

Mayo
2022



ESTUDIO DE CASO SOBRE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL

TRABAJO FINAL DE MÁSTER PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

AUTORA: CARMEN OLASO SÁINZ

DIRECTOR: ROBIN RICA MORA

Resumen

La dependencia emocional es un trastorno que manifiesta reiteradamente la persona afectada en el vínculo establecido con sus parejas. Se caracteriza por una necesidad extrema del afecto de éstas lo que provoca su búsqueda continua, ya que la temida separación produciría serios desajustes psicológicos. A pesar de sus consecuencias y de la significativa prevalencia, la dependencia emocional está subdiagnosticada al no ser considerada una problemática relevante. Por ello, a través de este caso clínico se pretende reflejar la importancia de una detección y un tratamiento adecuado. Así, los objetivos del presente estudio son ejemplificar la propuesta de tratamiento desarrollada por Castelló (2005) para la dependencia emocional así como aportar datos sobre su eficacia en este caso. No solo esto, sino que además se contribuye en este ámbito proponiendo posibles intervenciones beneficiosas.

Palabras clave: Dependencia emocional, Trastorno de la personalidad por dependencia, Propuesta de tratamiento de Castelló.

Abstract

Emotional dependence is a disorder that the affected person repeatedly manifests in the bond established with their partners. It is characterized by an extreme need for their affection, which causes their continuous search since the feared separation would produce serious psychological imbalances. Despite its consequences and significant prevalence, emotional dependence is underdiagnosed as it is not considered a relevant issue. Therefore, this clinical case is intended to reflect the importance of detection and adequate treatment. Thus, the objectives of this study are to exemplify the treatment proposal developed by Castelló (2005) for emotional dependence as well as to provide data on its effectiveness in this case. Not only this, but it also contributes to this area by proposing possible beneficial interventions.

Key words: Emotional dependence, Dependent personality disorder, Castelló's treatment proposal.

Índice

Introducción	3
Diseño	10
Metodología	10
Instrumentos	11
Análisis Estadístico de los Datos	12
Presentación del Caso	12
Descripción Paciente	12
Motivo de Consulta, Síntomas y Posibles Factores Influyentes en la Intervención	13
Consentimiento Informado	14
Antecedentes	15
Estructura Familiar	15
Antecedentes Personales o Historia Clínica Relevante para el Caso	16
Evaluación inicial.....	18
Evaluación Clínica.....	18
Evaluación Psicométrica.....	19
Formulación del Caso	20
Diagnóstico Diferencial	24
Tratamiento y Curso	26
Tipo de Intervención y Justificación de su Elección.....	26
Descripción del Tratamiento: Objetivos, Contenido y Resultados Observados.....	27
Fase Evaluación y Alianza Terapéutica	31
Dimensión Psicodinámica.....	31
Dimensión Afectiva	32
Dimensión Interpersonal	33
Dimensión Cognitiva y Afectiva de Estados Emocionales Puntuales	35
Resultados Psicométricos.....	36
Discusión.....	39
Referencias.....	42
Apéndices.....	46

Introducción

Por medio del presente documento se ilustra el tratamiento, basado en la propuesta de Castelló (2005), que se realizó en el caso de una mujer con dependencia emocional (DE). Los objetivos de este estudio son: ejemplificar la implementación del tratamiento seleccionado ajustado al caso clínico; mostrar su efectividad en este supuesto, aportando de esta manera datos empíricos que puedan respaldar dicha propuesta; así como identificar posibles limitaciones o sugerencias que contribuyan con esta línea de intervención.

La importancia de este estudio radica en que la DE es un constructo al que recientemente los profesionales de la salud mental han comenzado a prestar atención y a reconocer como un trastorno relacional relevante. Por ello, se pretende resaltar la relevancia de detectar correctamente y atender en profundidad este tipo de problemática. Esta misma necesidad la recoge Moral en una entrevista (2006) y señala la banalización de las dependencias emocionales por parte de los sanitarios como un obstáculo existente en este campo. Se valora que la visibilización de este trastorno permitiría precisar la detección de esta problemática y lograr así un ajuste más adecuado en la intervención psicoterapéutica, ya que con frecuencia únicamente se detectan y se tratan los desencadenantes de la DE, como pueden ser depresión, ansiedad o adicción, y no se aborda lo central del malestar (Sirvent & Moral, 2009).

En línea con el párrafo anterior se debe señalar que no es una problemática menor, ya que su prevalencia es significativa. Los datos que se ofrecen respecto a este porcentaje no son recientes ni precisos, pero según la revisión sistemática llevada a cabo por Bution y Wechsler (2016) la prevalencia de personas con este trastorno se situaría entre un 5 y un 25%. Además, Moral y Sirvent (2009) declaran que hasta un 50% de la población refiere presentar síntomas propios de la DE.

De igual modo, la importancia de este estudio reside en que, tal y como señalan Maccaferri et al. (2020), son necesarios estudios que avalen la efectividad y eficacia de tratamientos psicológicos para la DE y conocer así los mecanismos de cambio implicados. Es este motivo el que añade valor a la realización de este estudio pues, aunque se tiene consciencia de que tan solo será un dato aislado, se considera que añadirá conocimiento al abordaje de este trastorno.

La DE es entendida por Castelló (2005) como “*la necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones.*” Además, sería un patrón relacional crónico mediado por las necesidades afectivas tempranas no satisfechas del dependiente, necesidades que busca satisfacer en relaciones interpersonales a las que se aferra (Lemos y Londoño, 2006; Moral & Sirvent, 2009). Ante una hipotética o una real separación de la pareja estas personas experimentan una elevada angustia caracterizada por sentimientos de vacío y soledad, que normalmente conllevan serios desajustes psicológicos. Esta experiencia es principalmente no cognitiva pues ante este hecho se reactivan las intensas emociones no elaboradas de vivencias tempranas, y es por esto por lo que su comportamiento se asemeja al que muestran los niños cuando su cuidador se aleja de ellos (Arntz, 2006). Para Arntz (2006) es como si el pensamiento de las personas con DE fuera “*Mi vida está condicionada a tu apego conmigo*” (p.413).

El miedo al abandono y a la ruptura es una constante en sus vidas y es precisamente este hecho el que daña el vínculo amoroso convirtiéndolo en uno patológico (Del Castillo et al., 2015). Por esto, con el único objetivo de mantener estas relaciones, adopta una postura pasiva que le permite adaptarse a un otro al que cree capaz de cubrir sus carencias afectivas. Adquiere así un rol complementario inferior pues la asertividad podría ser entendida como una forma de agresión, y, por tanto, de posible pérdida del objeto en cuestión (Millon, 1981, como se citó en Borsntein et al, 1996; Bornstein et al, 1996). Sin embargo, en otras ocasiones, cuando interpreta que la relación puede peligrar se desencadenan comportamientos impulsivos por el desajuste indicado en el párrafo anterior, entre los que se incluye el uso de manipulaciones para evitar que la desconexión se produzca (Villegas & Sánchez, 2013).

Por otro lado, es reseñable decir que los seres humanos dependemos en cierta medida de los demás, pues como señalan Martín y Muñoz, (2015) “*Es impensable un yo sin un nosotros*” (p. 215). De una pareja se espera que cubra necesidades emocionales, sin embargo, no se espera que lo haga de manera exclusiva, sino que el individuo, como agente de su vida, debe también poder satisfacer estas necesidades. Si esta dependencia interpersonal es ajustada la relación será beneficiosa y gratificante (Mansukhani, 2013). Por esto, la DE es simplemente una diferencia cuantitativa, y no cualitativa, de los aspectos normales de una relación sana. Se podría decir que mientras unos necesitan a la pareja, los otros tan solo la desean (Castelló, 2005).

Además, la DE no se trata de un estado, es decir, el comportamiento detectado no es un hecho circunstancial, uno que esté teniendo lugar únicamente en una situación concreta, sino que se trata de un rasgo de la personalidad. Es una pauta relacional que se debe a variables estructurales de la persona, relacionadas con lo que Young denominaría los esquemas desadaptativos tempranos (Young, 1990, en Gude et al., 2004). Dichos comportamientos de vinculación extrema se deben por tanto a carencias afectivas y no a variables circunstanciales como ocurriría si fuese un estado (Castelló, 2005). Asimismo, este constructo no se debe confundir con la codependencia ni con la bidependencia. Estos serían casos en los que la DE es simultánea a una adicción o un problema severo (Moral y Sirvent, 2014).

Con el fin de seleccionar el tratamiento que ha orientado el caso de este estudio se realizó una revisión de la literatura para conocer los diferentes modelos existentes. Esta revisión se elaboró a través de las bases de datos de PsycInfo y Psycodoc. Fueron dos los conceptos introducidos para efectuar la búsqueda que dieron lugar al siguiente enunciado: (“Dependent Personality Disorder” OR “Emotional Dependence”) AND (“Treatment” OR “Psychotherapy”). Los criterios de inclusión fueron que ambas materias debían aparecer necesariamente en el documento y que los trabajos debían recoger una propuesta de intervención psicológica, es decir, se descartaron aquellos que mencionaban tratamientos sin proporcionar guía alguna. Además, debían ser o en inglés o en español.

La revisión desveló un escaso número de propuestas de intervención. En total, a raíz de la ecuación señalada anteriormente se encontraron 54 documentos, pero atendiendo a los criterios de inclusión y eliminando los resultados duplicados solo se dieron por válidos seis, de los cuales tan solo dos eran formulaciones elaboradas por psicólogos hispanohablantes. Los modelos hallados fueron los siguientes: el modelo cognitivo-conductual de Overholser y Fine (1994), The Schema-Focused Approach (Young, 1999), el modelo integrador propuesto por Bornstein (2005) y el integrador de Castelló (2005), la intervención integral de Moral y Sirvent (2014), y por último, The Clarification-Oriented psychotherapy (Sachse, 2019).

El primero de ellos se dirige a solventar la dependencia instrumental, careciendo de un abordaje del plano afectivo y su objetivo es aumentar la autonomía (Overholser & Fine, 1994). A pesar de esta principal diferencia, tanto Overholser y Fine como Moral y Sirvent proponen intervenciones de corte cognitivo-conductual, haciendo hincapié en las habilidades relacionales,

autoestima, autoconcepto y autonomía. El segundo de ellos incorpora la modalidad grupal para que los pacientes entrenen las habilidades fomentadas en un espacio seguro (Moral & Sirvent, 2014).

Por otro lado, el resto de los modelos se podrían categorizar como integradores ya que no se adscriben únicamente una corriente terapéutica, sino que las unifican. La terapia centrada en esquemas de Young engloba el trabajo cognitivo, interpersonal, psicodinámico y experiencial. Plantea una nueva manera de comprender los trastornos de la personalidad. Lo que sugiere es que existen diferentes “esquemas disfuncionales tempranos” (EMS) que conforman las estructuras de los pacientes con persistentes dificultades psicológicas. Las raíces de estos esquemas son las necesidades emocionales no satisfechas en edades tempranas, hecho que condiciona las interpretaciones cognitivas, las emociones y la memoria de manera dañina. Por ello, estas personas reaccionan de manera regresiva cuando experimentan alguna vivencia que les activa estos EMS conformados en la niñez. (Young, 1990, 2003, como se citó en Taylor et al, 2017)

Asimismo, tanto Bornstein (2005) como Castelló (2005) abogan por un tratamiento donde las aportaciones psicodinámicas, comportamentales, cognitivas y humanísticas confluyan. Al contrario que los otros dos modelos integradores, no ponen de manifiesto ninguna conceptualización novedosa o principal que dirija la terapia.

En cuanto a The Clarification-Oriented Psychotherapy es un modelo integrador que parte principalmente de un enfoque humanista experiencial. Surge bajo la premisa de que el patrón de personalidad disfuncional es consecuencia de actuar bajo “maniobras” que son dañinas para la persona pues manipulan la verdadera motivación y necesidad del sujeto en sus relaciones interpersonales. Por ello, la línea de intervención es principalmente fomentar la introspección para desvelar, por un lado, la estructura psíquica que sostiene las “maniobras”, y por otro, los auténticos motivos de la persona y así actuar en coherencia con ellos. (Sachse, 2019; Maccaferri et al, 2020).

