



*With the Compliments of Springer Publishing Company, LLC*

# JOURNAL OF EMDR PRACTICE AND RESEARCH

 SPRINGER PUBLISHING COMPANY

The logo for Springer Publishing Company consists of a stylized white figure of a person jumping or running, positioned to the left of the company name.

[www.springerpub.com/emdr](http://www.springerpub.com/emdr)

# Idealización y afecto positivo disfuncional: Terapia EMDR para mujeres que sienten ambivalencia con respecto a dejar a una pareja abusiva

Dolores Mosquera

*INTRA-TP, Instituto para el estudio del Trauma y los Trastornos de la Personalidad, A Coruña, España*

Jim Knipe

*Longmont, Colorado*

Después de asegurarse de que haya seguridad, el tratamiento de las víctimas de violencia interpersonal (VIP) suele centrarse en las experiencias adversas y traumáticas, y en las emociones negativas relacionadas. Además, en muchos casos, la idealización del perpetrador y la emoción positiva disadaptativa son elementos iniciales que también han de tenerse en cuenta. El concepto de información almacenada disfuncionalmente (DSI, siglas en inglés de *Dysfunctionally Stored Information*)—descrito en el modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI)—va más allá de las emociones negativas disadaptativas de los recuerdos de experiencias adversas y puede incluir defensas disfuncionales como emoción positiva disadaptativa y experiencias vitales idealizadas. La idealización autodestructiva, disfuncional e irreal en una relación puede tratarse haciendo diana, con tandas focalizadas de estimulación bilateral, sobre recuerdos específicos de emociones positivas que son el origen de la idealización distorsionada. De esta manera, la paciente es capaz de desarrollar una resolución adaptativa, es decir, una percepción más precisa tanto de los acontecimientos pasados como de la naturaleza actual de la relación. Este abordaje para trabajar las defensas de la idealización se ilustra con tres ejemplos de casos de mujeres que se sentían ambivalentes con respecto a dejar a un compañero muy abusivo.

**Palabras Clave:** violencia interpersonal; violencia doméstica; hacer diana con EMDR sobre la idealización, emoción positiva disadaptativa.

A partir de la investigación seminal de Leonore Walker sobre violencia doméstica (1979), se identificó un ciclo que suele ser recurrente. Con frecuencia, nos referimos ahora a este patrón como violencia interpersonal (VIP), que es la principal causa de lesiones a las mujeres, más que la combinación de accidentes automovilísticos, atracos y violaciones (Krug et al., 2002). Tjaden y Thoennes (2000) encontraron que casi el 25% de las mujeres encuestadas en los Estados Unidos durante la década de 1990 habían sido agredidas sexual o físicamente en algún momento de su vida por un cónyuge, una pareja o alguien con quien habían tenido alguna cita.

Un elemento frecuente añadido a este problema es la incapacidad y/o reticencia del receptor de la violencia de abandonar la relación o protegerse de otras maneras. Huir de una relación abusiva a menudo requiere superar obstáculos importantes: dependencia económica; miedo a las represalias del perpetrador si hay un intento de huida; falta de confianza en los procesos policiales y judiciales para brindar una protección adecuada si se intenta escapar de la situación (Murray, 2008; Payne y Wermeling, 2009), etc. Otras barreras adicionales pueden incluir emociones intensas de culpa e indefensión aprendida (Ford, 2009; Williams y Poijula, 2013; Royle y Kerr, 2010; Seligman, 1975;

---

This article originally appeared as Mosquera, D., & Knipe, J. (2017) Idealization and Maladaptive Positive Emotion: EMDR Therapy for Women Who Are Ambivalent About Leaving an Abusive Partner. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(1), 54–66. Translated by Miriam Ramos Morrison.

Walker, 1979). Un resumen de informes de 10 países indicó que entre el 55% y el 95% de las mujeres que habían sido víctimas de abusos físicos por parte de sus parejas nunca habían contactado con organizaciones no gubernamentales, refugios o la policía para obtener ayuda (<http://domesticviolencestatistics.org>).

Muchas mujeres son claramente conscientes de que la relación es potencialmente peligrosa y debe llegar a su fin. La cuestión principal para estas personas es cómo dejar esta relación y a la vez mantener su propia seguridad personal. Otras víctimas de VIP presentan un cuadro algo diferente: uno de ambivalencia con respecto a si quedarse o irse, pese a los repetidos incidentes violentos dentro de la relación (Murray, 2008). Las intervenciones descritas en este artículo pretenden ser útiles para el segundo grupo de pacientes, aquellas que se enfrentan a su propia ambivalencia respecto a una situación potencialmente peligrosa.

### **Terapia con mujeres ambivalentes respecto a dejar una relación abusiva**

Por un lado, las personas que han sido victimizadas por una VIP repetida y prolongada y que también muestran esta ambivalencia pueden tener emociones intensas de miedo, indefensión, ira y, especialmente, una autoestima deteriorada. Al empezar la terapia, pueden ser muy susceptibles de culparse a sí mismas, después de muchas situaciones en las que han sido culpadas por su agresor. Además, también puede que hayan recibido mensajes similares de amigos y familiares bien intencionados que saben que la violencia está ocurriendo: «¿Por qué te quedas con él? ¡No seas tan estúpida!». Como se mencionó anteriormente, también puede que haya sido reacia a utilizar los recursos disponibles debido a los intensos sentimientos de vergüenza con respecto a la situación actual.

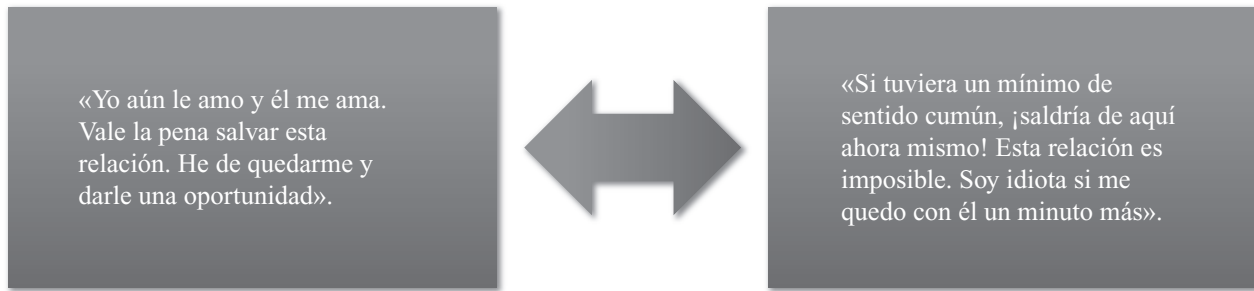
Por otro lado, dentro del patrón de la persona victimizada que regresa repetidamente a una relación abusiva, a menudo hay una imagen distorsionada y demasiado positiva del perpetrador (Ford, 2009; Royle y Kerr, 2010). De acuerdo con el modelo del procesamiento adaptativo de la información (PAI; Shapiro, 2001) de la terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR, siglas en inglés de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), hemos observado que este tipo de idealización por parte de la víctima a menudo se basa en recuerdos de «momentos positivos» aislados que han ocurrido en la relación abusiva –que incluyen aquellos en los que el perpetrador se disculpa y promete no volver a hacerlo, lo que hace que la víctima sienta la esperanza de que el agresor cambie– y que minimiza las amenazas persistentes y la violencia episódica.

Dentro del ciclo de la violencia (Walker, 1979), el perpetrador puede contribuir a esta confusión e indecisión al alternar entre ser impredeciblemente amenazante y violento, y ser la pareja más agradable, amorosa y encantadora que uno pueda imaginar. En la descripción de Walker de este ciclo, los comportamientos agradables del agresor a menudo (aunque no siempre) son manipuladores y constituyen un intento deliberado de confundir a la víctima y perpetuar la relación disfuncional, después de que haya tenido lugar un incidente de violencia interpersonal.

