser mínima, y la mayoría de los puntos de bloqueo se resuelven fácilmente con entretejidos breves. Sin embargo, en los casos de trauma complejo

con trastornos disociativos, el uso del protocolo estándar de EMDR es más complicado y requiere una fase de preparación más larga, una estructura bien definida y un trabajo gradual. Introducir gradualmente el procesamiento o la desensibilización del trauma graduando poco a poco el trabajo ayudará a estos pacientes a mantenerse dentro de su ventana de tolerancia, aumentando a su vez su capacidad de procesar de modo efectivo.

Debido a las limitaciones que presentan estos pacientes, muchos clínicos de EMDR recurren a otros enfoques, esperando encontrar herramientas adicionales para tratar eficazmente a sus pacientes. Si bien esta es una opción que puede que no sea necesaria una vez que el clínico de EMDR haya adquirido suficientes conocimientos y herramientas para adaptar el tratamiento a los casos de disociación y trauma complejo, también es cierto que es una opción personal que puede integrarse de forma interesante en la práctica clínica. El modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI) (Shapiro, 1995, 2001) ofrece a la terapia EMDR una estructura estable y una gran flexibilidad. Una base

tan fiable como esta, junto con su evidencia empírica, permite que los terapeutas integren sin riesgo alguno sus conocimientos de otros abordajes a sus sesiones de EMDR cuando procesan el trauma. Cualquier enfoque que pueda aportar una mejor comprensión de las dificultades relacionadas con el trauma encajará perfectamente en el modelo PAI. Hay muchos abordajes disponibles: algunos se centran en ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades y capacidades (Boon, Steele y Van der Hart, 2011; Linehan, 1993; Mosquera, 2014; Porges, 2011), otros trabajan con estados del yo, modos y/o partes disociativas (Fisher, 2017; Kluff, 1993a, 1993b, 2013; Knipe, 2018; Mosquera, 2019; Paulsen, 2008; Schwartz, 1995; Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006; Young, Klosko y Weishaar, 2003; Van der Hart, Groenendijk, Gonzalez, Mosquera y Salomon, 2013; Watkins y Watkins, 1997), otros se centran mucho en corregir errores cognitivos (Brand, 1997; Ross y Halpern, 2009), y otros están orientados al cuerpo (Levine 2015; Ogden y Fisher, 2015; Ogden, Minton y Pain, 2006).

Este artículo no pretende repasar todos los enfoques que se han

desarrollado para el trabajo con el trauma, sino ofrecer una visión amplia de algunos de los aspectos con los que todo terapeuta de EMDR debería estar familiarizado cuando trabaja con casos de trastornos disociativos. Andrew Leeds afirma que «el conocimiento es poder» (2016), refiriéndose al hecho de que, cuando los pacientes comprenden sus dificultades y tienen información realista y adaptativa sobre aquellas conductas que les resultan desconcertantes y preocupantes, este conocimiento les da la posibilidad de cambiar esas conductas y mejorar. Esta idea se puede generalizar a los terapeutas que trabajan con trastornos relacionados con el trauma, especialmente en los casos con sintomatología disociativa.

En este artículo, nos centraremos en la visión clásica de la disociación como división de la personalidad o del yo, ya que este tipo de presentación es la más complicada en lo que respecta al trabajo con trauma y requiere algunas intervenciones que van más allá de las herramientas que los clínicos pueden aprender en la formación básica.

DIFICULTADES FRECUENTES

Una de las principales dificultades para los terapeutas de EMDR que trabajan con casos complejos, especialmente con trastornos disociativos, es saber o decidir cuándo se puede empezar a procesar el trauma y cómo hacerlo. Existen otras dificultades habituales, como las relacionadas con cuánto tiempo ha de dedicarse a la fase de estabilización, así como con cómo combinar de una manera gradual el procesamiento del trauma con la contención de un modo seguro, tolerable y eficaz. Es relevante decir que todas estas dificultades están relacionadas con la complejidad del caso.

Figure 1

Resumen comparativo: casos de trauma simple frente a casos de trastornos disociativos

Casos de trauma simple

- No hay síntomas disociativos
- Se puede empezar a trabajar el trauma sin complicaciones
- No hay mucha necesidad de contener o de graduar el trabajo con el trauma.
- Se pueden aplicar sin problema las herramientas básicas de estabilización (lugar seguro/calmando, desarrollo e instalación de recursos, grounding, etc.)
- La recogida de historia es fácil y sencilla. Los pacientes pueden permanecer centrados y con los pies en la tierra.
- La conceptualización del caso y el plan de tratamiento están claros.
- Fácil selección de dianas. Los pacientes están dispuestos y preparados para hacer el trabajo.