Por otro lado, Castelló (2005) propone un marco teórico sobre el que poder comprender los fundamentos en los que se apoya la línea de intervención en los casos de DE. En este sentido es esencial mencionar que para Castelló es irrefutable la diferencia entre la dependencia instrumental y la DE, conceptos que se entremezclan en el diagnóstico otorgado por el DSM-V de “Trastorno de personalidad por dependencia” (TPD). Visión compartida por otros autores que han estudiado esta misma cuestión y que arrojan resultados indicando que los ítems que componen el

TDP corresponden a dos factores diferentes, denominados de maneras desiguales en función del estudio (los primeros componentes señalados hacen alusión a la dependencia instrumental): componente dependencia-incompetencia o apego-abandono (Gude et al., 2004); factor funcional o emocional (Arntz, 2006); factor pasivo-sumiso o activo-emocional (Morgan & Clark, 2010). Así, habría dos categorías de dependencia: la motivada por fundamento afectivo, que se corresponde con los ítems 6, 7 y 8; y la instrumental, que se corresponde con el resto de los ítems, teniendo así un peso mayor en la evaluación diagnóstica (Gude et al., 2004).

A raíz de esta discrepancia Castelló recoge las características que considera definitorias de la DE (Apéndice A), distinguiéndola de los criterios del TDP (para contrastar véase Apéndice B). Apunta que para considerar a alguien dependiente emocional no hace falta que presente todas las características recogidas, sin embargo, considera que tres de ellas son necesarias para poder hacer esta señalización. Una baja autoestima es el aspecto central a toda la problemática pues es esta falta de amor propio la que buscan en el objeto, miedo e intolerancia a la soledad y presentar un patrón de desequilibradas relaciones de pareja. Además, Castelló también recoge que el dependiente emocional presenta un síndrome de abstinencia tras la ruptura efectuada por la pareja. Periodo caracterizado por constantes intentos de recuperar al objeto, obsesiones, elevada angustia, impulsividad y descontrol, ansiedad, insomnio, náuseas y lo más usual es que se detecte un cuadro de depresión mayor (Castelló, 2005; Mallor, 2006).

Castelló (2005) sitúa uno de los factores causales de esta DE en que durante la niñez o la adolescencia temprana estas personas no recibieron ni la atención ni el afecto suficiente como para haber desarrollado una autoestima y una imagen positiva de ellos mismos. Por el contrario, cree que estas vivencias favorecen a la formación de esquemas emocionales y cognitivos negativos sobre sí mismo, y a la interpretación de sus figuras significativas como personas superiores y distantes que no atienden sus necesidades, pero a las que asocia con un componente emocional de idealización. Del mismo modo, no influye únicamente el entorno para el desarrollo de esta problemática, sino que un necesario escenario que se une al factor anterior es la incesante búsqueda del afecto de sus personas más íntimas. Esta búsqueda implica una atención constante sobre los demás para poder así identificar qué es lo que piensan, desean, necesitan para amoldarse y congraciarse con ellos. Por ende, se establece una vinculación extrema, quedando así la individualidad del dependiente emocional desdibujada por la desatención que le prestan a él en su

particularidad tanto los demás como él mismo. Además, esta alta conexión emocional con los otros significativos permite e impulsa la introyección de los mensajes negativos, explícitos o implícitos, que recibe por su parte. Se forma así el aprendizaje de que ser sumiso y agradar a aquellos que se prestan distantes, superiores y portadores del afecto necesario es la única forma de recibir amor, un amor que ni es sano ni satisface las necesidades emocionales. Dando lugar a relaciones desequilibradas y a una falta de autoestima.

Además de estos factores causales, Castelló también contempla que los factores biológicos y socioculturales potencian el desarrollo de la DE. En concreto señala que ser mujer, tener un temperamento sensible, ser más apegado y tener tendencia a presentar psicopatología son algunos predisponentes. Por otro lado, considera que aquellos países donde los modelos de pareja son unos donde la mujer queda subordinada al hombre facilitan la DE. Asimismo, las culturas más colectivistas tenderán a una mayor vinculación interrelacional, mientras que las individualistas a una mayor desconexión.

Lo más probable es que todos estos factores causales permanezcan en el tiempo, manteniendo así la DE. Las relaciones de pareja establecidas se habrán basado en los patrones antes mencionados (i.e, subordinación, idealización del otro, ausencia de aporte afectivo por parte del objeto, infravaloración). Estas dinámicas relacionales le impiden interiorizar un afecto sano y cultivar su individualidad para potenciar así su autoestima, por lo que la vinculación y búsqueda excesiva continuarán. Además, cada vez que se re-experimentan estas relaciones verticales, más se refuerzan los roles complementarios.

Una vez conocidos todos los posibles abordajes, se seleccionó el tratamiento de Castelló como el definitivo para orientar este caso por dos motivos: el primero porque aboga por una terapia integradora, hecho que se considera que aporta riqueza a la intervención. Y, en segundo lugar, porque en comparación con los modelos ingleses aquí citados, el tratamiento de Castelló, a pesar de ser una propuesta empírica basada en su experiencia clínica, no cuenta con ningún estudio científico más que respalde y demuestre su efectividad, por lo que este estudio podría arrojar luz sobre su validación.

A raíz de esta conceptualización Castelló elabora la propuesta de tratamiento. Esta propuesta no se trata de un protocolo estandarizado, sino de una guía sobre la que poder basarse. A pesar de esta flexibilidad sí recalca la importancia de dos aspectos: abordar de manera

integradora todas las dimensiones de la persona que puedan estar afectadas, motivo por el que orienta la terapia en fases concretas para abordar las diferentes áreas; y respetar el orden indicado de las fases, lo que no implica el impedimento de abordar una dimensión hasta que no se haya finalizado la anterior, pues muchas veces se trabajarán simultáneamente. También conviene recordar que a pesar de esta estructuración, no se ignora lo que le está preocupando en el aquí y en el ahora.

En primer lugar, se debe abordar la dimensión biológica y poder valorar la necesidad de derivar al paciente a un tratamiento psiquiátrico. En segundo lugar, Castelló considera que se debe trabajar la dimensión psicodinámica, cuyos objetivos serán: conocer, a través de un recorrido biográfico, los procesos inconscientes que le llevan a relacionarse de forma patológica y a tener una autoestima tan negativa; lograr el autoconocimiento del paciente; y, detectar los mecanismos de defensa que utiliza.

Posteriormente se trabajará en la dimensión interpersonal, esta dimensión la divide en varias partes. Primero de todo hace hincapié en la relación de pareja por la que acude, se trabajará para que esa situación se disuelva en caso de que no se haya producido la ruptura, o para superar el síndrome de abstinencia en caso contrario. Para esta última situación Castelló indica que se debe aconsejar dejar de ver a la expareja y conducir la terapia para que esto sea una prohibición propia. Más adelante, una vez el paciente esté estable, el objetivo de las sesiones será producir cambios en las maneras que tiene de vincularse, pues se caracterizan por la exclusividad, necesidad de agradar, falta de asertividad y de habilidades sociales. Se comenzará con las relaciones significativas que tiene en la actualidad para más tarde plantearse cómo quiere que sea la relación con sus futuras parejas y sobre qué pilares se van a asentar.

A continuación, señala que la dimensión adecuada sobre la que intervenir es la afectiva. Igualmente, en esta dimensión percibe dos conceptos: los estados emocionales puntuales, que se refiere principalmente a las emociones fluctuantes que varían de una situación a otra; y el estado anímico general del paciente que depende de la autoestima, que es donde pone el foco. En este sentido, ejemplifica técnicas que podrían ayudar como la psicoeducación, la asertividad, el reforzamiento, la extinción de la autocrítica o técnicas narrativas.

Además, plantea abordar la dimensión cognitiva, en ésta las sesiones se centrarán en su autoconcepto y las creencias irracionales sobre el objeto. Y, por último, a pesar de que señala la relevancia de intervenir en el plano conductual si fuera necesario, no da ninguna pauta concreta.

Diseño

El caso se atendió en una consulta privada (i.e., Instituto Centta) de manera gratuita ya que la paciente contactó a través del programa de Bolsa de Plazas Subvencionadas, programa sustentado por la Fundación Instituto Centta-Carmen Valle, y cumplía los requisitos clínicos y económicos necesarios. Esta condición se hubiese visto anulada en caso de que hubiese comenzado a trabajar o hubiese faltado tres veces a sesión sin previo aviso.

La evaluación inicial, que tuvo una duración de media hora, fue realizada por un Psicólogo Senior del centro que más tarde derivó el caso. A pesar de que la intervención se llevó a cabo de manera autónoma, se contó con supervisiones grupales semanales que eran dirigidas por diferentes profesionales del centro y con encuentros periódicos con el tutor del TFM (i.e., Robin Rica).

Otro aspecto importante del diseño de la intervención es la experiencia clínica de la terapeuta. Se deberá tener en cuenta la limitación de su recorrido psicoterapéutico al no poseer todavía el título de Psicóloga Clínica, por este motivo, su experiencia clínica se reducía a las prácticas realizadas a lo largo de cuatro años de formación de Grado, en las que principalmente realizó visionados de caso en directo o participó como coterapeuta. A pesar de ser la primera vez que atendía de manera autónoma a un paciente, la terapeuta contaba con un amplio bagaje académico que le ayuda a orientar sus sesiones y se apoyaba en su equipo de supervisión para que el desarrollo de la terapia sea el deseable.

Previamente a la elaboración de este proyecto se redactó una carta destinada al Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas mediante la cual dicho órgano aceptó el desarrollo del mismo.

Metodología de la evaluación

A lo largo de las primeras sesiones se llevó a cabo una evaluación que permitió recoger la información necesaria para entender la situación en la que se encontraba la paciente, y así poder tomar después las decisiones apropiadas.

La evaluación inicial consistió en la exploración y en el análisis de su sintomatología depresiva y ansiosa, de los antecedentes que desencadenaron este malestar, así como de su funcionamiento a nivel personal y relacional.

Esta evaluación se llevó a cabo por medio de dos vías: entrevista clínica (fuente principal de información) y cuestionarios. Primero de todo se realizó la entrevista clínica, con la que se pudo formar una primera visualización global del caso gracias a las preguntas abiertas que abordaban diferentes áreas (sintomatológica, familiar, personal, laboral etc.). En su narrativa se pudieron identificar aspectos que probablemente no se hubiesen recogido si la evaluación se hubiese limitado a una consecución de preguntas cerradas. Algunos ejemplos de estos aspectos son heridas de apego y miedos, creencias de la paciente como la percepción de sí misma, de los demás y del mundo, o sus valores.

Más adelante, se procedió a pasarle una serie de cuestionarios sobre los que poder profundizar y apoyar las hipótesis y observaciones formuladas a partir de la entrevista clínica. Una vez recogidos los resultados se compartieron con ella y se discutieron las respuestas que hubiesen llamado la atención o las discrepancias encontradas entre ellas. Además, estas medidas cuantitativas sirvieron para poder determinar si la intervención llevada a cabo fue fructífera o no.

Se quiso evaluar: su sintomatología psicopatológica a través del SA-45 y el BDI-II, para poder valorar la intervención psiquiátrica y conocer mejor la queja principal de la paciente; su grado de DE hacia las parejas, ya que esta pauta relacional observada en la paciente podría haber actuado como desencadenante de su malestar; y, por último, su autoestima, ya que la baja autoestima es un factor de riesgo para el desarrollo de dicha DE.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la fase pre-tratamiento y post-tratamiento fueron:

- *Cuestionario de dependencia emocional (CDE; Lemos & Londoño, 2006)*. Cuestionario compuesto por 23 items en una escala tipo Likert entre 1 (completamente falso de mí) y 6 (me describe perfectamente). Mide la DE total y 6 subescalas (i.e. ansiedad de separación, expresión afectiva de la pareja, modificación de planes, miedo a la soledad, expresión límite y búsqueda de atención). Cuenta con un alto índice de fiabilidad ($\alpha=0,92$).