Las pacientes que se presentan en terapia con este tipo de ambivalencia a menudo están muy afectadas por imágenes de recuerdos muy conflictivos. Por un lado, puede haber imágenes de uno o más eventos violentos sumamente perturbadores, y por otro lado, la persona también puede tener imágenes de momentos muy positivos con el compañero perpetrador. Las imágenes de los recuerdos negativos y positivos pueden almacenarse de modo disfuncional, de modo que cuando se accede a un tipo de imagen, el otro tipo es mucho menos accesible y viceversa. Estas imágenes contradictorias crean confusión, indecisión, baja autoestima y una sensación de impotencia. Este conflicto interno puede ser bastante intenso. Los recuerdos de lesiones, huesos rotos y horribles traiciones a la confianza no son necesariamente tan persuasivos como se pudiera esperar a la hora de ayudar a una víctima de VIP a resolver este dilema interno. En nuestra experiencia, la intensidad de la defensa de idealización puede ser el factor principal que impida emociones, pensamientos y comportamientos adaptativos. Nuestro objetivo es describir un enfoque que se ha utilizado con éxito para tratar el tipo de ambivalencia continuada.

Dentro de la paciente ambivalente, el extremo conflicto interno con respecto a la relación puede ilustrarse como en la Figura 1.

Por lo tanto, para muchas de las pacientes que permanecen con ambivalencia en una relación potencialmente peligrosa, la vergüenza de sí mismas junto con una imagen poco realista y demasiado positiva del compañero perpetrador constituyen con mucha frecuencia elementos de la presentación clínica inicial (Krug et al., 2002). Estas son distorsiones de la verdadera realidad de la situación y pueden servir al propósito, dentro del funcionamiento mental de la persona, de defenderse psicológicamente contra el ser plenamente consciente de los sentimientos de impotencia y terror relacionados con los incidentes violentos. Puede darse un beneficio terapéutico considerable en las pacientes que toman conciencia y renuncian a este tipo de defensa de idealización, y de esa manera son capaces de ver claramente la



**FIGURA 1.** El conflicto interno o la ambivalencia que se pueden generar en una víctima de violencia interpersonal. Los dos polos del conflicto pueden ser co-conscientes y estar disponibles simultáneamente en la conciencia del paciente, o pueden estar parcial o totalmente disociados entre sí y alternarse en la conciencia de la persona.

situación. Sin embargo, los terapeutas también han de tener en cuenta que son muy susceptibles de sentirse avergonzadas y que necesitan estar seguras de que no están siendo acusadas de ser responsables de la violencia que, de hecho, fue perpetrada por el compañero. La VIP está, por supuesto, directamente causada por las acciones violentas de un perpetrador. Los terapeutas deben estar muy atentos y ser muy sensibles a las defensas de la vergüenza, así como a cualquier defensa de idealización del perpetrador existente, para asegurarse de que la paciente sepa que el terapeuta no está «culpando a la víctima».

### **Idealización y «defensa de negación»**

Al inicio de la terapia, la idealización y la emoción positiva desadaptativa a menudo contribuyen intensamente a los conflictos internos y a la angustia de la paciente, pero estos elementos a menudo se pasan por alto cuando la psicoterapia está centrada en las experiencias adversas y traumatizantes y en las emociones negativas relacionadas. En estos casos, conceptualizamos la idealización como un tipo de defensa de negación –una que puede bloquear la plena comprensión de la naturaleza abusiva de la relación y, más específicamente, bloquear el acceso a los recuerdos de incidentes violentos y traumáticos. Además, con la percepción idealizada distorsionada de la relación, puede que la paciente no desarrolle conductas de autoprotección, y que no sea consciente de las señales de peligro y/o amenaza, lo que hace que sea susceptible de exponerse repetidamente a la VIP.

Otras distorsiones relacionadas suelen acompañar a esta idealización. Algunas personas han aprendido a asociar el control y los celos con el amor: «Mi pareja lo hace porque me ama mucho». Muchas víctimas se sienten culpables cuando su pareja es arrestada y/o encarcelada, y rápidamente olvidan o dejan de centrarse en los riesgos y los incidentes violentos del pasado.

Con frecuencia querrán retirar los cargos y volver a sus relaciones abusivas, si tienen la oportunidad. Por este motivo, la idealización y la emoción positiva desadaptativa en situaciones de VIP son asuntos serios, potencialmente de vida o muerte; problemas que pueden ser comprendidos y tratados dentro del modelo PAI.

### **Información almacenada disfuncionalmente y el modelo de procesamiento adaptativo de información**

El modelo de procesamiento adaptativo de información (PAI) es el modelo teórico para la terapia EMDR propuesto por Shapiro (2001). Fue desarrollado para guiar la recogida de historia, la conceptualización del caso, la planificación del tratamiento, la intervención, y para predecir tanto el resultado del tratamiento como la consistencia de los muchos patrones de respuesta al tratamiento. El modelo PAI considera que la mayoría de las patologías psicológicas derivan de experiencias anteriores de la vida que ponen en marcha un patrón continuo de percepción, emoción, comportamiento, cogniciones y las consecuentes estructuras de identidad. La psicopatología es vista como el resultado del impacto de experiencias traumáticas no resueltas del pasado, contenidas en el sistema nervioso de un modo desadaptativo y específico del estado.

El modelo PAI establece que los recuerdos almacenados disfuncionalmente son los fenómenos principales que dan como resultado un afrontamiento desadaptativo como consecuencia de experiencias de vida perturbadoras que se han procesado de modo incompleto. Al explicar el PAI, Shapiro (2001, p. 31) afirma:

«Cuando alguien experimenta un trauma psicológico grave, parece que puede haber un desequilibrio en el sistema nervioso, causado

quizás por cambios en los neurotransmisores, la adrenalina, etc. Debido a este desequilibrio, el sistema de procesamiento de información no puede funcionar óptimamente y la información adquirida en el momento del acontecimiento, que incluye imágenes, sonidos, emociones y sensaciones físicas, se mantiene neurológicamente en su estado perturbador . . . ».

Se puede considerar que el concepto más amplio de información almacenada disfuncionalmente (DSI, Gonzalez, Mosquera, Leeds, Knipe y Solomon, 2012; Leeds, 2016; Leeds y Mosquera, 2015) abarca más que los recuerdos de experiencias adversas específicas. La DSI de los recuerdos traumáticos es, por supuesto, un elemento central de la presentación clínica inicial de un paciente con cualquier recuerdo no resuelto; y más aún de los pacientes que presentan una sintomatología grave asociada con trastornos de la personalidad, disociación, TEPT o TEPT complejo, entre otros. Sin embargo, también hay otros tipos de elementos de la DSI involucrados en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología compleja. Si limitamos el concepto de «información almacenada disfuncionalmente» e incluimos solamente representaciones de experiencias traumáticas, estamos limitando tanto nuestra conceptualización teórica del PAI como también, potencialmente, el uso de los procedimientos de EMDR con recuerdos claramente identificados de acontecimientos traumáticos. Una comprensión tan restrictiva del PAI puede prolongar innecesariamente la fase 2 de EMDR (fase de preparación) y también limitar innecesariamente las muchas formas en que la terapia EMDR puede ser utilizada para orientar y resolver la DSI, como las defensas y la separación disociativa entre las partes de la personalidad.

Para ampliar la posibilidad de intervención con procedimientos específicos de EMDR, necesitamos pensar desde una conceptualización general de la «información» de las experiencias que se almacena de manera disfuncional (González, Mosquera, Leeds, Knipe y Solomon, 2012). Según Shapiro (2001), se puede entender que los recuerdos almacenados disfuncionalmente abarcan todos sus componentes intrínsecos, que incluyen percepciones, pensamientos, imágenes, aspectos somáticos y emociones. Esos recuerdos pueden distorsionar la experiencia presente, bien hacia la perturbación (es decir, sentir una intensa ansiedad mientras se piensa en un acontecimiento traumático, incluso mientras se está en una consulta de terapia segura) o hacia el afecto positivo distorsionado (es decir, sentir alivio al evitar con éxito un recuerdo traumático o seguir viendo a un

perpetrador peligroso como un compañero seguro). Hay momentos en los que el afecto positivo puede ser más disfuncional que adaptativo, y en estos casos, las pacientes pueden beneficiarse enormemente del re-procesamiento de estas «experiencias aparentemente positivas» (Knipe, 1998, 2005, 2009, 2014; Mosquera 2010, 2016; Stowasser, 2007; Steele y Mosquera, 2016).

