

EMDR CON PACIENTES

BORDERLINE

¿ MISION IMPOSIBLE?

Estambul , Junio de 2006

RESUMEN

- Población
- Conceptualización del trastorno de personalidad borderline (TPB).
- Problemas del tratamiento
- Síntesis
- Cómo hacerlo
- Cierre

Mary, mujer de 32 años con historia de conducta autodestructiva severa. La conducta autodestructiva es, principalmente, resultado de flashbacks por trauma sexual infantil. “Me odio a mí misma cuando tengo estos flashbacks y los cortes me ayudan a sentirme “mejor”.

POBLACIÓN

- Los pacientes borderline (límite) , son suicidas crónicos, se autolesionan, sabotean la terapia, utilizan sustancias y abandonan la terapia.
- Son “grandes usuarios” de la salud mental.
- Más del 90% han sufrido traumas severos (Kravitz 2004).
- Son tratados de TPET grave.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL TPB

- TPB es un trastorno de regulación.
- TPB es resultado de la vulnerabilidad emocional y el ambiente invalidante.
- La característica de la conducta borderline, es recuperar el control mediante la desregulación emocional (Linehan 1993)
- Mary no piensa que la conducta de autolesión sea problemática: “Para mí, significa recuperar el juicio. Si no me corto, empeora y comienzo a pensar en cosas peores: matarme...Imagino que no es la mejor opción, ¿no?”
- Y / o:
- Los pacientes con TPB tienen un trastorno de estrés postraumático crónico y grave.
- Toda la sintomatología es resultado de la incapacidad del paciente para afrontar estos síntomas.
- “¡No puedo enfrentarme a estos flashbacks! He sido diagnosticada antes de TEPT, pero debido a que me autolesionaba y cómo me llevo con los terapeutas,

empezaron a llamarme borderline. Nadie pensó en tratarme de TPET, y cuando me lo planteé, parecía imposible...”

- Y / o:
- Los pacientes TPB sufren de esquemas disfuncionales y creencias centrales de inutilidad.
- “Pienso que soy una criatura inútil y despreciable. Nadie me quiere, excepto por mi cuerpo. Si soy un desastre, me salvaré de ello. Todo lo que me sucede es prueba de mi inutilidad...¿A quién le importa?”.

PROBLEMA

- ¿Cuál es el problema?:
 - Tesis:
 - ❖ Las estrategias de exposición tienden a desequilibrar al paciente, incrementando inicialmente la ansiedad, conduciendo a un afrontamiento ineficaz (como conductas suicidas y autodestructivas).
 - Antítesis:
 - ❖ El incremento inicial será seguido por un descenso de los síntomas de TPET, (como intrusiones), que al final restaura el equilibrio, porque los disparadores del afrontamiento ineficaz desaparecen.