- *Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45; Sandín et al., 2008)*. Se obtienen los resultados a partir de los 45 ítems que componen la prueba. La escala de valoración está formada por 5 opciones de respuesta entre el 0 (ausencia del síntoma) y el 4 (presencia del síntoma de manera extrema). Proporciona una puntuación total del nivel general de distrés además de una puntuación individual de las nueve dimensiones sintomatológicas consideradas subyacentes a la mayoría de los casos de psiquiatría ambulatoria (i.e. hostilidad, somatización, depresión, obsesión-compulsión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Cuenta con un alto nivel de consistencia interna ($\alpha= 0.95$).
- *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al. 1996, 2011)*. Cuestionario que evalúa la severidad de los síntomas depresivos a partir de 21 ítems con respuesta múltiple organizados en 3 subescalas: la afectiva, la cognitiva y la somática. A cada ítem le corresponden 4 respuestas, menos dos ítems que tienen 7, que representan distintos grados de presencia o ausencia del síntoma. Su fiabilidad es de buena ($\alpha= 0.83$).
- *Escala autoestimación*. (Reidl, 1981). Ofrece una medida para conocer el nivel global de autoestima. Se obtiene a partir de 20 ítems con estilo de respuesta Likert (i.e. estoy de acuerdo, no lo sé, estoy en desacuerdo) que recogen la valoración que el sujeto hace sobre sus características individuales y sociales (Montesdeoca & Valdemarín, 2017). Cuenta con una consistencia interna aceptable, Alpha entre 0.70 y 0.76 (Ochoa-Corral et al., 2021).

Análisis Estadístico de los Datos

Con el objetivo de valorar el cambio en las variables de estudio entre los momentos pre y post intervención se utilizó el Índice de Cambio Fiable (RCI), que indica si ha habido un cambio estadísticamente significativo.

Presentación del Caso

Descripción Paciente

A.C. es una mujer de 30 años de origen venezolano que actualmente se encuentra en proceso de separación de su marido (L.), con el que ha tenido una relación de 13 años y con el que comparte dos hijos, de 11 y 8 años. Estuvo viviendo con su madre y hermana en España entre los

14 y los 18 años y es por ello por lo que cuenta con nacionalidad española. La pareja estuvo viviendo en Venezuela durante 8 años, a pesar de esporádicas estancias en España por parte de ella, y toda la familia se estableció definitivamente en España en el año 2016.

A pesar de haber tomado la decisión de separarse, la paciente mantiene una convivencia con su expareja alegando tener dificultades económicas que les impide vivir separados. Sin embargo, es necesario constatar que el domicilio donde residen actualmente es sufragado íntegramente por los ingresos que ella recibe del paro, por lo que es la pareja la que depende económicamente de la paciente. A.C. da un gran valor al ámbito educativo e intelectual por lo que empezó a estudiar una carrera universitaria que tuvo que dejar al quedarse embarazada de su primera hija. Es por esto que actualmente quiere formarse y está realizando un curso de socorrista. En el momento no está trabajando a pesar de ser masajista y contar con una titulación de azafata de vuelos.

Su apoyo social es escaso pues, aparte de su madre y de M., amiga suya, a las que define como sus principales apoyos y con las que mantiene una relación muy estrecha, refiere tener únicamente amistades superficiales y haber descuidado las relaciones de amistad más íntimas que tenía años atrás. Por otro lado, ambos provienen de familias reconstituidas, han sido un gran sostén para A.C. y L. durante la crianza de sus hijos ya que han estado viviendo a lo largo de toda su relación con familiares, principalmente padres y abuelos, salvo un corto periodo de tiempo que vivieron de forma independiente.

Motivo de Consulta, Síntomas y Posibles Factores Influyentes en la Intervención

Acude a terapia por voluntad propia con el objetivo de “superar este bache” que está viviendo tras la ruptura con su marido. Esto se traduce a que está experimentando síntomas depresivos y ansiosos, entre ellos se incluyen pensamientos e intentos de suicidio, nerviosismo e impulsividad, sentimientos de vacío, tristeza y angustia, anhedonia y cansancio, así como consumo de drogas y ansiolíticos como forma de evitación emocional. Todos estos síntomas se podrían englobar bajo el concepto de síndrome de abstinencia emocional, síndrome que se pone de manifiesto tras la ruptura de la pareja al tener una DE hacia ella.

Se anticipan varios factores que pueden dificultar el tratamiento. Primero de todo, cabe señalar el hecho de que continúen conviviendo a pesar de haber expresado el deseo de separarse,

pues es un hecho que dificulta la aceptación de la ruptura y la desvinculación afectiva hacia su pareja. El argumento bajo el que escuda que no se haya producido dicha separación física es la dependencia económica. Además, se deberá tener en cuenta la esperanza de A.C. de volver a estar juntos como aspecto que podría entorpecer el trabajo sobre su DE, ya que esto supondría que estuviese centrada en cómo puede mejorar ella para lograr recuperar el afecto de L. y no en lograr una diferenciación y una vinculación emocional madura. Esto mismo puede reflejarse en una valoración que hizo: *“Tenía esperanza (de que no ocurriese la separación) porque normalmente si yo mejoraba, todo mejoraba de nuevo”*. Del mismo modo, se valora como dificultad en el tratamiento su larga historia de relaciones dependientes y desequilibradas, considerando que este hecho implica que se trata de un patrón relacional arraigado. Además, es fundamental prestar atención a su consumo, pues refiere que en 2015 desarrolló una adicción a la marihuana que logró superar, y en caso de que desarrolle una, habría que tratarla primero para poder trabajar posteriormente los demás asuntos.

Por otro lado, son varios los factores que pueden ayudar al progreso y correcto desarrollo del caso. Entre ellos está su alta motivación de encontrarse mejor y de trabajar su miedo al abandono y a la soledad, su capacidad de reflexión e introspección, su colaboración, el buen vínculo establecido y su confianza en este proceso. Además de esto, sus hijos son una importante fuente de motivación para encontrarse bien, cuenta con un gran apoyo por parte de su madre y de M., con las que tiene espacios de intimidad donde hablan de su situación. Su interés en las áreas laborales y sociales también deberá ser tenido en cuenta como factor de protección.

Consentimiento Informado

Previo a la realización de este estudio de caso se le consultó a la paciente si estaría dispuesta a dar su consentimiento para participar en él y para la publicación del mismo, explicándole que los datos personales que pudieran facilitar su reconocimiento serían eliminados o modificados para garantizar la seguridad de su privacidad. La paciente accedió y firmó el Consentimiento Informado (Apéndice C).

A.C. proviene de una familia reconstituida. Ella es la única hija de la relación de su madre (48 años) con su padre, I. (66 años). Sin embargo no supo que era hija de él hasta que tuvo 10 años, a partir de entonces se vieron en un par de ocasiones pero, debido a que a A.C. sufrió mucho por el abandono y el rechazo que sintió por su parte, decidió cortar la relación. Cuando ella apenas tiene un año, su madre se casa por conveniencia con un amigo de su abuelo, J. (70 años) y fruto de este matrimonio nace su hermana, S. (27 años), con la que a día de hoy dice mantener una relación cercana a pesar de que su contacto es escaso. Cuando A.C. tiene 10 años J., al que sentía como su padre, y su madre se divorcian, y aproximadamente cuando ella tiene 17 su madre se casa con B. con el que tiene tres hijos más, de 13 y 11 años, con los que tiene una buena relación y cree que más bien ocupa el rol de “segunda madre”. Además de estos cuatro hermanos, tiene otra media-hermana (C.) por parte de su padre biológico de 27 años con la que no tiene relación.

Con su madre describe haber sido de pequeña muy apegada, sentía que le necesitaba, su discurso parece indicar una relación ansiosa. A día de hoy se podría decir que mantienen una relación fusionada y conflictiva. Mientras que la madre ejercía un rol más cercano con sus hijas, J. desempeñaba principalmente el rol educativo. Con J. relata tener, y haber tenido, una buena relación, además, le está agradecida por haberle inculcado el interés por el saber.

En cuando al ambiente familiar en el que se ha criado, refiere que hasta los 10 años creció en un ambiente cálido y tranquilo. En él no se percibían los constantes conflictos del subsistema parental pues los mantenían al margen. Sin embargo, aproximadamente cuando ella tiene 10 años esta seguridad que ella describe se transforma en inestabilidad pues se divorcian J. y su madre de manera abrupta, su madre comienza a trabajar durante unas jornadas laborales muy largas y estuvieron continuamente trasladándose de domicilio hasta que logran asentarse con su abuela. En medio de este desajuste A.C. adopta el rol de cuidadora de su madre y de su hermana, mientras tanto ella no encuentra su lugar en el que poder ser atendida.

Antecedentes Personales o Historia Clínica Relevante para el Caso

El embarazo de A.C. fue normal. Sin embargo el parto fue muy complicado ya que su madre estuvo a punto de morir, a pesar de esto su desarrollo evolutivo ha sido el esperable tanto en el área física como en el cognitivo. Además parece que durante su infancia progresó adecuadamente en las áreas emocionales y sociales. Sin embargo, es a principios de su

preadolescencia cuando aparecen problemas en estos ámbitos, problemáticas que se mantendrán hasta el presente.

Hasta los 10 años, relata ser una niña muy alegre, atenta a los demás, que mostraba sus sentimientos y con un buen comportamiento. Señala que es cuando atraviesa una época de inseguridad y tristeza, marcada por el divorcio de sus padres, la ausencia de su madre y el desconcierto al descubrir que no es hija de J., cuando se vuelve una persona rebelde, desconfiada, triste, resentida y reservada.

Además, esta etapa marca un cambio en su vida pues deja de recibir la atención y el cuidado que hasta entonces había recibido. Es por ello que comienza a sentirse perdida, desorientada al carecer de una guía, desprotegida al no saber a quién acudir y carecer de afecto. Unido a esto, asume una sobrecarga al tratar de estabilizar emocionalmente a su familia adoptando el rol de cuidadora, teniendo esto como consecuencia un desgaste emocional y dificultades en su capacidad de introspección.

Algunos de estos problemas emocionales disminuyen cuando viene a España y se reúne de nuevo con su madre, la que dos años después del divorcio viene a España a trabajar. Sin embargo otros como la baja autoestima, la falta de orientación y el miedo a la soledad y al rechazo persistieron. En este mismo plano, cabe destacar que las alteraciones emocionales fueron agravándose hasta el punto de que hace unos años desarrolló una adicción a la marihuana, consumo que comenzó con el objetivo de evadirse de la situación emocional en la que se encontraba. También refiere haber tenido conductas suicidas en dos ocasiones, explicita que el objetivo de ellas no era morir sino descansar, desconectar.

Por otro lado, el área social también sufrió desajustes como consecuencia de los problemas citados anteriormente. La naturalidad, cercanía y sociabilidad que le caracterizaban de niña dieron paso a una versión agresiva, distante y solitaria de A.C. que se ponía de manifiesto en su grupo de pares y que disminuyó al venir a vivir a España. No obstante, estas formas dañinas de relacionarse aparecieron de nuevo cuando comenzó a tener parejas. Estas relaciones se caracterizaban por una DE, subordinación y celopatía, además las amistades íntimas pasaron a un segundo plano convirtiéndose en unas superficiales.

Asimismo, el ámbito académico para ella siempre ha ocupado un puesto especial ya que le otorga mucho valor al conocimiento y siempre destacó en el colegio. Comenzó una carrera universitaria pero la dejó al poco tiempo de empezar debido a que se quedó embarazada de manera no deseada. Durante este periodo ha estado trabajando como asistente y como masajista. Hace unos tres años retomó el interés por seguir formándose y logró aprobar un curso de azafata de vuelos. Actualmente se encuentra sin trabajo.

Evaluación inicial

Evaluación Clínica

A.C. presenta con un aspecto cuidado y acorde al contexto. Aunque hay diferencias en su aspecto físico entre las sesiones online y presencial estas no son relevantes. Su postura corporal es natural y relajada, y refleja disposición y motivación hacia la terapia. Está dispuesta a trabajar y sus expectativas no son muy altas, apunta “he venido a sobrevivir”.

Refiere presentar nerviosismo, impulsividad, una tristeza que define como un “sentimiento desgarrador” y pesadillas, también transmite estar atravesando un estado de apatía por lo que apenas hace cosas y en un estado de aislamiento. Del mismo modo hace hincapié en sus alteraciones emocionales, sobre todo en relación con la angustia e ira. Señala que no tiene capacidad de gestión de estas emociones y que en varias ocasiones ha llegado a desbordarse y a protagonizar escenarios en los que “parece volverse loca” al perder el control. Además, a consecuencia de esta falta de regulación recurre a la comida (no atracones), marihuana, al tabaco y al alcohol para calmarse, unido a esto dice estar cansada por lo que toma bebidas energéticas. En este mismo sentido, transmite tener fuertes dolores de espalda por lo que toma ocasionalmente gabapentina para poder conciliar el sueño. A parte de esto, no presenta ninguna alteración en cuanto a orientación, percepción, psicomotricidad, pensamiento ni lenguaje.