### El afecto positivo disfuncional sirve como defensa psicológica

El afecto positivo disfuncional como la idealización – una imagen positiva distorsionada e irreal de otra persona (Knipe, 1998, 2005, 2009; Mosquera y Knipe, 2015) – con frecuencia puede bloquear el acceso a material específico de recuerdos traumáticos, lo cual impide que se procesen y sanen por completo los recuerdos traumáticos. Por ejemplo: la evitación con éxito de un recuerdo traumático puede experimentarse con una emoción de alivio; la idealización de un perpetrador puede contener emoción positiva distorsionada y poco realista. En dichos casos, no puede accederse del todo al material postraumático y, por tanto, no puede resolverse mediante los procedimientos estándar de EMDR.

Cuando una acción mental bloquea la aparición de material traumático, describimos la situación como una «defensa psicológica». Mantener las «defensas» en mente puede ser particularmente útil para los terapeutas que trabajan con EMDR. Cuando se hace diana sobre el afecto positivo inapropiado de la defensa con tandas de EBL, el resultado es un debilitamiento de la defensa, lo que revela los recuerdos traumáticos no resueltos que «tapaba» la defensa. Estos recuerdos, entonces, están más disponibles para el procesamiento estándar de EMDR. Esto es similar, pero no equivalente, al concepto psicoanalítico de defensa como una acción mental no plenamente consciente que bloquea un impulso interno inaceptable (A. Freud, 1937). Por el contrario, el bloqueo, dentro de la definición de defensa del PAI, impide el contacto con la perturbación postraumática.

La idealización puede cumplir esta función defensiva, y estamos definiendo defensa de idealización como una fuerte implicación emocional en un recuerdo de una experiencia positiva, que funciona dentro de la personalidad de la persona para proteger al individuo de sentirse abrumado por el impacto de los recuerdos perturbadores no procesados. Si es posible hacer diana sobre las imágenes representativas de la idealización positiva y resolverlas, esto puede permitir el acceso a las experiencias traumáticas subyacentes e inacabadas, que a su vez pueden procesarse usando procedimientos estándar de EMDR.

## Codependencia

La codependencia se define como una condición psicológica en la que alguien está en una relación infeliz y malsana que implica vivir con otra persona y posibilitar un comportamiento disfuncional continuado en ella. Una paciente codependiente con frecuencia se encuentra muy preocupada por la continua disfunción de una relación, y la «solución» infructuosa que intenta una y otra vez es humillarse a sí misma mientras pretende mantener una imagen positiva de la pareja –o, más específicamente, el modo en que el paciente espera y desea que sea el compañero. Esta implicación emocional en una imagen idealizada de la pareja puede estar motivada por los recuerdos de un subconjunto de experiencias verdaderamente positivas, así como de los momentos en los que satisfacer las necesidades del otro dio como resultado elogios o una seguridad emocional temporal. Estos recuerdos positivos pueden ser emocionalmente satisfactorios en sí mismos, y este sentimiento positivo puede bloquear e impedir la plena conciencia de otros acontecimientos perturbadores y traumáticos que se han producido dentro de esa relación, lo que perjudica la eficacia de hacer diana de modo estándar con EMDR sobre esos sucesos. En otras palabras, en estos casos de ambivalencia intensa, la idealización de la pareja perpetradora puede estar sirviendo como una defensa psicológica, impidiendo la comprensión plena y exhaustiva del abuso, así como la plena conciencia de las opciones respecto a acciones futuras.

## Terapia EMDR con mujeres que han experimentado violencia interpersonal

Los procedimientos estándar de EMDR pueden ser muy útiles a la hora de tratar a muchas personas que han sido víctimas de violencia interpersonal y que puede que continúen experimentando indefensión aprendida. Después de una preparación adecuada, los pasos de la fase 3 de evaluación pueden aplicarse a incidentes que representan la disfunción en la relación –normalmente recuerdos asociados con los diversos tipos de violencia– con una imagen visual representativa, cogniciones negativas (CN) y positivas (CP), emociones y sensaciones físicas acompañantes, y medidas de línea base apropiadas sobre las escalas de validez de la cognición (VOC) y de unidades subjetivas de perturbación (SUD).

Con frecuencia encontramos que, durante el «establecimiento» de la fase 3 de EMDR, puede ser útil también permitir a la paciente expresar cogniciones negativas acerca del «otro» que las ha agredido, antes de pedirle una cognición negativa autorreferencial.

Si la paciente está experimentando un alto nivel de enfado hacia el perpetrador, esta breve exploración permitirá que la ira sea expresada y escuchada por el terapeuta, lo que suele facilitar el acceso de las pacientes a los pensamientos negativos sobre sí mismas.

Durante la fase 3, la paciente puede presentar, por ejemplo, cogniciones negativas como «no puedo protegerme», «no puedo escapar de esta situación» o «no puedo decir lo que realmente siento». Las cogniciones positivas correspondientes podrían ser algo del orden de «puedo tomar medidas para protegerme completamente», «puedo escapar de una situación peligrosa y encontrar una seguridad fiable» y/o «soy capaz de decir con facilidad lo que realmente siento con total respeto por la dignidad humana tanto mía como de la otra persona». En estos casos, suele ser muy importante definir la CP de forma clara y específica, como modo de ayudar a la paciente a generar una definición fuerte y convincente de un futuro positivo.

Otro problema que surge al usar el protocolo estándar con este tipo de situación es definir la emoción perturbadora. Alguien que ha sido herido dentro de una relación podría nombrar la «rabia» como la emoción que está conectada con un incidente violento perturbador. A menudo es útil decirle a la paciente: «La rabia puede ser una emoción empoderadora y muy apropiada. Pero suena a que tu rabia en este momento no es de ese tipo. ¿Es más como un tipo de rabia perturbadora o de indefensión?». De igual modo, una paciente podría indicar que la «culpa» es la emoción principal asociada con el recuerdo de un incidente violento. A veces, puede ser importante que el terapeuta aclare si la paciente cree que es verdaderamente culpable por lo ocurrido o si está experimentando una emoción fuerte y no racional de culpa, aunque reconozca que ese sentimiento de culpabilidad no está objetivamente justificado. La rabia que se bloquea a veces puede volverse hacia uno mismo, por «permitir» que haya ocurrido la violencia (incluso si, de hecho, la víctima no tenía el poder de impedir el abuso).

Con estos tipos de modificaciones, los procedimientos estándar de EMDR suelen ser bastante útiles para una paciente que ha sido dañado por violencia interpersonal. Es probable que la paciente llegue a ver las situaciones pasadas y presentes con mayor objetividad y claridad, y siga adelante con una mayor conciencia de sus propios recursos y opciones.

Para las pacientes muy ambivalentes respecto a su pareja y su relación, puede ser necesario hacer diana sobre la idealización, como precursor del uso de los procedimientos EMDR estándar descritos anteriormente. ¿Cuáles son los indicadores que señalan la necesidad de hacer diana sobre la idealización? La