Casos de trastorno disociativo

- Síntomas disociativos
- Dificultad para saber o decidir cuándo se puede empezar a procesar el trauma y cómo hacerlo.
- Dificultad para saber cómo combinar de forma gradual el procesamiento del trauma con la contención de una manera segura, tolerable y efectiva.
- Dificultad para saber cuánta estabilización es necesaria.
- Un simple ejercicio de estabilización puede ser un disparador.
- Se requieren intervenciones específicas que van más allá de la estabilización básica.
- La recogida de historia puede ser complicada y confusa, tanto a nivel de presentación de los síntomas como a nivel relacional. Hay que marcar el ritmo de las intervenciones para ayudar a los pacientes a mantenerse centrados, enraizados y presentes.
- La conceptualización del caso es más complicada.
- La selección de dianas puede resultar complicada y confusa.
- Puede que las defensas ralenticen el proceso.

Por un lado, en los casos de trauma simple en los que no hay un trastorno disociativo es bastante fácil conceptualizar y organizar el plan de tratamiento; las dianas seleccionadas parecen estar claras, y los pacientes están dispuestos a colaborar con nosotros en el trabajo independientemente de lo difíciles que hayan sido sus experiencias traumáticas. La recopilación de la historia puede realizarse sin demasiadas complicaciones y sin tener que realizar ningún tipo de intervención para ayudar a los pacientes a mantenerse

centrados, con los pies en la tierra y presentes. Por el contrario, los casos complejos presentan dificultades desde la primera sesión. Estos casos pueden ser extremadamente confusos para los clínicos, no sólo a nivel de la presentación de los síntomas sino también a nivel relacional. En la figura 1 se describen algunas de las diferencias frecuentes entre los casos simples y los complejos.

Otra dificultad importante tiene que ver con el hecho de que en la literatura hay mucha confusión sobre el concepto de disociación

(Kluft, 2009; Liotti 2009; Rodewald, Dell, Wilhem-Göbling y Gast, 2011). Así, algunos autores tienen una comprensión relativamente amplia de la disociación y consideran que los siguientes fenómenos son de naturaleza disociativa: (1) alteraciones de la conciencia y del conocimiento (problema atencional); (2) apagón fisiológico (problema fisiológico); (3) despersonalización/derealización (problema perceptivo); y (4) disociación del yo/personalidad (para revisiones críticas, véase: Steele, Dorahy, Van der Hart, y Nijenhuis, 2009; Van der Hart et al., 2006). Estos fenómenos pueden estar presentes en la misma persona en diferentes momentos y circunstancias, y van a necesitar diferentes intervenciones y ritmos. Las tres primeras descripciones de la disociación, consideradas como meras alteraciones de la conciencia desde una comprensión

estrecha de la disociación por parte de algunos autores (p. ej., Steele et al.)– pueden abordarse con muchas de las herramientas de las que disponen los terapeutas EMDR suelen: lugar seguro/calmando, desarrollo e instalación de recursos, habilidades de enraizamiento y regulación emocional, habilidades de presentificación, etc.

¿PODEMOS PROCESAR CON SEGURIDAD EL TRAUMA CON PACIENTES CON TRASTORNOS DISOCIATIVOS?

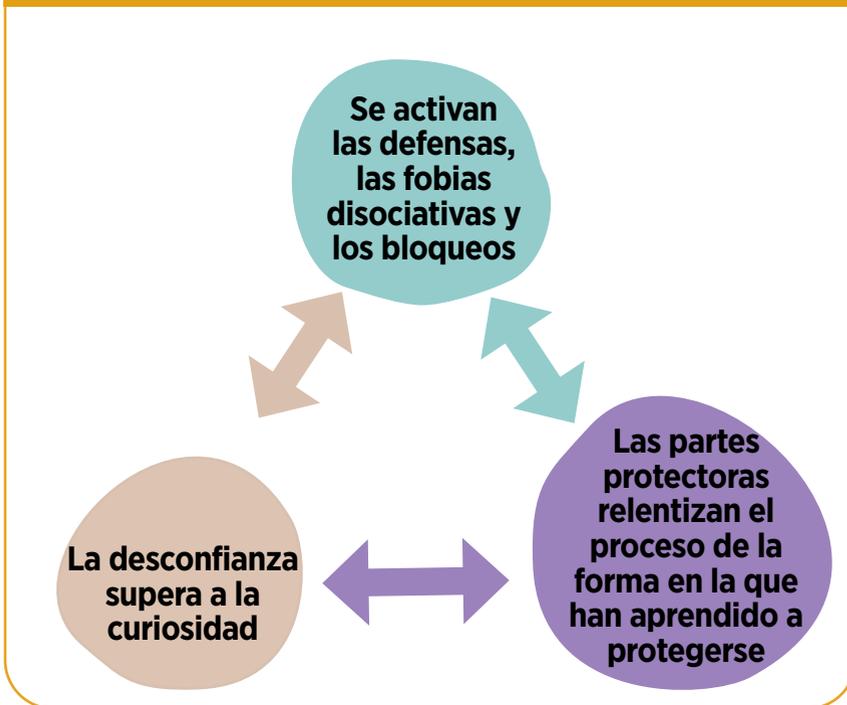
Sí, por supuesto. El trauma puede ser procesado de forma segura y efectiva con todos los pacientes. Siempre que entendamos bien el caso y nos centremos en la evaluación y la conceptualización, incluso los casos más difíciles pueden beneficiarse del trabajo con el trauma.