Cabe señalar que entre la entrevista inicial y el comienzo del tratamiento pasaron dos meses y que en las primeras sesiones se recoge que esta alteración emocional es mucho menor en comparación con la que presentaba antes de la entrevista inicial gracias a haber encontrado alguna técnica (e.g., meditación, duchas relajantes) que le ayudaban a estar más tranquila y por haber disminuido considerablemente el consumo al comprender que necesitaba estar bien para poder cuidar a sus hijos, pasando el consumo de ser diario a ser ocasional.

Evaluación Psicométrica

Una vez recogido esto a través de la entrevista clínica e identificado indicios de una posible DE como factor asociado a la sintomatología, se le pasaron los cuestionarios señalados con anterioridad para profundizar en los aspectos más relevantes del caso.

El Cuestionario de Dependencia Emocional indica que la paciente presenta DE ya que su puntuación total, 119, está muy por encima del valor límite establecido, 81, para considerar que una persona tiene dicha pauta relacional (Lemos & Londoño, 2006).

En cuanto al SA-45, únicamente superó lo normativo en la dimensión somática, siendo así clínicamente significativos los síntomas físicos que sufre fruto de su alteración emocional (Casullo & Pérez, 2008). Pese a que la puntuación total del factor ansiedad no es destacable, se observa que aquellos ítems relacionados con un estado de inquietud sí puntuaban positivamente, mientras que aquellos relacionados con ansiedad flotante y con experiencias de pánico no (Derogatis et al., 1973). Este podría ser el motivo por el que el estado ansioso que ella señalaba en consulta no se haya reflejado en el cuestionario. En cuanto al factor de depresión, que era de principal interés a la hora de analizar el cuestionario, no ha demostrado ser un factor de riesgo en la paciente, siendo este resultado contrario a lo recogido en la entrevista clínica. Al contrastar esto con ella señaló que esos últimos días se había sentido bien, fuerte y con esperanza. Además, ya que los cuestionarios se pasaron al final de la cuarta sesión, se debería tener presente la posibilidad de que esta mejoría se deba a la acción de la intervención terapéutica.

Por otro lado, el resultado obtenido en la Escala de Autoestimación fue de 43 sobre un máximo de 60, hecho que categoriza su autoestima como suficiente. Tras analizar esta puntuación, es necesario mencionar que las respuestas relacionadas con su imagen externa son positivas, mientras que las que tienen que ver con aspectos más personales son ambivalentes y neutrales en un alto porcentaje. Para aclarar esta disonancia y elaborar mejor cuál es su valoración de sí misma se comentaron las respuestas en sesión. Por un lado, parece que las altas puntuaciones en su imagen social se deben a que antepone las necesidades de los demás a las suyas propias (“con mis amigos voy a estar ahí aunque no pueda”), logrando así sentirse aceptada por los demás. Mientras que en el plano más individual aseguró que ella se sentía así de ambivalente, de confusa y que por ello había contradicciones e ítems sin un reflejo claro de lo que sentía (respuesta neutral en escala Likert), pero señaló “me gusto internamente lo poco que me conozco”.

Por último, el Inventario de Depresión de Beck -II (BDI-II) se completó en la siguiente sesión para profundizar y precisar su estado anímico tras los confusos resultados obtenidos en el factor “depresión” del SA-45. La puntuación obtenida fue de 14, resultado que indica la presencia de una depresión leve.

Formulación del Caso

El origen y mantenimiento de la DE que presenta A.C. puede entenderse apoyándonos en los factores mencionados por Castelló (2005), factores que cuentan con respaldo científico. Dicha propuesta es interesante pues no es reduccionista, no se pierde de vista la multicausalidad al integrar las diferentes áreas del ser humano que han podido influir en la problemática.

La primera hipótesis guarda relación con las carencias afectivas que ha podido experimentar A.C. durante su preadolescencia y adolescencia. Según su narrativa, creció en un ambiente cálido y en el que se sentía una hija querida. Sin embargo, suceden dos acontecimientos esenciales en su vida casi de manera simultánea cuando tiene 10 años. Por un lado, siente intensamente la ausencia de su madre, que tras el divorcio tuvo que entregarse por completo al trabajo para poder mantener a su familia. Hasta que esta situación se estabiliza pasan cuatro años, esta etapa está llena de inseguridad y no encuentra a una figura adulta que pueda responder a sus necesidades emocionales. Por otro lado, se entera de la verdad sobre su padre biológico (I.) lo que le hace sentir profundamente rechazada, abandonada e indigna de sentirse querida, este hecho se agrava cuando descubre que tiene una hermana tres años menor que ella con la que su padre tiene una estrecha relación.

Estos episodios explican la importante falta de afecto que pudo experimentar, episodios que además coinciden con el comienzo de la adolescencia, un periodo crítico para la construcción de la persona. Para poder entender su caso, también es importante saber que según relata A.C. estas figuras significativas no fueron abusivas, sino que las circunstancias vitales les impidieron responder responsablemente a sus necesidades.

Parece que estas vivencias han estructurado sus modelos operativos internos. Su esquema interno no es saludable pues el mensaje que ella ha recibido ha sido el de que no era suficientemente importante como para ser mirada y cuidada por sus personas significativas de las que todavía dependía, un mensaje por tanto de ser alguien que ocupa una posición secundaria.

Asimismo, su representación sobre sus figuras significativas es que son afectivamente inalcanzables y tiene una imagen suya idealizada ya que las necesita. Al tener estos dos mapas mentales, el esquema que tiene de cómo debe ser la interacción entre ambos es de una relación desequilibrada, en la que el otro es el que tiene el “poder” ya que sería el que tiene capacidad de suministrar esa fuente de cariño, y ella de persona sometida a la otra como estrategia para lograr ese afecto que tanto anhela.

A lo largo de las sesiones se han ido recogiendo frases que ejemplifican perfectamente esta hipótesis de esquemas interpersonales:

- En referencia al otro inalcanzable emocionalmente: *“Cuando de pequeña tenía un problema no tenía a quién contárselo”, “Cuando llamábamos a mi madre fingíamos que todo iba bien para no preocuparle”, “Le dije a mi madre: Mamá deja de trabajar tanto, no necesitamos tantas cosas, te necesitamos a ti”, “L. era mi ancla, la persona que me dirigía, que me ponía orden”, “Él siempre ha sido mucho más maduro que yo”, “Siento que yo me he abierto mucho con él, que él me conoce perfectamente pero yo todavía siento que no le conozco”, “He echado en falta más atención, más cuidado hacia la pareja”.*

- En referencia a sí misma: Se preguntaba *“¿Qué tengo yo para que mi papá no me quiera y sea capaz de querer a otra niña que, además, es parecida a mí?”*, *“Una no se deja influenciar por nadie si está bien”*. Además, hace muchos comentarios en relación a su sentimiento de culpa y de responsabilidad única cuando algo va mal en las relaciones.

Al igual que Castelló señala que el factor “carencia afectiva” es considerado como necesario para el desarrollo de una DE, además es indispensable que la persona dé una respuesta de búsqueda continua para lograr mantenerse vinculada con las personas que no le proporcionan esa atención y así poder equilibrar su dañada autoestima. Este comportamiento caracteriza su esquema relacional.

A.C. adoptó el rol de cuidadora con respecto a su madre cuando ésta trabajaba tan intensamente y asumió la posición de sometimiento y falta de individuación hacia sus parejas para mantener la unión afectiva con sus figuras de apego, comportamientos que podrían explicar la aparición del problema que presenta. Estas conductas que ponía en marcha son un reflejo de su manera de focalizar su atención constantemente en los demás, en aquellas personas significativas

y poseedoras de aquello que ella deseaba: afecto. Dicho esto, su comportamiento se podría calificar, tal y como señalan Collins et al. (2006), de cuidado compulsivo: el dedicar ella gran parte de su tiempo a cuidar a los demás podría ser un mecanismo de defensa frente al miedo al abandono, a no recibir afecto ni valoración.

La hipótesis que se contempla respecto a su baja autoestima es que, por un lado, su aparición se pudo deber a las situaciones familiares a las que se vio expuesta, a partir de las que posiblemente formó un modelo operativo interno dañino cuyo mensaje podría ser del tipo *“no soy merecedora de ser querida”*. Mientras que, por otro lado, el mantenimiento de la misma se podría deber a la interiorización de las actitudes de desprecio que obtenía por parte de sus parejas (e.g., *“no vales nada”, “no vas a lograrlo”,* etc.), comentarios que ahora ella misma define como maltrato psicológico, y a los mensajes desvalorizantes que recibía y sigue recibiendo de personas significativas, enfatiza las críticas constantes a las que se ha visto expuesta por parte de su madre (e.g., *“Ellos me hacían creer que yo no era capaz de ocuparme de cosas ni de resolver problemas aun cuando era yo la que se responsabilizaba de sus cuestiones personales”, “L. y mi madre se parecen muchísimo, sobre todo en sus juicios y críticas que hacen sobre mí”*). Se valora que son estos comentarios perjudiciales junto con la idealización de sus parejas son las que fomentan su subordinación.

Varios de sus comentarios sobre cómo eran sus relaciones sirven para poder construir esta hipótesis: *“Me duele no poder ayudar a mi madre”, “Estuve una época muy cansada porque estuve levantándome antes de las seis de la mañana durante muchos meses para prepararle el desayuno a mi madre, ella me lo agradecía y sentía su cariño”, “Él poco a poco me iba haciendo pequeñita, dejaba de ser yo, de ser alegre”, “Empezó a machacarme más aún la poquita autoestima y dignidad que tenía”, “Yo dejo la relación para estar mejor, pero sola estoy peor que con él”, “Le extrañaba muchísimo, era dependencia, no podía estar sin él”, “Estuve adaptándome a él, solo iba con sus amigos y hacíamos lo que él quería. Además, adopté su forma de ser, empecé a pegarme, a robar...”*.

No obstante, y en relación con sus esquemas relacionales, cabe mencionar que al igual que con su padre decidió romper su relación, es decir desvincularse emocionalmente de él y no buscar ese afecto anhelado, este comportamiento también lo ha puesto de manifiesto durante sus relaciones superficiales que tuvo en el periodo de tiempo entre su primera pareja y L., en estos

momentos no dependía de nadie y tenía una falsa autoestima alta. Ella misma dice *“No quería involucrarme en una relación por si no sentía que se me quería tal y como era. No quería que nadie más (se refiere a su padre) me hiciera daño ni tener la esperanza de que alguien me pudiese querer tal y como soy”, “Me ponía una máscara para no sentir y para aparentar que no necesitaba a nadie”, “Fui muy egoísta con ellos, no les quería, cuando me satisfacían sexualmente les dejaba”*.

Por lo tanto, en sus vínculos afectivos con sus parejas se mueve entre estas dos actitudes del mismo espectro: depende emocionalmente de ellas o, cuando carece de estas figuras significativas, su actitud es de desvinculación emocional hacia los demás (tiene parejas, pero no son figuras de apego) para mantener una falsa autoestima, ya que ahora su baja autoestima no está sustentada por una pareja idealizada, inalcanzable afectivamente y superior a ella.

Por otro lado, además de estos dos motivos recogidos en los párrafos anteriores, es conveniente mencionar los otros dos factores señalados modelo de Castelló (2005) que han podido influir en la presencia de esta problemática en A.C., los de tipo biológico y los factores socioculturales y de género.

En cuanto al aspecto biológico, el hecho de que A.C. sea mujer podría facilitar la DE ya que, por motivos relacionados con la supervivencia, las mujeres tienen una mayor predisposición a mantener y buscar la conexión emocional con los demás. Además, no se debería perder de vista la hipótesis de que el probable estrés prenatal que sufrió su madre durante su embarazo -por la tensión que hubo en el seno familiar al ser este uno indeseado y por las dificultades que se estaban dando a nivel de pareja- podría haber tenido repercusiones a nivel neuronal ya que hay múltiples estudios que recogen cómo el estrés maternal afecta a la hiperactivación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) (Gaviria, 2006).

No solo esto, sino que A.C. se define como una persona *“Muy atenta a los demás. Desde niña he sido así, no sé por qué”* y también ha comentado que era muy celosa y apegada de pequeña, características que apuntan a que es una persona emocionalmente sensible lo que puede predisponer a la puesta en marcha de comportamientos de dependencia.