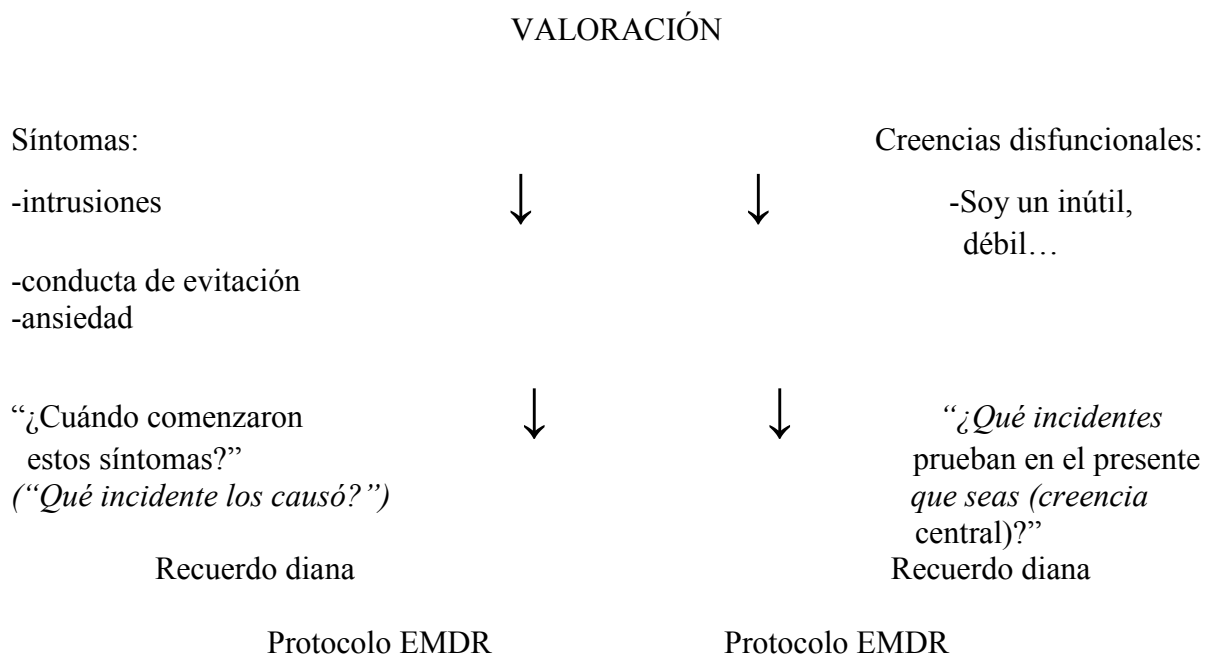
SÍNTESIS

- ¿Cuál es la solución al problema?:
 - Síntesis:
 - ❖ Equilibrio de estrategias: cambiar de EMDR a estrategias de control directo (y viceversa).
 - ❖ Tomar riesgos, pero calculados.
 - ❖ Tratar el TPET, no el trauma.
 - ❖ (Si es necesario, trabajo con material traumático periférico (para principiantes).
 - ❖ Asegurarse el control con conducta de reforzamiento ambiental.
 - ❖ Negociar cuándo cambiar.
- Mary debatía con su terapeuta la posibilidad de tratamiento para TPET con EMDR. Cuando el terapeuta sugirió que no era sobre “si” quería tratarla, sino sobre “cuándo”, ella se sintió aliviada. El terapeuta le aclaró que debían tener objetivos específicos antes de trabajar con EMDR. Un razonable control sobre su conducta autolesiva, fue el prerrequisito, pero no le pidió que detuviera esta conducta completamente de antemano...