Los pacientes con trauma complejo y trastornos disociativos se enfrentan a muchos problemas. Como terapeutas, debemos comprender la complejidad de su historia traumática y cómo está organizado el sistema disociativo interno de su personalidad. Para sobrevivir a una crianza que suele ser una amenaza para su propia existencia, los pacientes deben compartimentar sus experiencias desde edades tempranas. Para cuando estos pacientes crecen y tienen la oportunidad de experimentar entornos más saludables, su forma de enfrentarse a los retos diarios se ha convertido en algo automático, y no hay mucho espacio para pensar o reflexionar sobre otras elecciones, opciones y alternativas. Muchos de estos pacientes ni siquiera son conscientes de sus dificultades: pueden identificar algunos problemas, incluso algunos disparadores, pero no tienen una perspectiva amplia de las dificultades pasadas-presentes-futuras y de cómo están interrelacionadas.

¿POR QUÉ ALGUNOS CASOS NUNCA PARECEN LO SUFICIENTEMENTE ESTABLES?

Algunos pacientes con trastornos disociativos pueden revelar su historia y son conscientes, al menos a cierto nivel, de que deben trabajar con sus traumas, pero nunca parecen lo suficientemente estables ni preparados para tolerar el trabajo con el trauma. Por otro lado, otros ni siquiera pueden hablar de sus experiencias traumáticas, y un tercer grupo de pacientes ni siquiera pueden recordar lo que les ha ocurrido. Durante la fase 2 de la terapia EMDR, los terapeutas identifican con sus pacientes los recursos y capacidades que podrían necesitar ser reforzados y/o desarrollados. Sin embargo, lo que suele funcionar con los casos más sencillos, no funciona tan bien

Figure 2
Intentar acelerar el proceso suele ralentizarlo



con los pacientes con trastornos disociativos y, en algunos casos, puede ser incluso activador y/o desestabilizador.

¿A qué se debe esto? Una persona con una crianza suficientemente buena puede tener limitaciones, pero a menudo ha desarrollado y experimentado «cómo se supone que deben ser las cosas», lo que constituye una buena fuente de información adaptativa para el futuro adulto. Sin embargo, basándose en sus experiencias vitales (tempranas), los individuos con trastornos disociativos suelen experimentar la vida de forma extremadamente distorsionada. Primero necesitan aprender aspectos fundamentales sobre interacciones saludables y adaptativas con uno mismo y con los demás. Además, el sistema interno de partes disociativas puede tener ideas o percepciones completamente opuestas tanto de los acontecimientos pasados como de las necesidades personales.

Una simple intervención como el lugar imaginario de calma/seguridad puede convertirse en una pesadilla cuando las diferentes partes del sistema interno experimentan la seguridad o sienten la calma como algo potencialmente activador y peligroso. Cuando el enemigo vive en casa, donde se supone que uno se ha de sentir protegido y cuidado, y las figuras destinadas a proteger al niño no protegen, sino que dañan, el significado de la seguridad, la protección y la calma suele distorsionarse. A menudo, una o varias partes desearían sentirse seguras, pero cuando piensan en esta posibilidad pueden activarse otras partes que defienden a ultranza que el peligro sigue existiendo.

LA RECOGIDA DE HISTORIA: ¿QUÉ ES LO QUE DEBEMOS COMPRENDER?

Los pacientes con trastornos disociativos tienen dinámicas internas específicas que hay que entender y tener en cuenta para organizar adecuadamente el tratamiento. Aunque la evaluación se hace con un solo paciente, buena parte de la información está compartimentada, es decir, guardada por diferentes partes disociativas, especialmente al principio del tratamiento. Además, tanto el paciente como las diferentes partes pueden protegerse de cierta información que podría no estar compartimentada, intentando no darse cuenta de ello (completamente).

Cuando el terapeuta se reúne por primera vez con un paciente con trastorno disociativo, es posible que las partes que se presentan no sean conscientes de los momentos más relevantes de su historia. Las partes disociativas ocultan información, la revelan de forma inconsciente o la comparten conscientemente, en función de muchos aspectos. Algunas de las partes disociativas atascadas en el momento del trauma suelen estar en alerta durante la recogida de historia y podrían estar escudriñando al terapeuta en busca de cualquier señal de peligro.

Es esencial tener en cuenta que cuanto más rápido intentemos ir, o cuanto más rápido intenten proceder los pacientes cuando aún no están preparados, más se va a ralentizar el sistema:

Sin embargo, aunque se identifiquen las dificultades anteriores, estas no deben convertirse en el principal foco de exploración. Una adecuada actitud terapéutica y una buena formación en trauma y trastornos disociativos pueden marcar una gran diferencia cuando estos pacientes

llegan a nuestra consulta y se sientan con nosotros por primera vez.