**TABLA 1. Procedimiento del nivel de afecto positivo (LOPA)**

- Identificar una imagen específica de un recuerdo que contenga emoción positiva y represente el afecto idealizado distorsionado. El tipo de recuerdo variará dependiendo del tipo de idealización. Por ejemplo, para la idealización de uno mismo, se le podría preguntar al paciente: «¿Puedes recordar un momento en que fue evidente que las personas muy inteligentes, como tú, a veces tienen derecho a romper las reglas? (O «... tienen derecho a controlar a otras personas»). Es importante que el terapeuta haga este tipo de preguntas sin sugerir vergüenza. La idealización de otra persona, o de una relación, se puede iniciar con preguntas como: «¿Hay un “mejor momento”, un momento que puedas recordar cuando esta relación fue muy satisfactoria? ¿Hay un sentimiento agradable conectado a ese momento?». O «¿Hay un recuerdo particularmente agradable que representa tu sentimiento de amor por \_\_\_\_\_?». (O, «¿. . . qué representa tu deseo de no dejar ir a esa persona?». O «. . . ¿qué representa tu deseo de aferrarte a esta relación?»).
- Si el paciente es incapaz de pensar en un recuerdo puramente positivo, pero es capaz de identificar una imagen del recuerdo con afecto tanto positivo como negativo, las instrucciones del terapeuta pueden ser: «Sé que cuando piensas en ese momento, tienes sentimientos encontrados, pero ¿serías capaz de dejar brevemente a un lado los sentimientos negativos, y simplemente centrarte en los sentimientos positivos que todavía sientes cuando piensas en ese momento?».
- Cuando se identifica este «mejor momento», el terapeuta puede pedir cogniciones positivas asociadas –no sólo cogniciones positivas autorreferenciales (p.ej., «soy amado»), sino también otras cogniciones positivas que hacen referencia a otra persona (p.ej., «él me da seguridad y protección». O «él me quiere como nadie me ha querido nunca»).
- La intensidad del sentimiento positivo asociado con este recuerdo representativo puede entonces ponerse en la escala del nivel de afecto positivo (LOPA, Knipe, 1998, 2005, 2014), que va de 0–10 y ese sentimiento puede localizarse en sensaciones físicas.
- A continuación, se mantiene en mente la imagen del recuerdo, las cogniciones positivas y las sensaciones asociadas mientras se inician tandas de estimulación bilateral (EBL).
- A medida que continúa el procesamiento a través de tandas repetidas de EBL, la información sobre la emoción negativa puede entrar en la conciencia del paciente y procesarse.
- No obstante, a pesar de esta aparición de información negativa, suele ser útil seguir «volviendo a la diana» pidiéndole al paciente que piense repetidamente en el «mejor momento», y que cada vez indique cuál es la puntuación LOPA «ahora mismo». Al enfatizar las palabras «ahora mismo», se ayuda al paciente a ver que la implicación positiva en la idealización está disminuyendo.
- El resultado típico de este procedimiento es la renuncia a la defensa, lo que da lugar a una percepción más realista de la cuestión en la que nos enfocamos.

*Nota.* Dentro de estos procedimientos, se pide al paciente que acceda a un recuerdo particular que contiene el afecto positivo de la defensa (p.ej., la emoción agradable asociada con la imagen idealizada distorsionada) y luego se resuelve la distorsión en esta imagen del recuerdo a través de tandas focalizadas repetidas de estimulación bilateral que llevan al paciente a una «resolución adaptativa»: se renuncia a la defensa, lo que resulta en una percepción más realista de la cuestión en la que nos enfocamos.

paciente puede estar centrada en declaraciones que indiquen que está avergonzada o en la necesidad de reunirse con la pareja. El terapeuta podría obtener todos los elementos de la fase 3, pero al intentar reprocesar en la fase 4, se produciría muy poco movimiento. En estos casos, los autores encontraron que era útil hacer diana sobre el polo de afecto positivo de la ambivalencia. Este enfoque de usar tandas focalizadas de estimulación bilateral para trabajar sobre el afecto positivo disfuncional fue descrito y desarrollado por primera vez por Popky (1995, 2005). Knipe (2005, 2009) adaptó las ideas de Popky para hacer diana sobre el afecto positivo y la percepción distorsionada de otras personas y procesarlos.

**Hacer diana sobre las defensas de idealización con EMDR.** Un individuo puede tener una imagen muy

positiva de una persona, de sí mismo o de una acción, y la implicación emocional en la imagen positiva – proteger y mantener esa imagen – puede impedir el acceso total a los recuerdos traumáticos subyacentes, así como a otra información más realista que puede que sea necesaria para la resolución adaptativa de un problema particular. El procedimiento de nivel de afecto positivo (LOPA, siglas del inglés *Level Of Positive Affect*; Knipe, 1998, 2005, 2009, 2014) es una forma de procesar y resolver este tipo de imagen disfuncional de afecto positivo. Los pasos del procedimiento LOPA se describen en la tabla 1.

### Ejemplos de casos

Para muchos sobrevivientes de VIP que llegan a terapia, la defensa de idealización puede ser la única

entrada disponible en la red de memoria traumática disfuncional que es la fuente de las emociones negativas del paciente. Este abordaje se demuestra en los siguientes ejemplos, en los que se trabajó con las imágenes de los recuerdos positivos con tandas focalizadas de EBL y la fuerza de la defensa de idealización del paciente disminuyó significativamente. Este cambio, a su vez, permitió a los pacientes llegar a una comprensión adaptativa, con claridad objetiva, de la naturaleza peligrosa y disfuncional de estas relaciones.

### Caso 1. Día luminoso y soleado

Esta mujer de 35 años de edad fue derivada a terapia desde un programa para mujeres víctimas de violencia. Su pareja estaba en la cárcel por haber estado a punto de matarla durante una paliza que había tenido lugar poco antes de su primera sesión. Había un historial de muchos incidentes previos de violencia en esta relación, pero la paciente nunca los denunció y tendió a minimizarlos. Estaba convencida de que él hacía esas cosas por amor e interpretó la violencia como culpa suya; ella creía que había actuado en modos que «justificaban» su comportamiento violento.

Paciente y terapeuta identificaron el peor recuerdo: la última paliza, un momento en el que casi muere. La paciente fue capaz de identificar todos los elementos de la fase 3, pero cuando comenzamos la fase 4, la fase de reprocesamiento/desensibilización no parecía funcionar; ella entró en un bucle improductivo, llorando y hablando, sin dirigirse hacia una resolución. Su emoción, aunque intensa, no estaba conectada con la realidad del acontecimiento. Parecía estar procesando sólo a nivel cognitivo. La paciente declaró que extrañaba a su pareja y estaba pensando en retirar los cargos. También dijo: «Me veo mejor por fuera (no quedan marcas en su cuerpo, después de haberse curado sus moratones), pero me siento peor por dentro». La paciente pudo reconocer que la situación seguía siendo potencialmente peligrosa, por lo que estuvo de acuerdo en hacer diana sobre los confusos sentimientos positivos que sentía por él. El procesamiento comenzó con ella hablando de sus intentos de restablecer la relación. La paciente fue a la cárcel a darle sus pertenencias. Ella dice que esto la hace sentir mejor, «la esperanza de recuperarlo me mantiene viva. Sé que no es bueno».

Explorando la peor parte de estar sin él.

P: *No estar con él, soledad. No sé por qué, estoy mucho peor que al principio. ¿Por qué me está ocurriendo esto?*

La capacidad de la paciente para procesar el dilema parece estar bloqueada por una implicación positiva disfuncional en una imagen de este novio como una

pareja maravillosa y amorosa. Aferrarse con fuerza a esta imagen positiva le impedía darse cuenta del modo en que esta relación había sido problemática repetidamente. Por tanto, su intensa emoción positiva en relación a su recuerdo de la «mejor parte» parecía ser el problema principal.

P: *Me siento mal por él, porque le echo de menos, pero no por lo que me hizo. No debería ser así.*

T: *Por eso vamos a intentar reducir la fuerza de esa manera idealizada de pensar en él. Entonces, intenta pensar en un momento que represente la mejor experiencia con él.*

El mejor momento será la diana para el procesamiento.

P: *Le estaba esperando en el parque. Había una columna, y él estaba escondido ahí, mirándome. Cuando le vi, me miró inclinando la cabeza y sonrió, muy contento. No sé. Es una tontería.*

T: *No es una tontería. Piensa en esta imagen y de 0 a 10, ¿cómo es de agradable?*

Este es un uso diferente de la escala de 0 a 10. No es una escala de unidades subjetivas de perturbación (SUDS), sino una escala del nivel de afecto positivo (LOPA; Knipe, 1998, 2005), una medida de la cantidad de afecto positivo disfuncional que sigue sintiendo la paciente, que está sirviendo como defensa frente al acceso total a los recuerdos traumáticos perturbadores.

P: *Es un 10. Fue un momento precioso para mí.*

T: *Cuando piensas en ese recuerdo, ¿qué notas en el cuerpo?*

P: *Una sensación agradable, algo aquí (señalándose al pecho, la zona del corazón).*

Una vez que se identifica la imagen representativa del «mejor momento», junto con las sensaciones corporales que la acompañan, comenzamos el procesamiento.