Y, por último, habría que mencionar los factores socioculturales que también influyen. En la cultura latina los estereotipos machistas son aún más marcados. A.C. ha vivido rodeada de estas

relaciones desequilibradas ya que su padre I. desvalorizaba a las mujeres y era mucho mayor que su madre, que apenas era una adolescente de 16 años. Después de esta ruptura el abuelo materno de A.C. decide que su hija, que seguía siendo apenas una niña, debía casarse con un amigo suyo (J.), concertando así un matrimonio de conveniencia donde se repite el mismo patrón que su relación anterior: el hombre ejerce el poder en la relación y además abusa psicológicamente de ella. A.C. ejemplifica esto con frases como “eres una mierda”, “todo es gracias a mí” que le comentó su madre, siendo ella ya adulta, que recibía por parte de su padrastro.

También hay que tener presente que la sociedad latina es menos individualista lo que contribuirá a fomentar las conductas de mantenimiento de la vinculación afectiva. Otro factor que influye son los mitos familiares sobre los que se ha criado A.C. el lema de vida que le enseñó su madre fue “cada día nuevo, es una oportunidad para ayudar al otro”, máxima que fomenta las actitudes de focalización en el otro y de cuidadora, llegando a sentir mal cuando por su estado depresivo no atendía las necesidades de alguien.

Diagnóstico Diferencial

Por otro lado, apoyándonos en la información recogida en la evaluación inicial y con el fin de poder determinar un diagnóstico específico basado en el DSM-V para A.C. se analizaron aquellos trastornos que podrían explicar las pautas relacionales y sintomatológicas recogidas en el caso.

Para ello, será esencial examinar en primer lugar si esta dependencia corresponde a un estado o a un rasgo. Para poder concluir este aspecto se exploraron si las carencias afectivas que sentía (i.e., miedo a la soledad y al abandono, además de la baja e inestable autoestima) habían estado presentes en su vida de manera constante. Del mismo modo se valoró la asimetría relacional anterior a su estado anímico depresivo, las relaciones complementarias pasadas, así como si su autonomía había estado supeditada a los deseos y necesidades del otro regularmente. La confirmación de la persistencia de todas estas variables indicó que se debía confirmar que la DE observada correspondía a un rasgo y no a un estado puntual sujeto a una situación concreta.

Por esto, se verificó si el caso expuesto podría concordar con los criterios del Trastorno de la Personalidad (TP) recogidos por el DSM-V. Al examinar que el patrón disfunción era impulsado por una experiencia interna persistente, que se trataba de una pauta relacional inflexible, de larga

duración y con inicio temprano que afectaba tanto al área cognitiva como afectiva y comportamental carente de una explicación alternativa como otro trastorno mental o de ingesta de sustancias, se concluyó que la problemática de A.C. se correspondería con un TP.

En este punto, se estudió a qué tipo podía pertenecer. Los dos únicos que contemplan características de esa necesidad emocional extrema de una pareja al que estar apegados sin el que poder presentar un estado de ánimo estable y satisfactorio son el Trastorno límite de la personalidad (TLP. Apéndice D) y el Trastorno de la personalidad por dependencia (TPD). El primero de ellos sin embargo se debería descartar como diagnóstico, pues para su clasificación sería imprescindible que la paciente presentara un patrón de acusada inestabilidad en la valoración del otro del que depende, en su estado anímico y autoconcepto. Además, de entre todos ítems propuestos únicamente cumpliría los criterios el 1 y el 8, cuando para poder identificar un TLP se necesitan identificar 5 como mínimo.

Por último, se puede afirmar que A.C. cumple los criterios 6, 7 y 8 del TDP, y podría parecer que cumple los criterios 3 y 5 encajando así que en este diagnóstico. Sin embargo, tal y como se ha expuesto en la introducción, estos dos últimos criterios al pertenecer al factor dependencia instrumental y, por tanto, entenderse esta dependencia como búsqueda de cuidado y ayuda, no coincide con el comportamiento de A.C. pues su actitud de dependencia se entiende desde el miedo a la pérdida de la proximidad afectiva, y no desde la búsqueda de cuidado y ayuda (Bornstein, 2005). En este sentido, es pertinente recoger la capacidad de autonomía de A.C., una capacidad que se niega a aquellas personas con TDP con ejemplos como su proactividad en el área laboral, el hecho de que se inscribiera a varios cursos formativos por iniciativa propia o que de adolescente se ocupó del cuidado de sus hermanos (uno de ellos recién nacido) durante largos periodos de tiempo. Asimismo, y, remitiéndonos a su historia personal, otro motivo que confirmaría que su dependencia es de tipo emocional es la relación existente entre esta y las experiencias infantiles de separación/abandono, mientras que la dependencia instrumental guarda relación con estilos parentales sobreprotectores o autoritarios (Bornstein, 2005). Por todo esto, y coincidiendo A.C. únicamente con los criterios 6,7 y 8, se descarta la posibilidad de que se le identifique con este diagnóstico.

Por consiguiente, se puede afirmar que A.C. presenta un TP según los criterios del DSM-V. Sin embargo, y a pesar de su semejanza, no se le podría diagnosticar un TPD debido a las

inconsistencias conceptuales recogidas, presentando por tanto un TP no especificado. Es por esto, por lo que muchos autores (i.e. Gude et al., 2004; Castelló, 2005; Arntz, 2006; Lemos & Londoño, 2006; Morgan & Clark, 2010) reclaman un Trastorno de la personalidad por dependencia emocional para distinguirlo del TDP actual.

Tratamiento y Curso

Tipo de Intervención y Justificación de su Elección

La intervención realizada se basa en el modelo elaborado por Jorge Castelló (2005), en el que ofrece un amplio manual sobre su praxis. Se trata de una intervención integradora al abordar la dimensión biológica, psicodinámica, interpersonal, afectiva, cognitiva y conductual.

Tal y como especifica la APA (2006) un tratamiento debería ser implementado en función de su apoyo empírico, de la experiencia clínica del terapeuta y de las características del paciente. En base a estos tres pilares se llevó a cabo la elección de esta propuesta de tratamiento.

En primer lugar, el tratamiento, a pesar de ser desarrollado por un autor reconocido en el campo de la DE, no cuenta con apoyo empírico que valide su eficacia, por tanto, no se trataría de una práctica basada en la evidencia. Es este motivo el que marcó el objetivo del presente trabajo: poder estudiar su eficacia en este caso y su viabilidad para ponerlo en marcha. A pesar de esto, se espera encontrar resultados positivos gracias al conocimiento y a la coherencia en el abordaje de objetivos de los que parte el manual.

En segundo lugar, mi experiencia clínica y mis capacidades me permiten poner en marcha el tratamiento en cuestión pues se ajusta a mi multidisciplinaria formación y no requiere una especialización concreta. Además, este abordaje coincide con mi manera de entender la psicoterapia que es desde una mirada integradora.

Por último, se tuvo en cuenta que el tratamiento seleccionado encajase con el perfil de la paciente. Se consideró que se podría ajustar correctamente debido a que, por un lado, su baja resistencia y escaso control de la expresión emocional permiten un abordaje experiencial y psicodinámico. Por otro lado, su manifestación de síntomas tanto externalizantes (impulsividad o consumo) como internalizantes (depresión o somatización) y su dirección de sus intereses tanto interna (deseo de introspección) como externa (resolución de cuestiones más prácticas) permiten

compaginar técnicas más cognitivo-conductuales e interpersonales con otras orientadas al insight (Caine et al., 1981).

Descripción del Tratamiento: Objetivos, Contenido y Resultados Observados

El tratamiento tuvo una duración de seis meses y medio, a pesar de que en el estudio de caso no queda constancia de las 3 últimas sesiones en las que se llevó a cabo el cierre, con sesiones semanales de una hora. Se efectuó principalmente de manera online, exceptuando las primeras sesiones, debido a la incompatibilidad de horarios con su formación,

El procedimiento de la intervención siguió el siguiente esquema. En primer lugar, se dedicaron las primeras sesiones para formar el vínculo, sostener y recoger información pertinente. Tras esto, se dedicó una sesión a hacer una devolución transmitiéndole la hipótesis de lo que le sucedía y a consensuar los objetivos de la terapia. A continuación, el resto de las fases se trataron de ajustar a la propuesta de Castelló. Sin embargo, se efectuaron algunos cambios respecto a esta, como es el abordaje de la fase afectiva global previamente a la dimensión interpersonal tal y como señalaba el autor, y que se abordarán más detenidamente en la discusión. Pasados aproximadamente 6 meses, en la sesión 23 se le administraron los mismos cuestionarios del comienzo para realizar una comparación pre-test y post-test, resultados que servirán para valorar la eficacia de la intervención llevada a cabo y para considerar si se puede concluir la terapia. De no ser esto posible se le derivará a otro compañero para que pueda continuar con lo trabajado previamente.

La tabla 1 muestra un reflejo de la estructuración y el abordaje del tratamiento en función de los objetivos. Tras esta se analizarán brevemente los resultados observacionales correspondientes a cada dimensión y se recogerán en profundidad aquellos momentos considerados relevantes. Cabe señalar que se ha recogido de esta manera para una mejor organización de los aspectos más significativos. Aun así, la dimensión afectiva de los estados emocionales puntuales y la cognitiva se trabajaron de manera constante a lo largo de la intervención; y, durante toda la dimensión interpersonal, a parte del conjunto de sesiones especificadas en las tablas, se dedicó la primera parte de cada sesión al abordaje de la relación de pareja para hacer un seguimiento del proceso.

Tabla 1.*Estructuración del tratamiento*

Fases	Sesiones	Objetivos	Herramientas
Evaluación y alianza	1-4	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer vínculo terapéutico - Recoger información sobre su queja - Explicitar las demandas del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionarios - Sostén emocional - Exploración
	5	<ul style="list-style-type: none"> - Clarificar resultados confusos o de interés de los cuestionarios - Devolver hipótesis y explicitar objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semiestructurada sobre ítems de los tests y sus resultados - Psicoeducación sobre DE
Psicodinámica	6-10	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer y ganar consciencia sobre la formación de sus pautas relacionales y su estructura de personalidad - Identificar mecanismos de defensa - Fomentar el insight 	<ul style="list-style-type: none"> - Genograma y línea de vida para explorar sus relaciones objetales desde edades tempranas hasta la actualidad. También sirvieron de ayuda los triángulos de Malan. - Mentalización de las situaciones abordadas - Interpretaciones, señalamientos y, confrontaciones - Carta de reformulación

Afectiva (global)	10-11	<ul style="list-style-type: none"> - Reparar las heridas de apego, conlleva reducir el sentimiento de soledad y abandono e incorporar otros más positivos como el de seguridad. - Disminuir culpabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Procesamiento emocional por medio de la técnica experiencial de la niña interior. - Mentalización - Externalización
Interpersonal	12-17	<ul style="list-style-type: none"> - Definir y operativizar la nueva relación con L. - Promover el proceso de diferenciación hacia su pareja y su separación física - Lograr una posición equilibrada en la relación con su expareja - Adquirir perspectiva de futuro 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre pseudorelación,y relación doble vinculante - Establecimiento de límites - Análisis de su dinámica relacional circular y reencuadre de apego desde las necesidades emocionales no satisfechas. - Señalización del juego relacional. - Priorización de intereses, confrontación de valores y toma de decisiones. - Reestructuración cognitiva.
	18	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar un ambiente familiar cálido y con una estructura funcional - Atender las necesidades de sus hijos 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación parental - Mentalización sobre las inseguridades que pueden estar viviendo sus hijos a raíz de su situación y reconocer señales de alarma

	19	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer cómo son sus relaciones personales actualmente 	<ul style="list-style-type: none"> - Exploración de ellas - Psicoeducación tipos de relaciones sociales - Creencias irracionales
	20-22	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar patrones relacionales con sus figuras de apego - Evaluar y promover el proceso de diferenciación hacia su madre - Lograr una posición más equilibrada - Reducir los sentimientos de enfado y tristeza hacia su madre y facilitar la comprensión y la aceptación 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de las heridas de apego, relacionándolas con las similitudes entre L. y su madre y su forma de vincularse con ellos. - Identificación de intereses/ necesidades/ derechos suyos y de su madre - Trabajar asertividad y límites - Entrenamiento en auto instrucciones - Psicoeducación sobre diferenciación
Afectiva (global)	23	<ul style="list-style-type: none"> - Reparar las heridas de apego, conlleva reducir el sentimiento de no haber sido valorada ni tenida en cuenta y fomentar la compasión y la asertividad 	<ul style="list-style-type: none"> - Procesamiento emocional a partir de la silla vacía.