La cuestión reside en obtener esta información sin provocar un estado de alerta en las diferentes partes. Aunque la conceptualización se basa a menudo en la recopilación de información obtenida de los pacientes, esta información nunca debe ser mayoritariamente sobre contenido traumático. Dado que existe una fobia básica al contenido traumático, una exploración excesiva puede reactivar los recuerdos traumáticos y las partes que los contienen. Por lo tanto, no se trata solo de lo que les ha sucedido, sino de cómo esto les afecta y de cómo intentan afrontarlo. Una buena manera de empezar es tener en cuenta lo siguiente:

- Identificar y ayudar a los pacientes a comprender las dinámicas relacionales interpersonales que aprendieron para protegerse, además de ayudarles a comprender por qué están tan arraigadas.
 - Identificar las respuestas y defensas aprendidas, a menudo automáticas, que ya no están funcionando en el presente. A los pacientes les suele resultar confuso porque algunas de sus estrategias de afrontamiento fueron útiles en diferentes momentos de su vida y no acaban de entender por qué ya no lo son.
 - Identificar la dinámica relacional interna que el sistema aprendió para sobrevivir, incluyendo las fobias que pueda haber entre las partes, el propósito de estas y todo aquello que necesite ser abordado para un mejor funcionamiento.
- En la recogida de historia debe haber un equilibrio entre lo que es suficiente para empezar a trabajar y lo que es tolerable tanto para el paciente como para el sistema de partes en aquellos casos que presenten partes disociativas.

EMDR KIT

More convenience, attention,
and possibilities during EMDR



Fast US shipping with: **FedEx**

EMDR Kit WIRELESS



- Wireless ✓
- Controlled with app ✓
- Fixed base ✓
- Extra functions ✓

The EMDR Kit Wireless is state-of-the-art EMDR equipment, both in its appearance and functionality. The wireless feature enables easy and complete control via the EMDR Kit app on your tablet or phone. The Light Tube, Pulsators and Headphone can be individually adjusted so that you can fine-tune the equipment to the needs of individual clients.

EMDR Kit CLASSIC



- Wired ✓
- Controlled with controller ✓
- Adjustable in height ✓
- Easy to transport ✓

The EMDR Kit Classic is wired to a controller. Simply plug in the modalities you require and start your session! Choose whether you wish to use the various stimuli independently or together. The included tripod permits flexibility in height or angle and folds up, making it easy to carry around. The EMDR Kit Classic offers all the functions you need as an EMDR therapist.

www.EMDRkit.com
info@emdrkit.com

CONSEJOS PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

En Mosquera (2019) se describe una guía para conceptualizar los casos de trastornos disociativos. Dado que el alcance de este artículo es simplemente ofrecer una visión general del tipo de información que se puede explorar, a continuación, se enumeran las cinco áreas sugeridas sin explicarlas en profundidad:

1. Historia de los síntomas y de los problemas que se presentan: problemas de relación, nivel de funcionamiento en la vida diaria, historia de los síntomas y las dificultades, así como de los disparadores.
2. Recursos, capacidades y apoyo: fuentes de información adaptativa, capacidades de autorregulación, apoyo social y otros recursos. Puede ser útil una línea del tiempo de los mejores recuerdos.
3. Elementos estructurales del sistema interno: conciencia del paciente de tener partes, estructura interna, grado de diferenciación, orientación temporal y percepción de seguridad, capacidad de mentalización e información adaptativa para cada una de las diferentes partes.
4. Aspectos relacionales del sistema interno: aceptación de las partes, relación entre las partes (incluidas las fobias que puedan tener entre sí), grado de cooperación/colaboración y partes que puedan tener dificultades con la terapia.
5. Fobias relacionadas con el trauma y otros posibles bloqueos: centrándose en particular en cualquier fobia a los recuerdos traumáticos, a la experiencia interna y a las partes disociativas.

La conceptualización del caso va de la mano de la evaluación y el juicio clínico. Los aspectos relacionales y

Figure 3

Visión general sobre por dónde empezar a trabajar

Lo básico

- Adecuar el ritmo de la recogida de historia
- Establecer una alianza suficientemente buena
- Establecer metas terapéuticas
- Llegar a acuerdos

Síntomas o conductas de alto riesgo que afectan a uno mismo y a los demás

- Ideación suicida
- Agresión
- Autolesiones y cualquier otra conducta de riesgo
- Cualquier otra conducta que pueda interferir con la terapia

Trabajar con el sistema interno de partes

- Reducir el conflicto interno
- Mejorar la colaboración y la cooperación
- Trabajo en equipo

Recursos y estrategias de regulación emocional

- Lugar seguro/tranquilo
- Ejercicios de enraizamiento (grounding) y presentificación

El trabajo con el trauma

- Dianas que sean más tolerables (y que haya acuerdo del sistema de partes disociativas)
- Graduar/fraccionar

los tiempos pueden ser tan importantes como el qué y el cómo evaluar (Mosquera, 2020). La conceptualización de casos clínicos es relevante en todos los abordajes y tipos de problemas psicológicos, pero se vuelve vital cuando se trabaja con trauma complejo, trastornos de la personalidad y trastornos disociativos. En estos casos, es más fácil perder la perspectiva y, sin darse cuenta, imitar las tendencias evitativas de los pacientes.