T: *Bien. Quédate con eso. (Tanda de EBL).*

P: *Es su cara de felicidad, de «¡Te encontré!». ¡Su cara de felicidad!*

T: *Bien, céntrate en eso y permite que te venga lo que venga.*

P: *Esto me estaba tranquilizando. No sé por qué.*

T: *Está bien. No te preocupes. Deja que las cosas ocurran de forma natural.*

P: *¡Pero es que me estoy volviendo loca! (Empieza a llorar).*

T: *Bien, céntrate en eso. (Tanda de EBL).*



P: *Ahora ya mi mente no está tan centrada, estaba pensando en el aparato (la paciente sujetaba los tappers), el movimiento de un lado a otro.*

T: *Bien, vuelve al recuerdo y nota cómo de agradable te parece ahora de 0 a 10.*

P: *Vale.*

T: *Sin EBL, piensa en eso y nota si la intensidad es la misma.*

P: *No, no puedo pensar en ello de la misma manera. Noto... como una corriente eléctrica por todo mi cuerpo.*

T: *Concéntrate en eso. (Tanda de EBL).*

P: *No puedo pensar en ello.*

Se está debilitando la idealización que la paciente tiene de su pareja y ella está experimentando algo de confusión temporal. La terapeuta se lo explica.

T: *Por eso estamos trabajando en esto, para que estas cosas que te duelen no tengan tanto poder sobre ti, porque necesitas pensar en ti misma, en cosas realistas.*

P: *Siento menos entusiasmo en el cuerpo. El recuerdo es exactamente el mismo, la misma cara. Pero ahora puedo sentirlo, vuelve a doler...*

T: *Bien, céntrate en eso sigue con eso y deja que te venga lo que te venga. (Tanda de EBL).*

P: *Quiero recordar. Quiero ponerme ansiosa. Pero se va muy pronto. Casi no puedo recordarlo. A veces no puedo, a veces sí puedo.*

T: *Sigue con eso, ¿vale? (Tanda de EBL).*

Ahora la paciente está algo confundida por su falta de ansiedad en conexión con esta relación. Hasta esta sesión, la sensación de peligro siempre había sido un elemento incluido en el estar con su pareja, y ahora está desarrollando una perspectiva más realista. Esto es algo que ocurre a menudo cuando se resuelven las defensas que llevan en pie mucho tiempo: hay una desorientación inicial. Suele ser útil y suficiente decirle simplemente a la paciente que esta ausencia relativa de ansiedad es el resultado del éxito de su propio trabajo en la sesión de terapia

La paciente entonces paso a otro «canal» de procesamiento.

P: *Pero... lo que me estaba molestando, al final, era pensar: «Nunca volveré a tener esto». Estoy hablando del recuerdo. Es no volver a vivir esa situación con él nunca más.*

T: *Bien, céntrate en eso, porque esto es lo que te está bloqueando.*

P: *Es una tarde soleada, y él no está ahí, y esto me pone ansiosa.*

T: *Sigue con eso. (Tanda de EBL).*

P: *La idea de que «no importa, estoy con mi hijo, no importa», me ha venido a la cabeza. Pero eso es cuando me quiero volver loca. Porque en otros momentos, me vuelve a venir la imagen (la imagen del recuerdo positivo).*

T: *Bien, céntrate en eso. (Tanda de EBL).*

La paciente parece estar teniendo un conflicto interior entre la parte de sí misma que sigue aferrándose a parte de la imagen positiva disfuncional y la parte de sí misma que es consciente de su capacidad de vivir sin su pareja. Con una tanda de EBL, ella es capaz de resolver este conflicto interior.

P: *Ahora apenas puedo pensar en eso. Sólo estaba pensando que él venía junto a mí y me decía: «Vete».*

T: *Sigue con eso.*

Esta paciente sigue confundida porque previamente había pensado que tenía una relación muy amorosa y positiva con su pareja. Son necesarias entretejidos psicoeducativos para ayudarle a resolver los restos de esta confusión.

P: *¿Por qué soy así? Porque no puedo ver lo que pasó como algo grave (peligroso). ¿Es grave?*

T: *Piensa en una persona a la que quieres.*

P: *Mi hijo.*

T: *Intenta pensar en una mujer a la que quieres.*

P: *Sí, mi madre.*

T: *Si su pareja le hiciera las mismas cosas que tu pareja te hizo a ti, ¿qué pensarías?*

P: *Pensaría que es extremadamente grave. Pero no es lo mismo en mi caso.*

Esta declaración refleja la sensación de la paciente de ser una persona vergonzosa y no merecedora. Este tipo de autoevaluación negativa a menudo se relaciona con una idealización positiva no realista de una pareja abusiva. Hasta esta sesión, la paciente se culpaba a sí misma de todos los problemas (es decir, activando una defensa de vergüenza) con el fin de mantener esta apreciada, aunque irreal, percepción positiva del novio.

T: *Bueno, él hizo muy buen trabajo haciéndote sentir así. Hizo muy buen trabajo... haciéndote sentir que lo que hizo (el abuso) no era importante. En general, son especialistas en hacer eso. El no es el único. Las personas con ese perfil son especialistas en hacer que otras personas se sientan responsables por los daños, y en intentar que otras personas se sientan culpables.*

P: *Vale.*

Con continuas tandas focalizadas de EBL, el PAI de la paciente está pasando a una «resolución adaptativa», y tiende hacia una toma de conciencia saludable y asociaciones con información más realista.

P: *Es gracioso, porque quiero irme con él, pero al mismo tiempo no quiero. Mi mente piensa en mí misma saliendo sola, sin él.*

T: *Sigue con eso.* (Tanda de EBL).

P: *Quiero salir, pero entonces él empieza a llorar... Y vuelvo con él. Quiero irme con él y no quiero. ¡Quiero y no quiero!*

T: *Quédate con eso.* (Tanda de EBL).

En las cadenas asociativas aparece una percepción certera de la realidad y una resolución adaptativa.

P: *Ahora lo que me viene es como real. Quería decirle que no, decirle que se fuera. Antes, él me presionaba y yo era incapaz de decirle que no.*

T: *Sigue con eso.* (Tanda de EBL).

P: *Ahora me viene algo que pasó de verdad. El día antes de que me pegase tanto, eso fue lo que hizo. Lloró mucho. Me pidió que no le dejase. Pero yo no quería pensar en eso. Pero me vino la idea a la cabeza porque estaba asociando cosas, relacionando esto con la otra imagen. Pero yo no quería pensar en ello. Mi mente quería quedarse en blanco y empecé a centrarme en el ruido, para evitar pensar en eso.*

La paciente está notando su fuerte respuesta evitativa, pero ahora ha establecido algo de distancia de ese impulso de evitación. La terapeuta la anima a continuar el procesamiento.

T: *Es importante para ti pensar en ello. Si te viene eso a la mente, hay una buena razón.*

P: (Poniéndose en contacto con el recuerdo después de que hayan disminuido las defensas de idealización y evitación) *¡Ahora solo quiero llorar!*

T: *Bien, céntrate en eso... deja que salga.* (Tanda de EBL).

P: *¡No quiero llorar!*

T: (Entretejido) *Permitete sentirlo.*

P: *Ahora quería abrazarlo, sabes, cuidarlo mientras yo estaba llorando... pero tengo una duda. Pensé: «¿Realmente le quiero? ¿Por qué estoy con él?».*

T: *Vale, céntrate en eso, permite que te venga lo que te venga, ¿vale?* (Tanda de EBL).

P: *Ahora estaba viendo como un círculo, desde el principio de la sesión, cuando recordé su sonrisa, hasta ahora, cuando recordé su paliza. Justo como un círculo, su sonrisa, sus palizas, algo así.*

T: *Ok, Sigue con eso.* (Tanda de EBL).