Fase Evaluación y Alianza Terapéutica

Se lograron todos los objetivos propuestos de manera satisfactoria. Se considera de principal importancia el haber alcanzado un vínculo terapéutico sólido, ya que este será el principal apoyo sobre el que se trabajará. La declaración de este éxito se basa en hechos que manifiestan una relación basada en la confianza, seguridad y conexión. Algunos ejemplos son: una de las primeras veces que no se amoldó a las necesidades del otro fue porque priorizó la terapia; hay momentos en las sesiones donde nos reímos, y otros en los que es capaz de señalar las intervenciones con las que no concuerda; siempre llega puntual; además, realiza frecuentemente comentarios como *“Esta semana me acordé de ti y pensé: esto se lo tengo que decir a Carmen”*.

Cabe destacar que la reformulación de sus síntomas depresivos (1ª sesión) tuvo un impacto positivo en ella, pues rescata la intervención a lo largo de las sesiones, y en el avance terapéutico al validar su situación como alternativa a su actitud crítica y señalar un aspecto central de la terapia: su falta de introspección. *“Tu lema: cada día es una nueva oportunidad para ayudar a alguien, quizás no esté perdido, sino que este periodo en el que estás más aislada, menos conectada a los demás, está permitiendo ayudarte y conectar contigo misma”*.

Dimensión Psicodinámica

Los objetivos identificados en esta dimensión se cumplieron prácticamente en su totalidad, salvo por la imposibilidad de A.C. en reconocer de manera ajustada la relación mantenida con su madre, aspecto que logrará más adelante. Esta dimensión finaliza con la carta de reformulación (Apéndice E) y con conclusiones que ella realiza a raíz de lo explorado

De estas sesiones se considera que la carta de reformulación es el mayor punto de inflexión. Esta carta, en la que A.C. se ve reflejada perfectamente, recoge la manera de entender su historia y pautas de relación en unión con su problemática actual. Permite a la paciente ganar consciencia a raíz de una formulación clara y precisa, y conectar con lo vivido gracias a su emotividad. Del mismo modo, ayuda a fortalecer el vínculo por ser una intervención cercana y que supone el reconocimiento de su vivencia.

Asimismo, alega *“Esta línea de vida me ha servido para darme cuenta de que siempre he estado centrada en los demás [...] Me ha servido para entender que tengo que mirarme a mí misma, ser un poco “egoísta”. Y que tengo que confiar mí.”*

Momentos intermedios que reflejan el avance en este sentido son apuntes suyos como “Igual que mi mamá, yo también he sufrido maltrato psicológico por parte de mi marido” o “Mis parejas me iban machacando la autoestima, me iban haciendo cada vez más pequeñita”. Estos son mensajes que manifiestan que se está logrando obtener otra perspectiva más ajustada a la realidad, comprender que no es la única responsable, lo que permite, entre otros, diferenciación y que se enfrente de manera diferente a su situación. En esta misma línea se pueden resaltar intervenciones como este reflejo empático que favorece la conexión emocional y la conexión con necesidades no satisfechas, “Mi sensación es la de una adolescente cuya vida gira pensado, cuidando y entregándose a los demás. Y a la vez una adolescente que está perdida y que anhela esa figura que le guíe y que le aconseje y que le sostenga cuando ella tiene un problema.”

Dimensión Afectiva

En este caso, todos los objetivos presentan un alto nivel de cumplimiento. A pesar de esto, parece que alguno no se ha alcanzado de manera total (i.e., culpa y resolución de conflictos), por eso sería necesario continuar con este abordaje emocional para apoyarle e irle guiando de manera continua.

En este grupo de sesiones, un momento decisivo para trabajar los objetivos de las sesiones 10 y 11 es la intervención que se ejemplifica a continuación. Tras experimentar un sentimiento de culpa por haber adquirido esta postura de dependencia y sumisión (parece que quizás protegiendo la imagen de su madre y de su familia) se externaliza su situación a la de su hija y se trabaja la niña interior para lograr compasión y empatía. Los positivos resultados se advierten al final del diálogo, además de estos objetivos se logra un aumento de su autoestima.

- P: *Mirando atrás debería de haber expresado más, no debería de haber actuado así ni haberme sentido así de mal [...]*
- T: *Parece que te vuelves a responsabilizar, a culpar [...]. Me gustaría que imaginaras a tu hija F. viviendo la situación que tú viviste. Imagínate que descubre la realidad sobre su padre biológico, que prácticamente deja de veros a ti y a L., que se queda al cargo de su hermano [...] ¿Qué crees que haría ella?*
- P: *Probablemente lo mismo que hice yo*
- T: *¿Creerías que lo estaría haciendo mal?*

- P: *Rompe a llorar con bastante intensidad - No, si es solo una niña... No debería hacer lo que a un adulto le toca.*
- T: *¿Desde dónde crees que se comportaría así?*
- P: *Desde el amor, desde el no saber cómo manejarlo de otra manera, desde el querer cuidar.*
- T: *Silencio- Si puedes, me gustaría que cerraras los ojos, y te visualizaras cuando eras pequeña, en un momento de estos que me has descrito, en los que sentías tanto dolor, tanta inseguridad y tristeza. Ahora imagínate a ti de adulta caminando hacia ella, hacia tu niña pequeña que está a lo lejos, ¿puedes acercarte a ella? cuando le tengas en frente, ¿qué te gustaría decirle? ¿Qué crees que le puedes decir para calmar esa angustia?*
- P: *Que todo irá mejor, que de mayor las cosas se calman. Que se atreva a expresar, que tiene derecho a hablar de lo que le pasa.*

Al día siguiente

- T: *¿Cómo ves a tu niña pequeña?*
- P: *“Ahora le veo tranquila, antes le veía intranquila, siempre con un fondo negro, sola, ahora le veo con mucha luz, alegre e incluso jugando.” Al acabar la sesión seguí llorando mucho, me di una ducha de una hora (es una de sus estrategias para calmarse) y empecé a reflexionar y a hablarme a mí misma. Comencé a pedirme perdón, luego me repetía “ya no siento más culpa”, y me decía “puedes hablar de cualquier cosa, tienes derecho”.*
- T: *“Ahora, ¿quién dirías que es Mónica?”*
- P: *“Una persona centrada. Me siento bien, alegre, en los momentos malos me hago más fuerte, me valgo conmigo, no espero nada de nadie. Estoy volviendo a ser yo, alegre, activa. Estoy empezando a hacer deporte, a querer salir...”*

Dimensión Interpersonal

Se considera que los objetivos se han cumplido de manera parcial, es decir, se debería continuar trabajando en ellos de manera simultánea para lograr un asentamiento y una consolidación de los mismos. Se debe tener presente que es un proceso de adaptación a una nueva forma de relacionarse y que se trata de cuestiones muy amplias, que conllevan mucho tiempo para abordar en profundidad.

Analizando las sesiones, se recoge que hay varios momentos significativos que han ayudado a que el tratamiento psicológico avance considerablemente.

Uno de ellos es cuando se investiga los lazos que le pueden estar dificultando la separación con L. Se comienza planteándole una paradoja.

- T: *L. y tú no estáis en una relación de pareja y sin embargo ninguno de los dos hace nada para que se lleve a cabo una separación física. ¿Qué beneficio obtienes tú de que L. siga viviendo contigo en casa?*
- P: *Es por los niños, quiero que también se haga cargo de ellos, que no le noten distante...*
- T: *Y a ti, ¿a nivel personal en qué te beneficia?*
- P: *Pues económicamente es más fácil [...], además me siento más segura si está él.*
- T: *¿A qué te refieres con esto último?*
- P: *Pues que, aunque siento que soy un pilar de la casa porque me siento mucho mejor, tengo miedo a desequilibrarme emocionalmente y que se repita el episodio de las pastillas y hacer daño a mis hijos.*

A partir de aquí se trabaja a través de la reestructuración cognitiva para eliminar esos miedos irracionales que le impiden avanzar hacia el camino que desea.

Otro punto decisivo en el proceso fue la siguiente conversación en la que se señalan los valores enfrentados que surgen a la hora de separarse de vivienda. Esta intervención permite la movilización hacia una toma de decisiones y una resolución del conflicto. Surge en un momento crítico para A.C. tras estar dos semanas con fuertes discusiones y aumento de control por parte de él.

- T: *Es importante que consideres las posibilidades para solucionar la conflictiva situación. Me da la sensación que hay dos valores enfrentados que dan lugar a dos opciones:*
 1. *Quedarte en tu casa ganando la sensación de justicia y con el valor emocional que conlleva la casa, pero, continuar con el riesgo de seguir estando alerta, a punto de explotar, inquieta, enfadada y sintiéndote injustamente tratada.*
 2. *Intentar salir de tu casa, lo que conllevaría la pérdida de ella y una sensación de injusticia por “haber sido echada” pero ganar tranquilidad, seguridad, espacios donde compartir sin miedo y de manera agradable.*

La sesión siguiente me comentó que había llevado a cabo acciones para resolver esta situación y que se había puesto en contacto con un abogado y hablado seriamente con L.

Por otro lado, señales que indican que el proceso de diferenciación, objetivo primordial, se está logrando son comentarios de A.C. que reflejan el mantenimiento de una postura contraria a la de las demás. Los casos más relevantes son: frente a los mandatos de su madre, un ejemplo sería la respuesta que le da en una ocasión *“Es mi situación, por lo tanto mi criterio y mi decisión”*; o frente a las incoherencias de L., una ilustración de esto sería cuando A.C. elabora un planning con el fin de delegar responsabilidades que no le corresponden, y L. le da la enhorabuena alegando *“Por fin A., llevaba 12 años esperando a que te organizaras.”* Ante lo que ella, en vez de asumir esto como habría hecho en otras ocasiones, contesta *“Pero si te la organizo yo a ti”*.

Creo que el hecho de que haya logrado esta postura se ha visto facilitada por la puntualización que se le hace de los mensajes doble vinculantes que recibe. Dichas puntualizaciones permiten identificar las contradicciones en las que se ve envuelta y, por tanto, creer y validar su criterio propio frente a las incongruencias de los demás.

En cuanto a su madre, ha podido abandonar la imagen idealizada que tenía de ella, adquiriendo una perspectiva más realista y menos positiva al comprender el trato desfavorable con el que ha sido tratada en diferentes ocasiones o la imposibilidad de atender sus necesidades. Este es un hecho que indica la reparación de la herida de apego, un aumento en su autoestima, y por ende la posibilidad de diferenciarse de aquella persona de la que durante tantos años había dependido.

Dimensión Cognitiva y Afectiva de Estados Emocionales Puntuales

Por último, y aunque los objetivos de estas dos dimensiones no se exponen como objetivos propios de una fase o de un conjunto de sesiones en particular (por eso no aparecen como tal en la tabla 2), se han trabajado de manera espontánea y continua a lo largo de todo el tratamiento.

En la dimensión cognitiva se trabajó principalmente su autoconcepto negativo, en especial los mensajes *“soy dañina” “soy culpable” y “soy responsable de satisfacer las necesidades de los demás”* a través de la reestructuración cognitiva. Se ha notado una evolución en su discurso personal ya que estos mensajes internos recién señalados parecen menos arraigados y se refiere a ella misma de una manera más amable.

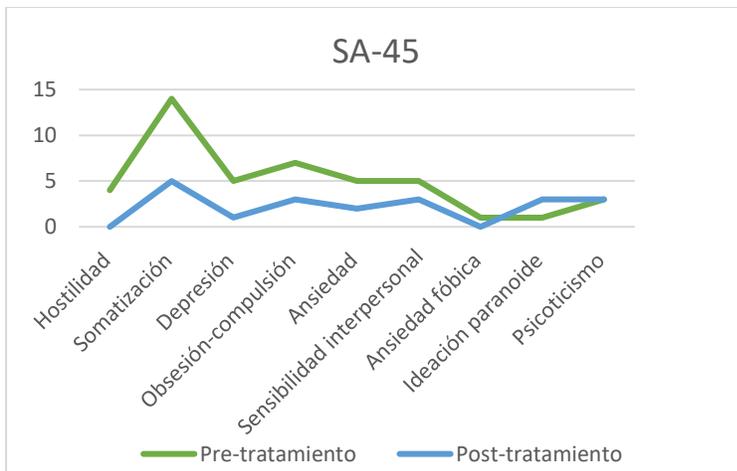
Por otro lado, en referencia al desajuste de sus estados emocionales, se tuvo como intención reducir el malestar emocional y la impulsividad, lograr la interiorización de estrategias de regulación emocional y de resolución de conflictos, así como identificar recursos emocionales. Se trabajó en esta línea por medio del sostén emocional, de la mentalización, de la psicoeducación sobre gestión emocional y toma de decisiones. Otras técnicas para lograr estos objetivos fueron ampliar su discurso cognitivo e integrarlo con el plano emocional, y, desde un enfoque más experiencial, la meditación guiada.