El modelo PAI ofrece una guía para entender y organizar un plan de tratamiento estructurado y flexible para muchos casos. Sin embargo, las mejores herramientas para un profesional de EMDR incluyen un

conocimiento profundo del paciente y de la disociación de la personalidad o del yo, así como la flexibilidad de la terapia EMDR. Una buena conceptualización o comprensión de los casos complejos puede ayudarnos a aplicar un enfoque progresivo y eficaz.

Por lo tanto, el primer paso es ser consciente de las dificultades habituales para poder identificarlas e incluirlas en el plan de tratamiento. Hay una serie de preguntas que pueden aumentar nuestra comprensión del caso, tanto para hacernos una idea de las dificultades que podemos encontrarnos como para organizar el plan de tratamiento:

- ¿Cómo se desarrollaron los síntomas?
- ¿Cuál es la función de los síntomas?
- ¿Qué o quién mantiene los síntomas como están?
- Otras partes disociativas
- Otras personas en la vida del paciente
- ¿Qué activa los síntomas, conductas o problemas?
- ¿Cuándo empeoran los síntomas o las conductas problemáticas?
- ¿Cómo responden los demás?
- ¿Cuáles son los recuerdos desadaptativos relacionados con los síntomas?
- ¿Cómo era el entorno emocional mientras crecía?
- ¿Quién ha influido más en la perspectiva del paciente, tanto positiva como negativamente?

Los terapeutas de trauma suelen tener dudas sobre cómo organizar un plan de tratamiento adecuado cuando los pacientes presentan tantas complicaciones diferentes. Un plan de tratamiento sólido deberá apoyarse en los cimientos de una conceptualización clínica exhaustiva del caso. Uno de los objetivos de la conceptualización en la terapia EMDR es introducir una forma de ver los casos que pueda ayudar a tomar

decisiones. Una vez que se obtenga la información que se ha sugerido para la conceptualización del caso, los clínicos de EMDR tendrán más claro por dónde empezar (véase la Figura 3 para una visión general).

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO: CUESTIONES FRECUENTES EN TORNO A ESTABLECER OBJETIVOS

Establecer metas desde el principio es importante por diferentes razones y puede orientar la toma de decisiones. Establecer objetivos da a los terapeutas una idea de:

- En qué punto se encuentra el paciente y cualquier otro miembro de la familia que asista.
- Lo más destacable para el paciente y para los familiares u otras personas relevantes que participan en la terapia.
- En qué creen los pacientes y los demás que necesitan ayuda.

Como terapeutas, tenemos que comprobar que los objetivos encajen con nuestra impresión clínica. También debemos asegurarnos de que los objetivos futuros sean realistas y determinar si tenemos que intervenir para mejorarlos. En el siguiente cuadro se muestra una descripción de las dificultades habituales a la hora de establecer objetivos:

A efectos prácticos, se ilustrará la importancia de establecer objetivos al principio del tratamiento mediante un ejemplo de caso complejo.

EJEMPLO DE CASO: «SOLO QUIERO SER FELIZ»

Una mujer de 40 años es derivada para una terapia de trauma después de muchos tratamientos fallidos. El clínico que la deriva cree que la paciente tiene un trastorno disociativo y que podría beneficiarse de la terapia EMDR. Durante la sesión inicial, la paciente comparte muy poca información y dice cosas como: «No sé ni por dónde empezar», «No quiero volver a enfermar», «Si hablo de las cosas que me duelen, puede pasar cualquier cosa». Admite que tiene múltiples problemas y que sabe que pueden estar relacionados con una crianza muy complicada. Sin embargo, cuando intenta hablar de ello, no puede completar una frase y se inquieta mucho, hasta el punto de tener problemas para continuar con la entrevista. La información compartida en las primeras sesiones era muy confusa, la paciente hacía pausas largas y frecuentes, mostraba dificultades para establecer contacto visual con el terapeuta y aturdimiento. La

Figure 4

Problemas comunes a la hora de establecer objetivos

Demasiado vago — No es suficiente

- ¿Qué hago con esto?
- ¿Por dónde empiezo?
- Temas de contratransferencia

Demasiados — Todo parece importante

- ¿Y ahora qué?
- ¿Cómo organizamos el caos?
- ¿Quién decide?
 - ¿El paciente?
 - ¿El terapeuta?