P: *Ahora sólo puedo acordarme de cuando me está pegando. Me está pegando, tratándose muy mal y demás, y no sólo en ese momento, muchos momentos, pero sólo momentos cuando se volvía loco, pegándose, insultándose...*

Siguiente sesión:

T: *Cuando piensas en el recuerdo (el «mejor momento», cuando él la sonreía) que trabajamos en nuestra última sesión, ¿qué te viene a la mente?*

P: *No puedo olvidar eso. Desde que lo trabajamos, siempre está presente. Cuando pienso en la terapia, siempre me digo a mí misma: «Pasé de ese momento a este momento» (del momento positivo a los recuerdos de las palizas).*

T: *Entonces, ¿no lo sientes como positivo?*

P: *No, en absoluto, está exactamente como estaba al final de la última sesión.*

Después de un año se mantenían los cambios. La paciente indicó que ya no echaba de menos a este exnovio y ni siquiera pensaba mucho en él. Ella nunca volvió a visitarlo y pudo ir a juicio para testificar contra él sin ningún problema y sin arrepentirse. El exnovio fue condenado por agresión, y la paciente experimentó un aumento de autoestima, sabiendo que ahora era capaz de darse cuenta plenamente de la realidad de la situación y protegerse de manera efectiva.

## Caso 2. Nuestro momento

En el momento de iniciar psicoterapia, Barbara tenía 42 años. Se encontraba atrapada en una relación tóxica que duraba más de 3 años. Era incapaz de romper con su pareja o incluso de ser completamente consciente de cómo él la estaba maltratando. Ella sólo venía a terapia cuando él la engañaba o la maltrataba.

Al igual que la paciente anterior, Barbara había crecido con muchas experiencias adversas en su familia. Durante sus primeros seis años de vida, frecuentemente presenciaba a su padre golpeando y amenazando a su madre. La madre finalmente escapó al control del padre cuando este amenazó con matarlas a ella y a su hija. Fue en este punto que la madre pidió el divorcio. Sin embargo, Barbara y su madre nunca comentaron estas experiencias anteriores.

Debido en parte a estos antecedentes, de adulta, esta paciente daba una importancia fundamental a tener una relación de pareja sin conflictos. La paciente había intentado suicidarse varias veces después de discutir con su pareja. Durante su último intento de suicidio, saltó por una ventana y se rompió varios huesos. Estuvo hospitalizada durante varios meses.

Cuando todavía se estaba recuperando, su compañero la golpeó gravemente. Los vecinos llamaron a la policía. Ella no quiso presentar cargos, pero cuando la policía vio la gravedad de sus heridas, detuvieron a su pareja. Luego obtuvo una orden de alejamiento y se mudó con sus padres. Pero a pesar de dar estos pasos para protegerse, en la terapia indicó que echaba de menos a su pareja y quería volver a estar con él.

Aunque la terapeuta intentó trabajar los recuerdos de la infancia relacionados con el maltrato del padre y el ver que su padre golpeaba a su madre cuando era pequeña, estos intentos no tuvieron éxito. Debido a la falta de resultados con estas dianas anteriores, la terapeuta decidió trabajar un momento idealizado representativo con este exnovio perpetrador.

La paciente mencionó dos momentos muy buenos: «cuando estábamos juntos en el sofá y él se apoyaba en mí para que le acariciase» y «cuando fuimos al río y nos metimos juntos en el agua».

P: *Hubo pocos momentos buenos, pero fueron realmente agradables.*

T: *¿Qué momento es más agradable para ti ahora mismo?*

P: *El del sofá, era más frecuente y la sensación de cercanía es más profunda.*

Como en el ejemplo anterior, se utiliza el procedimiento LOPA de 0 a 10.

T: *¿Cómo de agradable es ese recuerdo de 0 a 10?*

P: *Un 9.*

T: *¿Qué emociones te vienen cuando piensas en ese recuerdo?*

P: *Nostalgia. Tristeza.*

A pesar de que indica que el recuerdo diana es positivo, encubre de manera defensiva el afecto negativo. A medida que se procesa este recuerdo, el afecto positivo disminuye significativamente y el material negativo del recuerdo llega más claramente a la superficie, donde también se puede procesar.

T: *¿Dónde lo notas en el cuerpo?*

P: *Estómago.*

T: *Quédate con eso. (Tanda de EBL).*

T: *¿Qué te viene?*

P: *Era uno de los pocos momentos en los que teníamos cercanía. Él no era afectuoso, con lo cual era el único momento en el que le podía tocar y sentirle cerca.*

T: *Sigue con eso (EBL).*

T: *¿Qué te viene?*

P: *(Llorando). La misma sensación.*

T: *Sigue con eso (EBL).*

T: *¿Qué te viene?*

P: *No entiendo cómo podía pasar de ese momento a una paliza. Yo nunca podría pegar a nadie así y sin motivo alguno. No podría hacerlo.*

T: *Es muy confuso.*

P: *Sí.*

T: *Sigue con eso (EBL).*

T: *¿Qué te viene?*

P: *Yo quería tener una vida normal. Yo le quería. Yo sólo quería estar con él y tener una vida normal. Y él no dejaba el alcohol ni las drogas, así que eso no era posible. Y luego me decía que yo no hacía lo suficiente por estar bien, que él nunca tendría hijos y que iba a buscarse otra mujer. ¡Vaya caradura! ¡Cuando era él quien no hacía nada por estar bien!*

T: *Sigue con eso (EBL).*

P: *En el fondo lo sabía... pero no quería verlo... yo lo veía, pero no quería rendirme.*

T: *Sigue con eso. (Tanda de EBL).*

P: *No puedes cambiar a nadie que no quiera cambiar. Y te dejás atrapar por su estilo de vida. (De vuelta a la diana).*

T: *Si vuelves al recuerdo de estar con él en el sofá, ¿cómo de agradable es ahora de 0 a 10?*

P: *Un 7. A lo mejor quiero creer que es un 7, pero es un 8.*

T: *No pasa nada si es un 8. Sigue con eso. (Tanda de EBL).*

T: *¿Qué te viene ahora?*

P: *Desilusión. Decepción. Tristeza.*

T: *¿Puedes notar eso?*

P: *(Sollozando) Sí (EBL).*

P: *No sé si voy a ser capaz de volver a confiar en otro hombre.*

Ella conecta con el recuerdo del novio de su prima que, al principio, parecía ser un tipo muy agradable, pero más tarde resultó estar engañando a la prima. El novio de la prima estaba tratando de mantener ambas relaciones de una manera muy egoísta y manipuladora; diciendo que amaba a las dos y le gustaría quedarse con ambas.

De vuelta a la diana. EBL.

P: *Ahora veo que esos momentos los hice míos, pero no eran para mí. Eran para él. Se acercaba a mí para que yo pudiera acariciarlo, porque eso le gustaba. Era el único momento en el que yo podía sentirlo y tocarlo, pero no era nuestro momento. Era su momento y yo intenté hacer que fuera nuestro. Pero no lo era.*

T: *Sigue con eso. (EBL).*

T: *¿Qué te viene?*

P: *Estaba ciega. El no me quería. Alguien que te quiere no tarda 15 minutos en venir a ver si estás bien después de*

*te hayas tirado de un puente (refiriéndose a lo que había pasado justo después de su grave intento de suicidio). Cuando estaba en el hospital, me di cuenta de lo poco que yo significaba para él. ¡Pero era tan doloroso! Era tan doloroso que no quería que fuese cierto. Intenté encontrar una explicación, pero no había explicación. Es egoísta. Primero va él, después él y después otra vez él. Y yo simplemente era alguien que estaba ahí para acariciarlo o cocinar para él.*

T: *Sigue con eso.* (EBL).

P: *Me viene algo de claridad, la falta de entusiasmo que yo sentía cuando él llegaba a casa. Yo estaba contenta durante el día, con los perros. Pero en cuanto él entraba por la puerta, esto cambiaba. Estaba siempre tan serio. Muchas veces, ni siquiera me decía hola. Y nunca dormía conmigo. En tres años, tal vez durmió conmigo dos o tres veces. Eso no era normal. Yo pensaba que lo era: «Esto es lo que hay. Ya está». Pero ya no tengo que seguir aguantándolo. Estoy mejor sola.*

T: *Vale. Piensa en ese recuerdo ahora. De 0 a 10, ¿cómo de agradable es ahora?*

P: *Un 4.*

T: *Sigue con eso.* (EBL).