Resultados Psicométricos

Además de los resultados observados señalados en cada una de las dimensiones, se recogen los gráficos descriptivos de la comparación de las puntuaciones de las subescalas de los cuestionarios obtenidas en el pre-tratamiento y el post-tratamiento, así como los resultados psicométricos que demuestran la eficacia general del tratamiento.

Figura E1

Comparación puntuaciones pre y post de las subescalas del SA-45



El único resultado que sorprende es el obtenido en la subescala “ideación paranoide”, sin embargo esta puntuación tiene una explicación alejada de una hipótesis psicopatológica. El porqué del incremento de esta subescala se debe a la desconfianza que actualmente siente hacia determinadas personas, como su madre o L., al haber ganado consciencia de cómo ha sido manipulada en ciertas ocasiones y al comprender que no se alegran de su cambio ya que a ellos les perjudica este aumento de poder en la relación. Además, se anticipaba que la subescala

“sensibilidad interpersonal” hubiese descendido más de lo encontrado. No obstante, la escasa diferencia entre ambas puntuaciones se debe a la alta puntuación en el ítem “La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso”. Esta respuesta iría en línea con el factor anterior pues considera que los de su alrededor ni aceptan ni validan su interés en querer cambiar.

Figura E2

Comparación puntuaciones pre y post de las subescalas del CDE

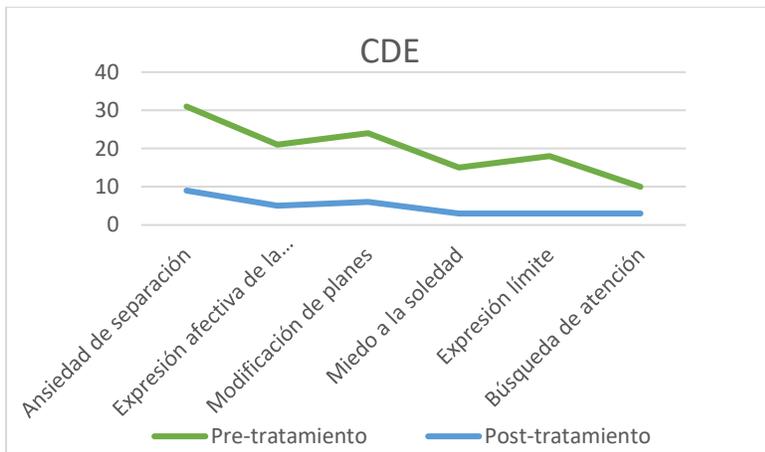


Figura E3

Comparación puntuaciones pre y post de las subescalas del cuestionario de Autoestimación

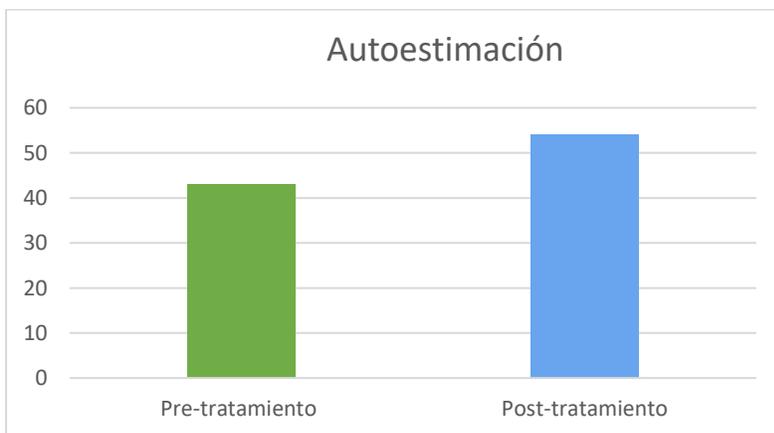


Figura E4

Comparación puntuaciones pre y post de las subescalas del BDI-II

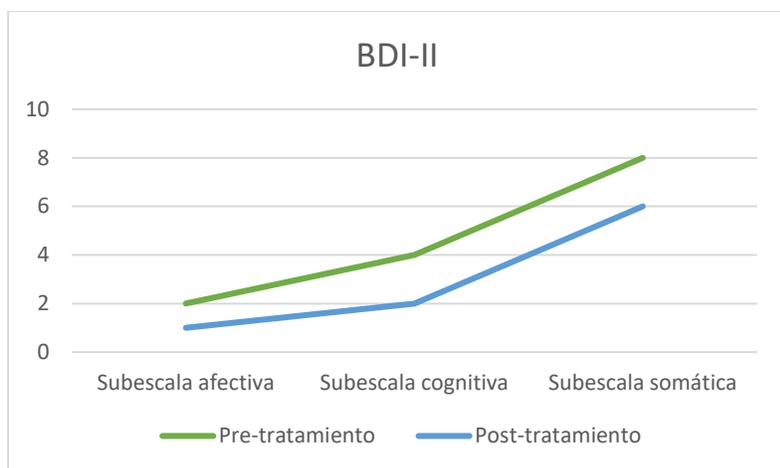


Tabla 3

Resultados estadísticos del cambio individual significativo (RCI)

Prueba	Pre	Post	Dif.	Dt	α	Se	RCI
CDE	119	29	-90	20	0.92	5.66	-11.25
SA-45	47	20	-27	26.3	0.95	5.88	-3.25
BDI-II	14	9	-5	7.7	0.83	4.48	-1.11
Escala de autoestimación	43	54	11	7.4	0.76	3.63	2.14

Tal y como se muestra en la tabla 3, a raíz de la intervención ha habido un cambio significativo en todas las áreas valoradas por las diferentes pruebas excepto en el BDI-II que ha demostrado tener un RCI menor a 1.96, cifra que delimita si el cambio es estadísticamente significativo o no. Por esto, se podría afirmar la eficacia del tratamiento al demostrar el cumplimiento de los objetivos propuestos: reducción significativa de su malestar general y del patrón de dependencia emocional hacia sus parejas además del aumento estadístico del nivel de autoestima. De manera contraria a estos resultados positivos, se muestra que no ha habido un impacto significativo en su estado depresivo a pesar de que las puntuaciones pre-tratamiento y post-tratamiento reflejan el paso de una depresión leve (14) a una mínima (9). Al contrastar con la paciente estos resultados se pudo constatar que, al margen de lo estipulado por el RCI, su estado anímico mejoró notablemente manteniéndose a lo largo de los últimos meses y careciendo de los desajustes emocionales que verbalizaba presentar al principio del tratamiento.

Por lo tanto, son dos las vías que nos permiten poner de manifiesto el considerable progreso logrado por A.C. durante los 6 meses de psicoterapia, por un lado la entrevista clínica y los métodos observacionales, y por otro el estudio psicométrico.

Discusión

A través del desarrollo del caso y de su intervención se ha profundizado en el concepto de dependencia emocional, se han estudiado las existentes propuestas planteadas para su abordaje y se ha pretendido detallar la implementación del modelo de Castelló (2005). Tras el análisis sobre su beneficioso efecto, se discute a continuación si los objetivos del estudio propuestos al principio del documento se han logrado.

El objetivo de ejemplificar la implementación del tratamiento ajustándolo al caso clínico no podría decirse que se cumplió rigurosamente pues se alteró en una ocasión el orden de fases establecido por Castelló, al incluir un abordaje de la dimensión emocional global previo a la dimensión interpersonal. Sin embargo, se ejecutó de esta manera pues en el momento se entendió que era necesario intervenir en lo afectivo al estar esta dimensión accesible después de vincular durante varias sesiones su recorrido biográfico a la experiencia emocional de cada episodio. En este punto se valoró que el origen de la autoestima de la paciente, autoestima que le impulsaba a relacionarse de manera desajustada, residía en las emociones primarias desadaptativas (tristeza/soledad por las pérdidas, vergüenza por el abandono y el rechazo recibido que afectaron a su valía, y la inseguridad sentida por la falta de protección por parte de adultos) desarrolladas a raíz de sus experiencias dolorosas tempranas. Así, se anticipó que un abordaje de tipo experiencial como el realizado en las sesiones 10 y 11 (y más tarde en la 23) permitiría corregir estas emociones y, por ende, aumentar su autoestima. Esto facilitaría a su vez la mejoría del plano interpersonal en lo que respecta a la asertividad, como consecuencia de contactar con su experiencia interna y de validar sus necesidades, y a su comportamiento dependiente, gracias a la corrección de la experiencia de abandono y soledad pues posibilita entender estas vivencias como parte de su niñez y no de su adultez, además de percibirse a sí misma como persona que satisface sus propias necesidades emocionales sin tener, por tanto, que aferrarse a un otro.

En este sentido, se estima que sí se han identificado posibles limitaciones o sugerencias que contribuyan con esta línea de intervención. Tras hacer una indagación sobre el modelo de

Castelló, se determina una relevante carencia psicoterapéutica que es la ausencia de métodos experimentales en su tratamiento y por ello, desde este estudio, se aboga por su inclusión. Como se ha recogido en la introducción, la adecuación de estos métodos se debe a que las bases de la DE son vivencias no elaboradas y, por tanto, principalmente no cognitivas por lo que la reexperimentación emocional de ellas permite su resolución y corrección afectiva (Arntz, 2006). Al margen de esto, ante un aspecto puramente emocional el autor propone herramientas cognitivo-conductuales como la extinción de la autocrítica, el auto reforzamiento o el “convencimiento” de que es necesario cambiar su propia relación para encontrarse bien. Sin embargo, la propuesta de incluir un enfoque experiencial se apoya en que varios puntos decisivos de la intervención, en los que se ha comprobado un avance considerable, han sido a raíz de estas actuaciones experienciales. La paciente incluso señaló *“Siempre que hacemos este tipo de cosas noto mucho cambio”*. Otra limitación de la propuesta de Castelló percibida es el escaso aporte sistémico que incluye el tratamiento. Así, dos aspectos sistémicos notorios encontrados en este caso son la diferenciación y la homeostasis. A pesar de que la falta de individuación sí se nombra en el marco teórico como fruto de la búsqueda del otro, en su propuesta de tratamiento no se hace hincapié en esta cuestión a pesar de que la individualización es el logro que permite separarse de los demás al no vivir la diferencia como un rechazo o un abandono, establecer límites y, por consiguiente, autoprotegerse, hacer introspección y construirse a uno mismo, así como obtener una mayor regulación emocional por la autovalidación y conexión propia. Por estos motivos, un grosor importante de la intervención ha sido la diferenciación tanto con L. como con su madre. Por otro lado, la homeostasis familiar tampoco se recoge como posible obstáculo en el tratamiento a pesar de ser uno mantenido en este caso. Su expareja, al tiempo que manifiesta tener el deseo de desvincularse de A.C., impide que la relación desequilibrada se disuelva para poder seguir beneficiándose de su posición de poder boicoteando sus cambios, mostrándose reticente a realizar trámites legales o alegando carecer de la capacidad económica para poder irse a otra vivienda. Además su madre también le echa en cara sus cambios, describiéndole como “una egoísta”. Estos movimientos que pretenden mantener la situación desadaptativa dificultan la mejoría y se deben tener en cuenta a la hora de actuar, principalmente para no querer acelerar un proceso lento y costoso. Contrario a esto, Castelló sostiene que el primer paso de la dimensión interpersonal debe ser impedir que la afectada tenga contacto con su expareja para eliminar el síndrome de abstinencia, pero no contempla posibles dificultades que impidan este objetivo como que la separación física no pueda darse por problemas

económicos, legales o de otra índole, sin tampoco considerar el chantaje emocional al que se puede ver expuesta por diferentes flancos. Se plantea de esta manera que dichas limitaciones sirvan como líneas futuras de investigación.