Los objetivos se centran solo en los demás — Habitual en el narcisismo encubierto

- Necesito que mis padres hagan...
- Mi novio debería ser...
- Los profesores deberían entender que...
- ¿Les puedes decir que deberían de... ?

No hay objetivos — Dime lo que tengo que hacer

- Mi madre cree que necesito...
- Mi pareja piensa que yo debería...
- Mi amiga dice que tengo que...
- ¿En qué crees tú que tengo que trabajar?

paciente tendía a evitar sentir o notar cualquier cosa que pudiera activarla de alguna manera y se había vuelto extremadamente hábil en centrarse en otros temas. El terapeuta también sospechaba que la paciente tenía un trastorno disociativo. Sin embargo, en las primeras sesiones fue imposible explorar cualquier tema relacionado con los síntomas disociativos o su historia. Sin embargo, pudo compartir lo que había destacado la mayoría de sus terapeutas anteriores.

Sus principales dificultades eran:

1. Pasar la mayor parte del día en la cama.
2. Perder su trabajo, no tener ingresos y apenas funcionar en la vida diaria. No participar en ninguna actividad.
3. Autolesionarse de diferentes maneras, incluyendo cortes severos y comer en exceso hasta que le dolía el estómago para castigarse.
4. Tomar medicación para dormir, incluso durante el día. Le ayuda a no pensar en «lo que le pasó» (evitar los disparadores).

El terapeuta y la paciente acordaron marcar el ritmo de la recogida de historia (aprendiendo de sus experiencias anteriores, en las que ella empeoraba cuando intentaba compartir más información de la que podía). Se realizó psicoeducación sobre qué detalles no eran necesarios de la historia del trauma y la importancia de prestar atención a sus «señales internas de no», lo que significa que cualquier información que fuera demasiado activadora podría compartirse más adelante, cuando se sintiera preparada para revelarla. Esta intervención tuvo un efecto calmante inmediato en la paciente, que fue capaz de participar en las entrevistas con menos miedo a lo que pudiera ocurrir. Tanto el terapeuta como la paciente acordaron centrarse en objetivos del presente.

Cuando el terapeuta le pregunta a la paciente por sus objetivos, ella dice que quiere ser feliz y volver a estar delgada. ¿Qué se puede hacer con estos objetivos? ¿Qué tipo de dificultades se pueden encontrar? ¿Por dónde y cómo empezar? Veamos cómo se puede utilizar este tipo de objetivos para explorar información y mantener el proceso en movimiento:

OBJETIVO 1 - SER FELIZ

- ¿Qué significa para ella ser infeliz?
- ¿Cuándo se dio cuenta de que era infeliz?
 - ¿Qué estaba pasando entonces?
 - ¿Cómo respondieron los demás?
- ¿Qué la hace infeliz ahora?
 - ¿Cómo podemos trabajar en eso ahora?
 - ¿Sabe qué necesitaría para ser menos infeliz?
 - ¿Podemos ayudarla a descubrirlo si no lo hace?
- ¿Hay excepciones respecto a ser infeliz?
 - Explorar los momentos en los que se siente más feliz ahora.
 - Explorar los momentos en los que se sintió feliz en su vida. Obtén ejemplos.
 - Comprobar si podemos utilizar esos ejemplos como recursos
- ¿Hay recuerdos que debamos identificar en su historia?

OBJETIVO 2 - VOLVER A ESTAR DELGADA

- ¿Qué significaría para la paciente volver a estar delgada?
- ¿Es consciente de que sus hábitos alimenticios están relacionados con su aumento de peso?
 - Algunos pacientes no son conscientes de las consecuencias de sus diversas acciones
- ¿Cómo podemos trabajar en eso ahora?
 - ¿Autocuidado?
 - ¿Hábitos más saludables?

- ¿Procesando los recuerdos que subyacen a castigarse con la comida?
- ¿Procesando las ganas de hacerse daño con la comida o cortándose?

Al validar sus objetivos y utilizarlos para clarificar sus necesidades, se establecieron objetivos más específicos y realistas, lo que hizo que el trabajo que tenía por delante tuviera más sentido. También permitió al terapeuta explorar y acceder al sistema de partes, que la paciente ni siquiera había mencionado inicialmente. Muchas de estas partes disociativas seguían atascadas en la época del trauma y, por tanto, seguían activándose debido a la constante sensación de estar en peligro. Una vez que implicamos al sistema de partes y este se pudo calmar un poco, la paciente pudo reflexionar sobre sus necesidades y opciones reales en el aquí y ahora, sus objetivos se volvieron más concretos:

- Mejorar el autocuidado.
- Aumentar la tolerancia emocional.
- Ser capaz de mantener los pies en la tierra en momentos de angustia.
- Recurrir a alternativas de afrontamiento más saludables. Se identificó una lista personal para ella que consistía básicamente en estrategias que le habían funcionado en el pasado y que no había estado utilizando últimamente, así como nuevas habilidades a desarrollar como las herramientas de enraizamiento o grounding.
- Identificar los disparadores y los recuerdos que en algún momento se deberían abordar.