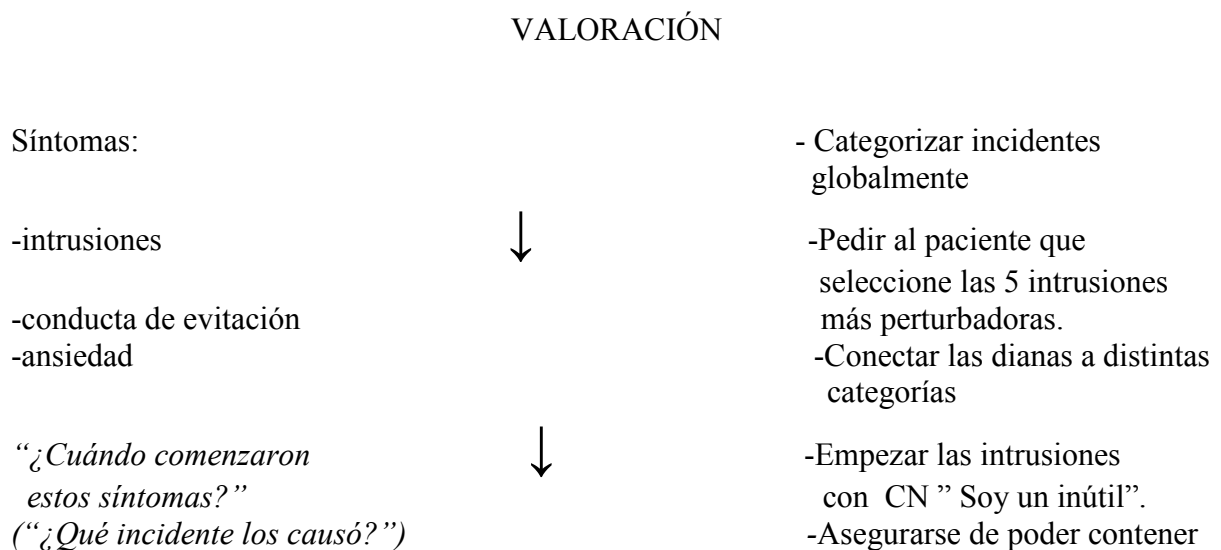
CÓMO HACERLO

- Dos opciones:
 - Tratar la sintomatología (TPET) (o los síntomas directamente relacionados con los flashbacks) → giro “izquierda” (de Jongh y Broeke).
 - Tratar las creencias disfuncionales (centrales) (p. ej. “Soy una inútil”)→ giro a la “derecha” (de Jongh y ten Broeke).

CÓMO HACERLO



GIRO A LA “IZQUIERDA”



Recuerdo diana

las asociaciones (puente afectivo).

Protocolo EMDR

CATEGORIZAR LOS INCIDENTES TRAUMÁTICOS DE MARY

X X X X X **Cinco intrusiones más perturbadoras**

↓
**Abuso sexual
en la infancia**

1. "Mi padre está sobre mí (su cara)".
2. "Tener que masturbar a mi padre".
3. "Ser atada y violada por mi marido".
4. "Ser forzada en soledad"
5.

↓
**Relaciones
Abusivas**

↓

**Experiencias
negativas en
salud mental**

PREPARACIÓN PARA EMDR

X X X X X **Cinco intrusiones más perturbadoras**

1 2 3 4 5

- ¿Puede el paciente controlar suficientemente la conducta autodestructiva?
- ¿Es capaz el paciente de manejar la imagen más perturbadora?
- ¿Puede el puente afectivo contener y cómo?
- Instalación de Recursos (I. D. R).
- "¿Algún peligro de la terapia interfiere en la conducta (disociación, agresión, etc.)?"
- Comenzar con la diana y evaluar.
- Cuando haya efecto positivo, continuar con otras dianas.

- Tras la selección de las intrusiones más perturbadoras, el terapeuta y Mary debatieron sobre con qué diana comenzar. Mary eligió la diana menos perturbadora (número 3). El terapeuta sugirió que Mary usase una “señal de stop”, cuando entrase con las asociaciones en la categoría de “abuso sexual en la infancia”. El terapeuta volvería a la diana inmediatamente.

GIRO A LA “DERECHA”

Creencias disfuncionales:



-Soy un inútil,
débil...



“¿*Qué incidentes*



prueban en el presente
*que seas un (creencia
central)?*”

Recuerdo diana

Protocolo EMDR (I. D. R.)

- Tras hacer diana inicial con EMDR en las imágenes intrusivas, Mary no sufrió más flashbacks. Por otro lado, aún se sentía mal consigo misma. Tenía muy baja autoestima y no podía creerse merecedora de conseguir y mantener una relación estable. El terapeuta intentó varias intervenciones cognitivo-conductuales, como grabaciones y experimentos conductuales, pero la creencia central disfuncional parecía bastante difícil de modificar. Aconsejó utilizar EMDR.

HACER DIANA PARA LAS CREENCIAS DISFUNCIONALES

- Selección de incidentes:
 - ¿“*Cómo sientes de cierta la creencia “Soy una inútil” / de “1 a 7” o de “0 a 100”%*?”.
 - “¿*Qué incidentes sientes ahora que mejor apoyan la afirmación “Soy una inútil” ?*.”
 - “*Selecciona los cinco incidentes y pon el que sientas peor al principio de la lista* “.