T: *¿Qué te viene?*

P: *Su egoísmo.*

Dado que la idealización está ahora procesada, la paciente es capaz de darse cuenta completamente de la realidad de esta relación –una toma de conciencia que antes hubiera sido dolorosa–, de que este hombre no era un buen compañero. Ella continuó y dio un ejemplo del principio de la relación, en el que él esperaba que ella trabajara, que hiciera todo en la casa, mientras él se sentaba y veía la televisión. Normalmente, con respecto a las tareas y el mantenimiento de la casa, no trabajaba ni colaboraba en modo alguno. Como parte de su toma de conciencia más profunda, dijo: «¡No entiendo cómo aguanté eso! He sido una marioneta. ¡Una muñeca de trapo!».

T: *Sigue con eso* (EBL).

T: *¿Qué te viene?*

P: *Pasé seis meses con mi familia. Mis abuelos también estaban allí. Y ahí es cuando me di cuenta de lo que significaba ser querida, de lo que era significar algo para alguien y que te cuidasen. Yo no tenía eso con él. Pero seguía sin poder verlo cuando volví.* (EBL).

P: *Me viene la noche en que me pegó. Yo no quería denunciarle. Yo no quería que ellos (la policía) se lo llevaran. Se lo llevó la policía porque vieron mis heridas. Me pidieron que lo denunciase y yo no quise. Y luego fui a juicio. Él dijo que yo estaba loca y que había sido en defensa propia. Ahí fue cuando miré a mi abogado y*

*dije: «Esto tiene que terminarse, no importa cuánto duela. Adelante, presenta cargos». No sólo me dio una paliza tremenda. Quería que pareciera yo la loca. ¿Qué diablos? (De vuelta a la diana).*

T: *Si vuelves ahora al recuerdo, ¿cómo de agradable te parece?*

P: *Nada en absoluto. Un 0, o tal vez un 1... quizás sólo un poquito.*

T: *¿Puedes notar ese poquito?*

P: *Apenas, pero sí, un poquito.*

T: *Bien, incluso si es sólo un poquito, nótalos.*

P: *Vale.* (EBL).

P: *No era mi momento. Era el suyo.*

Al final del reprocesamiento, no sentía el recuerdo como positivo en absoluto. Al reprocesar el mejor momento, fue capaz de conectarse con información adaptativa y asimilar la realidad de lo que había ocurrido. Cuando finalmente se dio cuenta de que había sido una relación tóxica, fue capaz de soltarla. Ella dejó de echarle de menos y fue capaz de concentrarse en su autocuidado. La paciente se quedó muy sorprendida con el resultado, y la nueva visión realista se mantuvo en las sesiones de seguimiento. Más tarde, terapeuta y paciente fueron capaces de focalizarse con éxito sobre los recuerdos de la infancia.

### Caso 3. Cartas de amor

Una mujer de 48 años fue derivada de un programa para mujeres víctimas de violencia después de que su pareja intentara matarla. Ella había estado en una relación con él durante más de 10 años. Hubo golpes previos, humillaciones constantes y conductas humillantes. Ninguno de estos hechos fue denunciado. Él le escribía notas y cartas agradables pidiendo disculpas por su comportamiento y expresando cuánto la amaba. Ella experimentaba sentimientos muy positivos mientras leía estas notas y cartas, y luego trataba de apartar todo el maltrato de su mente. Cuando la paciente llegó a la primera sesión, el agresor tenía una orden de alejamiento y estaba en la cárcel, a la espera de juicio. La paciente se sentía culpable y decía que lo echaba mucho de menos. Indicó que pensaba constantemente en él. La peor parte de esta situación para ella era «no saber si volveremos a estar juntos» y la anticipación de una soledad profunda. Racionalmente, comprendía que él había estado a punto de matarla, pero emocionalmente, minimizaba lo ocurrido y mantenía una imagen idealizada de este perpetrador.

Esta paciente había crecido en una familia que carecía gravemente de apoyo mutuo y conexiones amorosas. Aludió a estos problemas, pero cuando el

terapeuta trató de explorar los acontecimientos de la infancia en profundidad, la paciente dijo: «¡No, por favor! No puedo meterme ahí. Duele demasiado». Estaba deseosa de explorar y trabajar con su problema con respecto al agresor, y sabía que estaba relacionado con su infancia, pero no autorizó que se hablase de los momentos infelices en su familia, «... al menos por ahora». Ella fue capaz de decir: «Sé que esto está relacionado con mi infancia y la falta de amor. Siempre deseé ser amada».

Se hizo diana sobre varios recuerdos traumáticos, incluyendo la última paliza, pero el reprocesamiento parecía atascado. Lloraba y lloraba, pero no se producía cambio alguno. Como en los dos casos anteriores, el problema parecía ser sus fuertes emociones positivas y su implicación emocional en recordar los «mejores momentos». En este caso, se trabajaron dos de los mejores momentos. La primera diana estaba relacionada con las notas que él escribía pidiéndole disculpas por haberla agredido. Estos eran momentos muy preciados para ella. Una imagen de un recuerdo positivo particularmente intenso fue cuando encontró una rosa y una nota junto a su cama al despertar. Guardaba todas estas notas como tesoros. Una imagen del recuerdo que representaba el «mejor momento» era la imagen de la rosa con la nota. Sentía una agradable sensación de calor en el cuerpo cuando pensaba en esta imagen. Cuando se le preguntó lo agradable que era el recuerdo en una escala de 0 a 10, la paciente indicó que era un 10. Al igual que en los otros casos, la paciente pudo reprocesar la emoción positiva relacionada con esta defensa –este recuerdo idealizado– y conectar con la realidad de que esta relación había sido disfuncional en muchos aspectos. Se sorprendió mucho con el resultado. Durante la sesión siguiente (fase 8 de EMDR, reevaluación), dijo: «No he vuelto a pensar en él de esa manera». Es más, fue a juicio y fue capaz de mirar al perpetrador a los ojos. Se sintió muy bien cuando se dio cuenta de que podía mantener el contacto visual y que era él quien bajaba la mirada.

Unos meses después de la sesión, mientras estaba limpiando, encontró en un cajón unas viejas cartas de amor de él, de los primeros años de su relación. Empezó a leerlas y conectó con un recuerdo del perpetrador diciéndole lo especial que era. Volvió a sentir por él una sensación agradable, aunque se daba cuenta de que este sentimiento «no era real». Luego trató de tirar las cartas, pero dijo que no había sido capaz de hacerlo. Al describir la situación, la paciente se dio cuenta de que estaba confundida y emocionalmente molesta. Por un lado, ahora se daba cuenta de que esta relación había sido muy conflictiva y problemática, pero por otro lado, todavía tenía una imagen positiva

persistente de este exnovio. Con respecto a las cartas, dijo: «Es todo lo que me queda» (de él). A pesar de su ambivalencia, accedió a trabajar usando como diana la imagen de las cartas, cartas en las que él le decía lo especial que ella era para él. A medida que fue trabajando este afecto positivo con tandas focalizadas de EBL, disminuyó la intensidad de la defensa de idealización restante, revelando otros muchos recuerdos negativos, los cuales estuvieron entonces mucho más disponibles para procesarlos con éxito usando las fases 3 a 7 estándar de EMDR.

Conectó con muchos momentos de maltrato, y realmente se dio cuenta, no sólo cognitivamente sino también a nivel emocional, de que las cartas habían sido una manera de manipularla después de las palizas, las infidelidades y las humillaciones. Después de haber procesado la idealización, dijo: «Lo que más me duele está en casa (refiriéndose a las cartas). Las voy a tirar. No puedo creer lo poco que he pensado en mí misma. Hay personas a mi alrededor que realmente me quieren y yo no he podido verlo». Cuando regresó a casa después de esta sesión, fue capaz de tirar las cartas con facilidad. Llamó al terapeuta más tarde ese día y dijo con orgullo: «Esto me ha sentado muy bien. Me siento como si se me hubiera quitado un gran peso de encima». En la siguiente sesión, la paciente dijo: «El trabajo que hicimos con las cartas fue muy útil. Estoy cuidando de mí misma e invirtiendo tiempo en mí. En cuanto llegué a casa, fui capaz de tirar las cartas y me sentí muy bien. El otro día mientras limpiaba la casa, encontré otra carta y la tiré sin inmutarme. Fue genial».