Por otro lado, se aportan datos empíricos que permiten respaldar la propuesta de Castelló (2005) ya que los resultados observacionales y cuantitativos recogidos indican que dicho modelo ha sido eficaz en este caso. A pesar de las limitaciones señaladas anteriormente, el autor elabora un marco teórico extenso y preciso de la DE sobre el que después gesta un tratamiento cuyas fortalezas son su abordaje interdisciplinar y multidimensional además de la señalización de los objetivos indispensables que se deben cumplir y que orientan la terapia. Unido a esto, se valora que comenzar por la dimensión psicodinámica profundizando en la biografía del paciente es esencial para la posterior evolución pues, además de adquirir responsabilidad sobre sus pautas relacionales y comportamientos dañinos, se hace consciente de que su forma de vincular actual es por medio de mecanismos de defensa primarios que responden a su historia pasada, comenzando así a modular el funcionamiento relacional inconsciente. Del mismo modo, un elemento imprescindible es la empatía y la validación constante que recibe el paciente pues uno se construye en la mirada del otro, y es desde aquí donde puede comenzar a movilizarse.

Cambiando el foco de las limitaciones de Castelló por las propias de este estudio, es preciso mencionar como limitación los 6 meses determinados de duración de la terapia al ser un recurso subvencionado. Este hecho implica, por un lado, que haya aspectos que no se hayan podido terminar de trabajar en profundidad (e.g. autoconcepto o tipo de relación con futuras parejas) o que no se vaya a llevar a cabo un seguimiento continuado de procesos más lentos (e.g. diferenciación o separación física), y por otro lado, impide conocer el mantenimiento o no de la mejoría hallada. Además, otra limitación del estudio es la escasa experiencia clínica por parte de la terapeuta, lo que ha podido ralentizar el curso del tratamiento y afectar así a su eficacia.

A pesar de estos aspectos, el presente documento pone de manifiesto el perjudicial impacto que supone la DE y se remarca así la importancia de atender esta cuestión desde la salud mental. Además, da a conocer la eficacia del tratamiento de Castelló en un caso concreto y se señalan como destacables mecanismos de cambio varias de las intervenciones efectuadas. No solo esto, sino que el caso clínico representa la reivindicación que hacen numerosos profesionales para

considerar la DE como un trastorno de la personalidad diferente al TDP y demuestra que es una petición conveniente.

Referencias

- Arntz, A. (2006). Pathological dependency: Distinguishing functional from emotional dependency. *Clinical Psychology Science and Practice*, 12(4), 411-416. <https://doi.org/10.1093/Clipsy/Bpi051>
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de depresión de Beck-II*. Pearson.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck depression inventory* (2nd ed.). The Psychological Corporation.
- Bornstein, R. F. (2005). *The dependent patient: A practitioner's guide*. American Psychological Association
- Bornstein, R., Riggs, J., Hill, E. & Calabrese (1996). Activity, passivity, self-denigration, and self-promotion: Toward an interactionist model of interpersonal dependency. *Journal of Personality*, 64(3), 637-673.
- Bution, D. & Wechsler, A. (2016). Dependência emocional: Uma revisão sistemática da literatura. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 6(1), 77-101. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v7n1p77>
- Caine, T.M., Wijesinghe, O.B.A. & Winter, D. A. (1981). *Personal styles in neurosis: implications for small group psychotherapy and behaviour therapy*. Routledge & Kegan Paul.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia Emocional: Características y Tratamiento*. Alianza Editorial.
- Casullo, M.M. & Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis.
Recuperado de:

https://www.Psi.Uba.Ar/Academica/Carrerasdegrado/Psicologia/Sitios_Catedras/Obligatorias/070_Psicoterapias1/Material/Inventario_Sintomas.Pdf

- Collins, N. L., Guichard, M.B. & Feeney, B.C. (2006). Responding to need in intimate relationships. Normative processes and individual differences. En M. Mikulincer & G.S. Goodman (Eds.) *Dynamics of Romantic Love: Attachment, Caregiving and Sex* (Pp. 149-189). The Guilford Press.
- Del Castillo, A., Hernández, M. E., Romero, A. & Iglesias, S. (2015). Violencia en el noviazgo y su relación con la dependencia emocional pasiva en estudiantes universitarios. *Psicumex*, 5(1), 4-18. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v5i1.248>
- Derogatis, L.R, Lipman, R.S. & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13-28.
- Gaviria, S. (2006). Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista colombiana de psiquiatria*, 35 (2), 210-224.
- Gude, T., Hoffart, A., Hedley, L., & Ro, O. (2004). The dimensionality of dependent personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 604–610. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.6.604.54793>
- Lemos, M. & Londoño, N. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 127-140.
- Maccaferri, G., Dunker-Scheuner, D., Roten, Y., Despland, J-N., Sachse, R. & Kramer, U. (2020). Psychotherapy of dependent personality disorder: The relationship of patient–therapist interactions to outcome. *Psychiatry*, 83, 179-194. <https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1675376>
- Mallor, P. (2006). Relaciones de dependencia: ¿Cómo llenar un vacío existencial? *Revista de psicoterapia*, 17(68), 65-87. <https://doi.org/10.33898/rdp.v17i68.926>

- Mansukhani, A. (2013). Dependencias interpersonales: las vinculaciones patológicas. Conceptualización, diagnóstico y tratamiento. En A.D. García & F. Cabello (Eds.), *Actualizaciones en Sexología Clínica y Educativa* (pp. 197-214). Universidad de Huelva.
- Martín, M.T & Muñoz, M.J. (2015). Interdependencias. Una aproximación al mundo familiar del cuidado. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, 17, 212-237.
- Montesdeoca, Y. & Villamarín, J. (2017). Autoestima y habilidades sociales en los estudiantes de segundo de bachillerato de la unidad educativa “Vicente Anda Aguirre”. [Tesis de licenciatura] Universidad nacional de Chimborazo
- Moral, M. & Sirvent, C. (2009) Dependencia afectiva y género: Perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 230-240.
- Moral, M. & Sirvent, C. (2014). Objetivos psicoterapéuticos e intervención integral en dependencias sentimentales. *Revista Española de Drogodependencias*, 39(3), 38-56.
- Moral, M. (20 de enero de 2006). Las dependencias afectivas. *Infocop*. https://www.infocop.es/view_article.asp?id=532
- Morgan T. & Clark L. (2010). Passive-submissive and active-emotional trait dependency: evidence for a two-factor model. *Journal of Personality*, 78(4), 1325-1352. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00652.x>
- Ochoa-Corral, D., Campos-Valdez, G., Gómez-Zarco, A. & Lima-Quezada, A. (2021). Escalas e instrumentos para evaluar autoestima en adolescentes y jóvenes adultos. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*, 3(5), 19-24.
- Overholser, J. C., & Fine, M. A. (1994). Cognitive-behavioral treatment of excessive interpersonal dependency: A four-stage psychotherapy model. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8(1), 55–70. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.8.1.55>
- Sachse, R. (2019). *Personality disorders: A clarification-oriented psychotherapy treatment model*. Hogrefe Publishing.

- Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P., Santed, M. & Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Taylor, C., Bee, P. & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 90, 456–479. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>.
- Villegas, M. J. & Sánchez, N. (2013). Dependencia emocional en un grupo de mujeres denunciadas de maltrato de pareja. *Revista Textos y Sentidos*, 7, 10-29.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd ed.)*. Professional Resource Exchange.

Apéndices

Apéndice A. Tabla características de los dependientes emocionales

Áreas de las relaciones de pareja	Áreas de las relaciones con el entorno interpersonal	Área de autoestima y estado de ánimo
- Necesidad excesiva del otro, deseo de acceso constante a él.	- Deseos de exclusividad hacia otras personas significativas.	- Baja autoestima
- Deseos de exclusividad en la relación	- Necesidad de agradar	- Miedo e intolerancia a la soledad
- Prioridad de la pareja sobre cualquier otra cosa	- Déficit de habilidades sociales	- Estado de ánimo negativo y comorbilidades frecuentes
- Idealización del objeto		
- Relaciones basadas en la sumisión y la subordinación		
- Historia de relaciones de pareja desequilibradas		
- Miedo a la ruptura		
- Asunción del sistema de creencias de la pareja		

Nota. Castelló (2005, p. 56).

Apéndice B. Criterios Trastorno de la personalidad por dependencia

Trastorno de la personalidad dependiente

301.6 (F60.7)

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas.
 2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
 3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (**Nota:** No incluir los miedos realistas de castigo.)
 4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).
 5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
 6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
 7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
 8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.
-

Apéndice C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: Estudio de caso: dependencia emocional

Descripción del estudio:

El objetivo del estudio es ilustrar a través de este caso la intervención psicológica que se realizará desde el modelo de tratamiento de la dependencia emocional formulado por Castelló.

Los datos que se pueden obtener de este estudio son interesantes para la comunidad de psicólogos pues, pese a que es una cuestión que afecta a una notoria parte de la población (alta prevalencia de la problemática), tanto los programas propuestos por profesionales de la psicología para abordar esta cuestión como los estudios que evidencian su efectividad son escasos. Es por este motivo por el que creo que este estudio puede tener efectos positivos en el campo de la psicología.

Además, un aspecto relevante de este estudio de caso es que los datos personales del participante que puedan facilitar su reconocimiento van a ser eliminados o modificados para garantizar la seguridad de su privacidad. Únicamente tendrán acceso a estos datos su terapeuta Carmen Olaso, el director del TFM (Robin Rica) así como el responsable de Servicios de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Datos del participante/paciente: Yo, Mónica Figueroa

Declaro que:

- He recibido suficiente información sobre el estudio (objetivos, aspectos científicos relevantes, procedimientos de seguridad que se van a adoptar para el manejo de datos, incluyendo las personas que tendrán acceso).
- Se me ha entregado una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
- He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad y anonimato de mis datos y que únicamente se utilizarán para los fines de esta investigación
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, por cualquier razón y sin que tenga ningún tipo de penalización, discriminación o efecto sobre mi tratamiento psicológico futuro.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Cláusula de protección de datos

En todo el proceso de recogida de datos se garantiza el anonimato de los participantes y la voluntariedad de la participación. El control de cada participante sobre sus datos personales se garantizará ateniéndose a los derechos contemplados en el Reglamento (UE) 2016/679 y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. La información obtenida no podrá asociarse a persona física identificada o identificable de conformidad con lo dispuesto en el citado Reglamento.

Apéndice D. Criterios Trastorno de la personalidad límite

Trastorno de la personalidad límite

301.83 (F60.3)

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (**Nota:** No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
 3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
 4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracciones alimentarios). (**Nota:** No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
 5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
 6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
 7. Sensación crónica de vacío.
 8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
 9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.
-

Apéndice E. Fragmento carta de reformulación.

Por un lado pienso que tenías la necesidad (propia de cualquier niña) de seguir sintiéndote mirada por tu madre y de crecer en un ambiente cálido, sin embargo, percibías a tu madre preocupada y cansada, y por su trabajo te sentiste desatendida. Como reacción a esto, me da la sensación de que estuviste muy pendiente de ella para sentirle cerca y te volcaste en sus necesidades y deseos (dejando de lado los tuyos) para cuidarle y que se sintiera mejor, además, así tú te sentías atendida y querida por ella porque te agradecía tus cuidados y porque así podía estar más tiempo disponible para ti.

Por otro lado, en relación a Orlando, tu deseo de sentirte querida y aceptada por él no fue posible pues te sentiste abandonada, por ello creaste una máscara, como tú dices, que te protegiera de tus debilidades, dándote aspecto de fuerte y alejándote emocionalmente de la gente para no verte como alguien que necesitaba a los demás, evitando así sentirte rechazada. A pesar de no focalizarte en los otros como lo hacías con tu madre, no estabas en contacto ni contigo misma ni con los demás por la coraza que te pusiste. Estas formas de relacionarte (la máscara y la dependencia, que son formas que tienes de defenderte de algo que no quieres que ocurra) parece que las pones en práctica en tus relaciones de pareja. Me has contado la experiencia de dos relaciones largas, y desiguales en las que mientras tú te amoldabas a ellos (volcándote en sus necesidades y considerándoles tu guía en la vida) y cargabas con la responsabilidad de la relación, tú sentías que te iban dañando la autoestima. A pesar de esto, no podías separarte de ellos pues eso significaba para ti carecer de cariño y valía, parece que sería “sin ellos no soy nada”. Cuando lograbas separarte de ellos, te cerrabas emocionalmente pero aun así necesitabas estar en compañía de otro hombre por tu incapacidad de estar sola. Así, me da la impresión de que el mantenimiento de tus relaciones largas y el inicio de las relaciones superficiales han servido para escapar de la soledad y en ellas se ha confundido la compañía y el contacto físico por un amor sano.

Es un proceso que requiere tiempo y esfuerzo, pero creo que gracias a tu motivación estás consiguiendo cambios importantes. Tengo ganas de seguir viendo estas mejorías y de trabajar contigo.