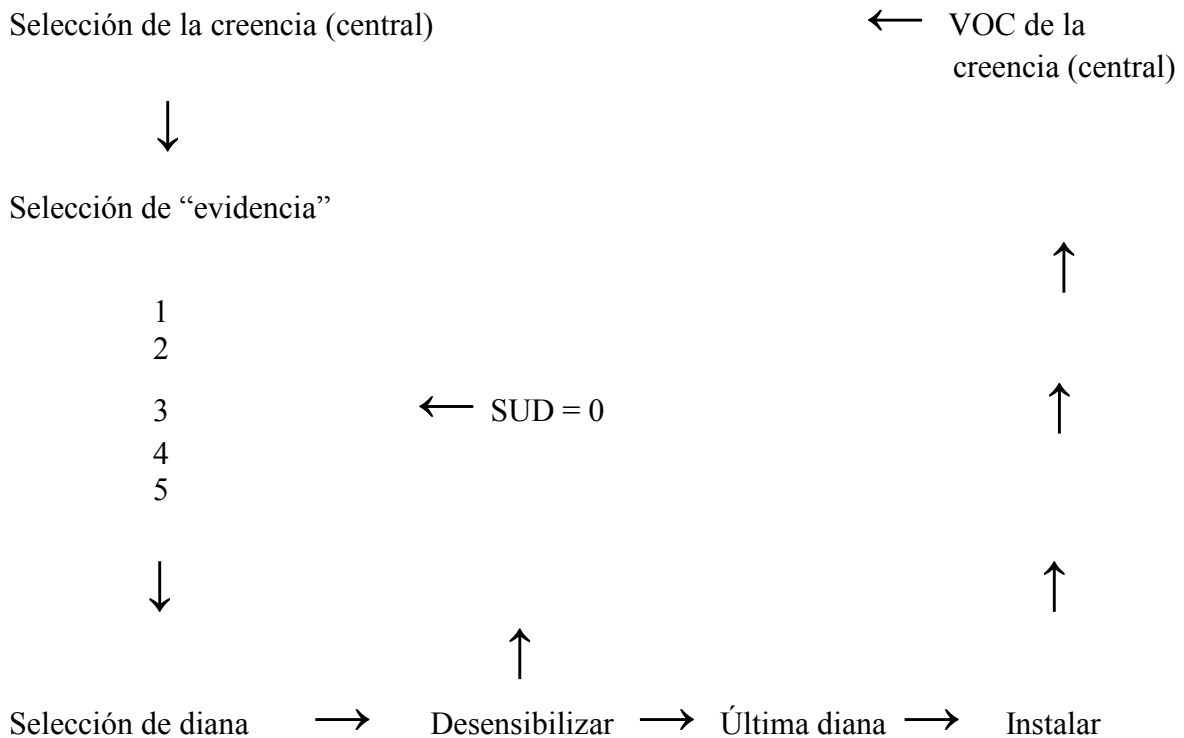
➤ “¿Qué imagen del recuerdo sientes que se acerca más a la afirmación “Soy una inútil?”

- Selección de incidentes y selección de diana

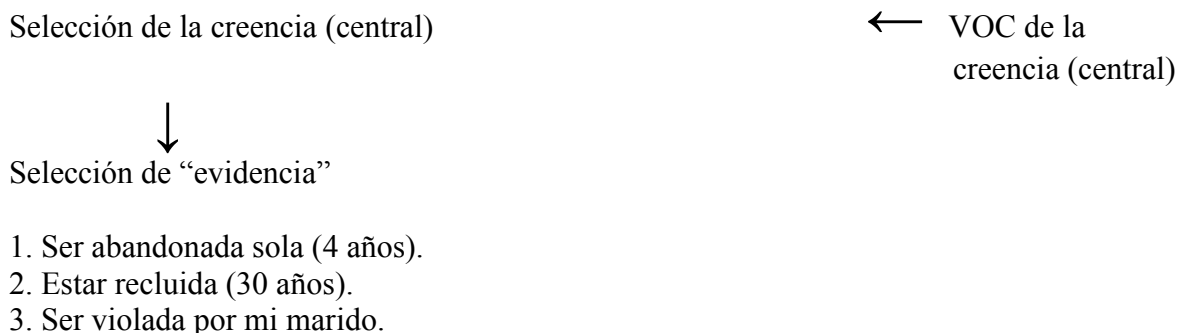
- “Si tomas la imagen, ¿qué creencia negativa sobre ti va con esta imagen?...*(seguir el protocolo “desensibilización”)*).
- Desensibilizar todas las dianas relacionadas con la evidencia seleccionada.
- Instalar la CP con dianas.
- Evaluar el cambio: disminución de VOC de la creencia central negativa.
- Cuando decrezca lo suficiente, hacer diana en la siguiente creencia central.