Después del éxito de esta sesión, la paciente fue capaz de acceder con mayor facilidad a recuerdos perturbadores de soledad en la infancia y resolverlos.

## Debate

Todos podemos tener recuerdos agradables de buenos momentos con otras personas, y sentimientos de simpatía, cariño y respeto hacia ellas. Pero los ejemplos anteriores describen un tipo de situación diferente; una en la que la imagen idealizada de un perpetrador y las emociones positivas acompañantes, aunque agradables en sí mismas, tienen un propósito defensivo y pueden inhibir la conciencia del peligro de los pacientes y evitar así que movilicen conductas de autoprotección. La idealización también puede ocurrir después de que haya terminado una relación disfuncional y la persona siga guardando emociones intensas de anhelo por la pareja que se ha ido.

Podemos encontrar estas mismas dinámicas cuando una paciente adulta está rememorando situaciones

de abuso en la infancia que fueron perpetradas por los adultos cuidadores (es decir, un padre, un tío, un profesor, etc.). Colin Ross (2012) ha descrito esto como el «problema del apego al perpetrador», una situación en la que hay un «cambio del locus de control» – una fuerte e irresistible tendencia a culparse a uno mismo por el abuso, mientras se continúa aferrado a una imagen idealizada y no realista del perpetrador. Estas situaciones que implican abuso temprano en las familias tienden a ser mucho más complejas, y en un próximo artículo hablaremos de las maneras en que puede utilizarse el método LOPA, junto con otras herramientas relacionadas con EMDR, para ayudar de manera segura al paciente a resolver este tipo de dilema, y dejar de sentir una idealización inadecuada hacia un agresor o vergüenza inapropiada sobre uno mismo.

Las defensas de idealización pueden obstaculizar el éxito del reprocesamiento de imágenes y sentimientos postraumáticos con procedimientos estándar de EMDR y, por tanto, deben tenerse en cuenta para que el paciente resuelva de manera completa y exhaustiva sus recuerdos traumáticos. Identificar y comprender el modo de procesar una imagen idealizada poco realista como información almacenada disfuncionalmente puede ser particularmente útil en la conceptualización del caso en trastornos de la personalidad y otros casos de trauma complejo. El poder terapéutico del método de procesamiento adaptativo de información puede ampliarse a una población significativamente mayor de pacientes, para quienes una imagen positiva apreciada, pero no realista, de otra persona impide la percepción exacta de la realidad, la autoprotección efectiva y el procesamiento integral del trauma.

Los procedimientos descritos en este artículo están diseñados para proporcionar una respuesta terapéutica eficaz a esta cuestión clínica específica de la ambivalencia de la paciente que surge en el tratamiento de las víctimas de VIP. Dentro de estos procedimientos, se trabaja con la idealización y se lleva a una resolución adaptativa mediante la focalización en los «mejores momentos» de las pacientes con sus perpetradores. Son estos recuerdos los que están impulsando la idealización imprecisa actual. Cuando la percepción que tienen los pacientes de la situación ya no está distorsionada por la idealización, entonces son capaces de trabajar y alcanzar otros objetivos de la terapia, como resolver recuerdos perturbadores, aumentar sus habilidades de autoprotección y mejorar la autoestima. Estos procedimientos, que se centran directamente sobre la idealización, no constituyen un «protocolo» rutinario, sino que están destinados a ser utilizados con flexibilidad y en conjunción con el juicio clínico del terapeuta, en beneficio del paciente.

## Referencias

- Ford, J.D. (2009) *Posttraumatic Stress Disorder: Scientific and Professional Dimensions*, Elsevier, New York, p. 86
- Freud, A. (1937). *The Ego and the mechanisms of defense*, London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
- Gonzalez, A., Mosquera, D., Leeds, A., Knipe, J. y Solomon, R. (2012). The AIP Model and Structural Dissociation: A proposal to extend the framework. En *EMDR and Dissociation: The Progressive Approach*. Ed. Createspace. Edición en español: *EMDR y Disociación: El Abordaje Progressivo*. Madrid: Ed. Pléyades.
- Knipe, J. (1998). It was a golden time. . . Treating narcissistic vulnerability. En Manfield, P. (Ed.) *Extending EMDR: A casebook of innovative applications* (1st ed.) (pp. 232–255). New York: W.W. Norton & Co.
- Knipe, J. (2005). Targeting positive affect to clear the pain of unrequited love, codependence, avoidance, and procrastination. En Shapiro, R. (Ed.) *EMDR Solutions: Pathways to healing* (pp. 189–212). New York, NY: W.W. Norton & Co.
- Knipe, J. (2009) Dysfunctional Positive Affect: Codependence or Obsession with Self-defeating Behavior. En Luber, M., *EMDR Scripted Protocols: Special Populations* pp. 463–5. New York: Springer.
- Knipe, J. (2014) *EMDR Toolbox: Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation*. Springer, New York
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L.; Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Leeds, A. (2016). *A guide to the standard EMDR therapy protocols for clinicians, supervisors, and consultants*. New York, NY : Springer Publishing Company.
- Leeds, A. y Mosquera, D. (2015). *Extending the framework of EMDR therapy: The AIP model and structural dissociation*. Presentación en la conferencia anual de EMDR de Canadá, Vancouver, BC
- Mosquera, D. (2010). *Trauma y Violencia*. Taller presentado en una unidad específica de violencia doméstica. Centro de día de salud mental del Consell d'Eivissa. Ibiza, (España).
- Mosquera, D. (2016). *El apego al perpetrador*. III Congreso de Psicología Profesional. Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia.
- Mosquera, D. y Knipe, J. (2015). Understanding and Treating Narcissism with EMDR Therapy. *Journal of EMDR, Practice and Research*, 9 (1): 46–63.
- Murray, S. (2008). Why doesn't she just leave?: Belonging, disruption and domestic violence. *Women's Studies International Forum*, 31 (1), 65–72.
- Payne, D. y Wermeling, L. (2009) Domestic violence and the female victim: the real reason women stay. *Journal of multicultural, gender and Minority studies*, Vol. 3, 1:178–185.
- Popky, A. (1995) *The use of EMDR with addictive disorders*. Reunión anual de la EMDR Network, Sunnyvale, CA.
- Popky, A. J. (2005). DeTUR, an urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behaviors. In R. Shapiro

- (Ed.), *EMDR solutions* (pp. 167–188). New York, NY: W.W. Norton.
- Ross, C. (2012) *Trauma attachment, dissociation, and EMDR*. Conferencia Anual de EMDRIA, Austin Texas.
- Royle, L. y Kerr, C. (2010) *Integrating EMDR into your practice*, Springer, New York, p. 62.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures*. Second edition. New York: Guilford Press.
- Steele, K. y Mosquera, D. (2016). *Working with Positive Emotion and Experience in The Treatment of Chronic Trauma*. Taller presentado en la conferencia anual de la ESTD.
- Stowasser, J. (2007). EMDR and Family Therapy in the Treatment of Domestic Violence. En F. Shapiro, F.W. Kaslow & L. Maxfield (Eds.) *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. 243–264). John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- Tjaden, P. y Thoennes, N., U.S. Dep't of Just., NCJ 181867, *Extent, Nature, and Consequences of Intimate Partner Violence*, at iii (2000), disponible en <http://www.ojp.usdoj.gov/nij/pubs-sum/181867.htm>
- Walker, L. (1979; 3ª Ed, 2009), *The Battered Woman Syndrome*, Springer, New York
- Williams, M.B. y Poijula, S. (2013) *The PTSD Workbook*, 2ª edición, capítulo 14, New Harbinger Publications, Oakland

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a Dolores Mosquera, INTRA-TP, Instituto para el estudio del Trauma y los Trastornos de la Personalidad, General Sanjurjo 111, 5, 15006, A Coruña, España. E-mail: [doloresmosquera@gmail.com](mailto:doloresmosquera@gmail.com)