Aunque puede ser deseable tener una lista completa de objetivos, en casos como este, podemos empezar a trabajar una vez que entendamos mejor sus problemas y dificultades para funcionar en la vida diaria. Esto nos permite establecer objetivos

alcanzables y desglosarlos para obtener más perspectiva, lo que ayudará a la paciente a sentirse más motivada y el caso clínico será menos confuso. Empezar con lo básico nos dará acceso a información adicional que será útil cuando se revisen los objetivos en el futuro.

Tres meses después, la paciente seguía una rutina más saludable, que incluía hacer ejercicio y organizar sus hábitos alimenticios. También se había apuntado a una clase para mejorar sus habilidades artísticas. Aunque seguía teniendo dificultades con las emociones, había mejorado mucho a la hora de comprenderlas y tolerarlas. La paciente era capaz de mantenerse cada vez más centrada sin recurrir a las autolesiones.

También estaba tomando conciencia de los disparadores y había aprendido a evitar algunos de ellos. Además, se dio cuenta de que algunas de las partes de su sistema interno, especialmente las más jóvenes, estaban relacionadas con los disparadores y sus dificultades para afrontarlos. Se pudo hacer psicoeducación, lo que resultó útil para las diferentes partes, y la paciente pudo identificar algunos recuerdos que se habrán de procesar una vez que el sistema de partes esté preparado para hacerlo.

Actualmente, sus objetivos son más específicos y fáciles de evaluar:

- Capacidad de aceptar sus diferentes sentimientos.
- Aprender a aceptar a las partes más jóvenes que aún le dan miedo.
- Aprender más estrategias de afrontamiento, tanto para ella como para las partes atrapadas en la época del trauma.
- Trabajar con la historia del trauma no resuelto: «Entiendo que necesitamos llegar a un acuerdo para hacer esto».

La paciente de este ejemplo ilustra uno de los muchos casos en los que

fácilmente podemos encontrarnos dando vueltas en círculos sin alcanzar ningún cambio terapéutico ni lograr ningún objetivo. Tratar de sumergirse en el trabajo con el trauma en un caso como este generaría más evitación en la paciente y más confusión en el terapeuta. En cambio, si nos centramos en los objetivos de la paciente y los utilizamos como motivación para la terapia y como guía para la estructuración, el trabajo inicial conducirá a una mejor comprensión tanto en el clínico como en el paciente y a una mayor disposición para el procesamiento del trauma. A partir de aquí, la atención podría centrarse en el tratamiento de los recuerdos traumáticos. El objetivo general era, desde el principio, conocer la historia de la paciente, para progresar gradualmente hacia el procesamiento de las experiencias traumáticas. Sin embargo, cuando la paciente aún no está preparada para trabajar con todos los elementos de la experiencia que exige el uso del Protocolo Estándar de EMDR y esta experiencia es demasiado abrumadora, los recuerdos deben abordarse de forma gradual en pequeños pasos. La terapia EMDR debe comenzar con las intervenciones más tolerables y procesando pequeñas cantidades (Gelinas, 2003; Hofmann, 2010; Kluff, 2013; Knipe, 2001; Gonzalez y Mosquera, 2012; Mosquera, 2019; Popky, 2005; Steele, Boon y Van der Hart, 2017; Van der Hart et al., 2014; Van der Hart, Steele y Nijenhuis, 2017).

CÓMO AYUDAR A LOS PACIENTES A SER MÁS COMPETENTES EN SU DÍA A DÍA

Trabajar con trastornos disociativos es todo un reto por diferentes razones; algunas de cuales se han descrito en este artículo. Cuando los pacientes tienen suficiente capacidad

de adaptación, los terapeutas pueden utilizar los procedimientos estándar de EMDR. Sin embargo, si los pacientes carecen de esta capacidad, se tendrá que adaptar la fase de estabilización a los problemas específicos de esta población antes de iniciar el reprocesamiento de recuerdos.

En la fase de estabilización, los terapeutas pueden combinar el uso de herramientas de regulación emocional, orientación temporal y psicoeducación para mejorar la información adaptativa disponible que pueda faltarle al paciente, aumentar su comprensión y su capacidad de integración, y mejorar su manera de afrontar los problemas de la vida cotidiana de forma adaptativa. La instalación de recursos y el desarrollo de habilidades durante la fase 2 de la terapia EMDR también se pueden utilizar para abordar y mejorar muchas de las dificultades que presentan estos pacientes.

Durante el reprocesamiento EMDR, el sistema PAI del paciente tiende a fluir espontáneamente hacia la resolución y la integración. Sin embargo, debido a la fragmentación presente en los trastornos disociativos, si se usa el protocolo estándar de EMDR no habrá acceso a determinada información y esta deberá desarrollarse en la fase 2.