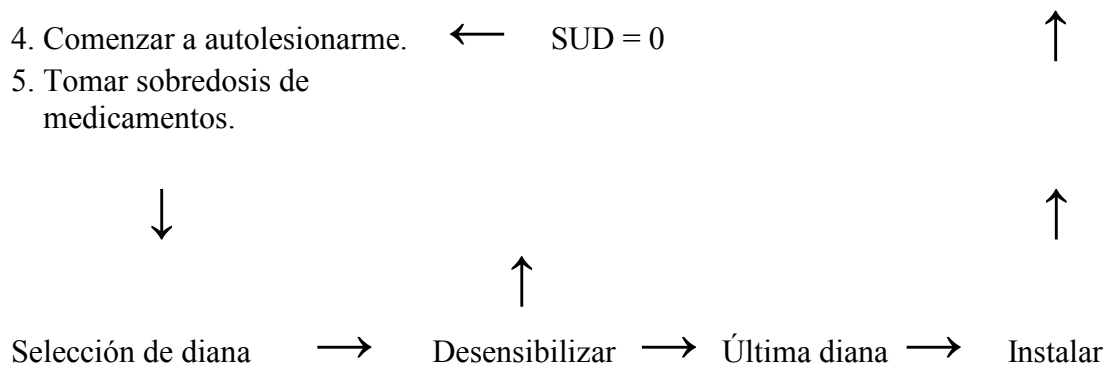
CÓMO HACERLO

SELECCIÓN DE CREENCIAS DISFUNCIONALES PARA DIANAS



INCIDENTES Y CREENCIA DISFUNCIONAL DE MARY





CÓMO HACERLO

- Manejar la conducta que interfiere con la terapia
 - Definición: *toda conducta (intencional o no intencional), que interfiere con la terapia, haciendo ésta imposible y / o tensando la relación terapéutica.*
 - “Puente afectivo”
 - Disociación o reexperimentación de la disociación.
 - Autolesiones durante la sesión.
 - Ataques pseudoepilépticas.
 - Agresión
 - Conducta evitativa
 - La terapia interfiere con la conducta del terapeuta.
 - Debatir siempre sobre la conducta que interfiere con la terapia, en la fase preliminar del tratamiento (EMDR).
 - Trabajar juntos cómo enfrentarse a la conducta.

- Manejar la conducta que interfiere con la terapia: “puente afectivo”
 - Definición: *durante la desensibilización de grandes asociaciones, a diferentes incidentes y categorías (¡incrementar niveles de SUD).*
 - ❖ Discutir con el paciente si dejarlo ir o intervenir (señal de stop y volver a la diana).
 - ❖ Volver a la diana repetidamente cuando haya asociaciones extensas.

- Manejar la conducta que interfiere con la terapia: disociación
 - Definición: *perder contacto con el proceso y (aparentemente) no responder a las entradas sensoriales.*
 - ❖ Cuando aparezcan los primeros signos: aumentar el volumen y dar instrucciones claras (¡continuar la desensibilización!).
 - ❖ Cuando el paciente no responda a las instrucciones, levantar la disociación con un ejercicio acorde → continuar la desensibilización.

- Manejar la conducta que interfiere con la terapia: reexperimentar la disociación

- Definición: El paciente revive la disociación conectada con el incidente traumático.
 - ❖ Aumentar el volumen y continuar la desensibilización.
 - ❖ Mantener al paciente en el presente: “Ahora estás a salvo, eso ya pasó,...quédate conmigo...”.
 - ❖
- Manejar la conducta que interfiere con la terapia: autolesión
 - Definición: El paciente se inflige dolor durante la sesión (arañazos, tirones del pelo, etc.).
 - ❖ Seguir de acuerdo con el plan: p. ej. detener al paciente con instrucciones o intervenciones.
 - ❖ Contar las creencias negativas que subyacen a la autolesión: “No eres tú quien debe ser castigado”, y continuar la desensibilización.

CÓMO HACERLO

- Manejar la conducta que interfiere con la terapia: ataques pseudoepilépticos
 - Definición: ataque similar o ataque epiléptico (caída, agitación, etc.)
 - ❖ Seguir de acuerdo con el plan. P. ej. dejar al paciente en el suelo, continuar la estimulación bilateral, almohadas.
 - ❖ Ataques muy frecuentes: dejar al paciente tumbado sobre el suelo en un colchón.
 - ❖ Seguir los ataques entre sesiones.
- Manejar la conducta que interfiere con la terapia: agresión
 - Definición: agresión física o verbal durante la desensibilización
 - ❖ Seguir de acuerdo con el plan: discutir los límites y consecuencias de las transgresiones.
 - ❖ Regresar a la fase de control dirigido.
 - ❖ Reiniciar EMDR cuando exista un control adecuado.
 - ❖ Cuando la agresión verbal se dirige al agresor: “¡Quédate con ello!”
- Manejar la conducta que interfiere con la terapia: conducta de evitación
 - Definición: evitar o escapar del material que provoca ansiedad/ aversión (no querer centrarse en la diana o suprimir los sentimientos).
 - ❖ Cuando el paciente rechaza mirar a la diana. “¡Céntrate en esa parte que no quieres mirar!”
 - ❖ Cuando el paciente rechaza centrarse en los sentimientos: “¡Céntrate en lo que no quieres sentir!”
 - ❖ Cuando el paciente quiera abandonar: enseñar firmemente cómo continuar:
 - ❖ Animar: “Puedes hacerlo, has hecho cosas más difíciles”.
- Manejar la conducta que interfiere con la terapia: la terapia interfiere con la conducta del terapeuta

- Definición: *toda conducta (intencional o no intencional) que interfiere con la terapia, haciendo la terapia imposible o tensando la relación terapéutica.*
 - ❖ Uno de los siguientes extremos:
 - ✓ Posponer EMDR innecesariamente, o acelerar su comienzo.
 - ✓ Infravalorar o sobrestimar la fuerza del paciente.
 - ✓ Ser estricto al establecer los límites, o no serlo en absoluto.
 - ✓ Ser demasiado precavido o demasiado audaz.
- Trabajar con supervisión y discutir si la propia terapia interfiere con la conducta.

TÉCNICAS ADICIONALES

- Instalación y Desarrollo de Recursos (I. D. R.)
- Entretejidos cognitivos: prepararlos (si es posible con el paciente): “¿Cómo podemos hablar de la creencia negativa de que eres culpable, durante la desensibilización de esta diana?”.
- Intervenciones de apoyo: p. ej. sostener la mano de los pacientes, animar, permanecer calmados...

CIERRE

- Buscar la síntesis: cambiar de intervenciones de control dirigido a EMDR y viceversa.
- Hacer elecciones sobre el curso de EMDR (giro a ala izquierda, giro a la derecha).
- Evaluar cada paso y ajustar.
- Confiar en el paciente, confiar en ti mismo y tus habilidades.
- Tomarse tiempo.
- Atreverse a tomar riesgos (¡o no tratar a estos pacientes!).

¡ MISIÓN CUMPLIDA ¡