A medida que los pacientes se vuelvan más competentes para afrontar los problemas cotidianos, manteniéndose presentes y comprendiendo el sistema de partes para que pueda haber cooperación y producirse acuerdos, el terapeuta puede empezar a abordar los recuerdos traumáticos de forma gradual. Esto ayudará a los pacientes a sentirse progresivamente más capaces de abordar la experiencia completa con el protocolo estándar de EMDR.

Dolores Mosquera es psicóloga clínica. Recibió el premio David Servan-Schreiber por sus destacadas contribuciones al campo de EMDR en 2017, fue nombrada Fellow de la Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación en 2018, por sus contribuciones al campo del trauma y la disociación y recibió el premio MAM10 Prix David Servan-Schreiber en 2021 por su labor internacional.

Referencias

Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). Coping with trauma-related dissociation. Skills training for clients and therapists. W.W. Norton & Co.

Brand, B. (1997). Establishing Safety with Patients with Dissociative Identity Disorder. *Journal of Transnational Management Development* 2(4):133-155.

Hofmann, A. (2010). The inverted EMDR Standard Protocol for Unstable Complex Post-traumatic Stress Disorder. In M. Luber (Ed.) *EMDR Scripted Protocols. Special Populations*. Springer Publishing Co.

Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors: Overcoming internal self-alienation*. Routledge.

Gelinas, D. J. (2003). Integrating EMDR into phase-oriented treatment for trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 91-135.

Gonzalez, A., & Mosquera, D. (2012). *EMDR and dissociation: The progressive approach*. Amazon Imprint.

International Society for the Study of Dissociation (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6, 69-149.

Kluft, R. P. (1993). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation*, 6, 145-161.

Kluft, R.P. (1993). Clinical Approaches to the Integration of Personalities. In R.P Kluft & C.G. Fine (Eds.) *Clinical Perspectives on Multiple Personality Disorder*. (pp. 101-133). American Psychiatric Press.

Kluft, R. P. (1996). Treating the traumatic memories of patients with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153 (7 suppl.), 103-110.

Kluft, R. P. (2000). The psychoanalytic psychotherapy of dissociative identity disorder in the context of trauma therapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 20 (2), 259-86.

Kluft, R. P. (2009). A clinician's understanding of dissociation: Fragments of an acquaintance. In P. F. Dell & J. A. O'Neill (Eds.). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 599-623). Routledge.

Kluft, R. P. (2013). *Shelter from the storm*. CreateSpace.

Knipe, J. (2018). *EMDR Toolbox: Theory and treatment of Complex PTSD and dissociation* (2nd ed.). Springer Publishing Co.

Levine, P.A. (2015). *Trauma and Memory: Brain and Body in a search for the living past. A Practical Guide for Understanding and Working with Traumatic Memory*. North Atlantic Books.

Liotti, G. (2009). Attachment and dissociation. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.) *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 53-65). Routledge.

Mosquera, D. (2017) *The Discovery of the Self: Enhancing Reflective Thinking, Emotional Regulation and Self-Care in Borderline Personality Disorder*. Amazon Imprint (Spanish edition in Pléyades S.A.).

Mosquera, D. (2019). *Working with Voices and Dissociative Parts: A trauma-informed approach*. Instituto INTRA-TP, S.L.

Ogden, P., Minton, K. and C. Pain. 2006. *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. W. W. Norton & Co.

Ogden, P., & Fisher, J. (2016). *Sensorimotor psychotherapy: Interventions for trauma and attachment*. W. W. Norton & Co.

Paulsen, S. (2008). Treating DID with EMDR, Ego State Therapy and Adjunct Approaches. In C. Forgas and M. Copeley (Eds.) *Healing the Heart of Trauma and Dissociation*. (pp.141-179) Springer Publishing Co.

Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W.W. Norton & Co.

Popky, A. J. (2005). DeTUR, an urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behaviors. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions*, (pp. 167-188). W.W. Norton & Co.

Rodewald, F., Dell, P. F., Wilhelm-Gößling, C., & Gast, U. (2011). Are major dissociative disorders characterized by a qualitatively different kind of dissociation? *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(1), 9-24.

Ross, C.A., & Halpern, N. (2009). *Trauma model therapy: A treatment approach to trauma, dissociation, and complex comorbidity*. Manitou Communications.

Schwartz, R. C. (1995) *Internal Family Systems Therapy*. The Guilford Press.

Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W.W. Norton & Co.

Steele, K., Dorahy, M., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2009). Dissociation versus alterations in consciousness: Related but different concepts. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 155-170). Routledge.

Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2013). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in phase 1 treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(3), 81-94.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W.W. Norton & Co.

Van der Hart, O., Steele, K., & Nijenhuis, E. R. S. (2017). The treatment of traumatic memories in patients with complex dissociative disorders. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1(1), 25-35.

Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). *Ego states: Theory and therapy*. W.W. Norton & Co.

Young, J., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. The Guilford Press.
