



**Universidad Pontificia de Comillas**  
**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria**  
**Trabajo de Fin de Máster**

# **Efectos del tratamiento EMDR en pacientes con trauma de apego: un estudio de caso**

---

**Trabajo de Fin de Máster**

**Presentado por: María Rossignoli Montero**

**Director/a: Alicia Muñoz Guzmán**

**Curso 2021-2022**

## **Resumen**

El trauma de apego es una problemática que afecta a un gran número de personas en la población general, y especialmente en la clínica. Esta problemática influye en la formación de síntomas que deterioran la vida de la persona, principalmente a nivel personal y social.

Con el objetivo de ilustrar un caso clínico con trauma de apego tratado mediante EMDR, se presenta el caso de una joven de 20 años con una sintomatología acorde a dicha problemática. Dentro de estos síntomas observamos un bajo estado de ánimo y escasa regulación emocional, baja autoestima, bajo nivel de asertividad, excesiva necesidad de control y creencias desadaptativas. A la paciente se le aplicó un tratamiento centrado en el EMDR, con el objetivo de procesar experiencias traumáticas relacionadas con el trauma de apego. El tratamiento que incluye el estudio consta de 15 sesiones, aunque continuó posteriormente. Los resultados muestran una mejora en la sintomatología descrita anteriormente, especialmente en términos de estado de ánimo, regulación emocional, asertividad y creencias desadaptativas. Estos cambios fueron observados en sesión y a través de pruebas psicométricas realizadas al inicio del tratamiento y tras la sesión número 15. Se discuten los factores que contribuyeron a la eficacia del tratamiento, y se exponen las limitaciones del estudio y las futuras líneas de investigación.

*Palabras clave:* apego, trauma, EMDR, estudio de caso.

## **Abstract**

Attachment trauma is a problem that affects a large number of people in the general population, and especially in the clinic. This problem influences the formation of symptoms that impair the person's life, mainly on a personal and social level.

In order to illustrate a clinical case with attachment trauma treated by EMDR, we present the case of a 20 year old young woman with a symptomatology in line with this problem. These symptoms included low mood and poor emotional regulation, low self-esteem, low level of assertiveness, excessive need for control and maladaptive beliefs. The patient underwent EMDR treatment, with the aim of processing traumatic experiences related to attachment trauma. The treatment included in the study consisted of 15 sessions, although it continued afterwards. The results show an improvement in the symptomatology described above, especially in terms of mood, emotional regulation, assertiveness and maladaptive beliefs. These changes were observed in session and through psychometric tests conducted at baseline and after session 15 of the treatment. Factors that contributed to the efficacy of the treatment are discussed, and the limitations of the study and future lines of research are outlined.

*Keywords:* attachment, trauma, EMDR, case study.

## Índice

4. Introducción .....	5
4.1. Antecedentes de la teoría del apego .....	5
4. 2. Conceptos generales .....	5
4.3 Estilos de apego .....	7
4.4 EMDR. Conceptos generales .....	10
4.5 Estructura y bases del tratamiento en EMDR .....	11
4.6 Tratamiento del trauma de apego a través del EMDR .....	13
4.7 Objetivo del estudio.....	14
5. Diseño .....	14
5.1 Estructuración del diseño .....	14
5.2 Descripción de la experiencia clínica del terapeuta .....	15
6. Metodología de evaluación .....	16
7. Caso.....	17
7.1 Presentación del caso.....	17
7.2 Motivo de consulta y principales síntomas o problemas.....	18
8. Antecedentes personales o historia clínica relevante para el caso. ....	19
9. Resultados clínicos más relevantes de la evaluación inicial .....	23
10. Formulación del caso .....	25
11. Tratamiento y resultados .....	28
12. Discusión.....	36
13. Referencias.....	40

## **4. Introducción**

### **4.1. Antecedentes de la teoría del apego**

Hasta los años 50, se explicaba el origen de los vínculos afectivos desde una concepción psicoanalítica. Se consideraba que los vínculos afectivos se desarrollaron con el fin de satisfacer ciertos impulsos, para los cuales era necesario de otra persona; como es el caso de la lactancia en la nutrición, o la búsqueda de pareja en el sexo (Bowlby, 1986).

Sin embargo, esta concepción de los vínculos afectivos quedó puesta en duda por John Bowlby, tras la divulgación de diversos experimentos, como el experimento de Harlow (1958) acerca de los monos *Rhesus* lactantes. En dicho experimento, Harlow observó la conducta de unos 60 monos *Rhesus* de apenas 10 días de vida a los que se les había separado de su madre poco tiempo después de nacer. Los monos vivían en una jaula junto con dos artefactos que imitaban a la madre, uno era una estructura de alambre con un biberón incorporado, y el otro era una figura de felpa, pero sin biberón. Harlow, observó que los monos acudían a la figura de alambre únicamente para alimentarse, mientras que la pasaban una cantidad de tiempo mayor aferrados a la figura de felpa. También se observó a los monos tras verse expuestos a estímulos que les provocaban miedo, observando que acudían a la figura de felpa en busca de consuelo. De este experimento, se dedujo que existe una necesidad innata de contacto físico y de formación de vínculos, que va más allá que la necesidad de alimento. También se consideró que dicho vínculo proporcionaba una sensación de seguridad ante el peligro.

### **4.2. Conceptos generales**

Para definir la conducta del apego, Bowlby (1986) expuso lo siguiente:

El comportamiento del apego es concebido como toda forma de conducta que consiste en que un individuo consigue o mantiene proximidad a otra persona diferenciada y preferentemente individual, y que es considerada, en general, como más fuerte y/o más sabia. (p. 157).

Este comportamiento es más evidente en los bebés y niños, e incluye conductas como el llanto, el seguimiento o la protesta cuando se queda solo o con extraños. Esto da lugar a que la figura de apego se mantenga cerca, y mantenga sus necesidades cubiertas. Estas conductas disminuyen en intensidad conforme el niño crece, sin embargo, se mantienen presentes a lo largo de toda la vida, manifestándose especialmente en los momentos en que la persona se encuentra en una situación de miedo o vulnerabilidad. Por otra parte, estas conductas varían en base a las experiencias que la persona tuvo en su infancia con su figura de apego (Bowlby, 1986).

En cuanto a su función, Bowlby considera que estos comportamientos suceden como consecuencia de la evolución de la especie, teniendo por tanto una función biológica. De esta manera, los comportamientos de apego se encuentran en los genes, tanto del niño como de la madre, con el fin de asegurar su supervivencia (Bowlby, 1993).

Por otro lado, además de los comportamientos de apego que aseguran que el niño tenga cubiertas sus necesidades, también pueden observarse conductas de juego o exploración. Dichas conductas tienen también una función de supervivencia, puesto que aseguran en el niño un aprendizaje y un dominio del entorno. Para que sea posible esta exploración, el niño ha de percibir en su madre una base segura a la que acudir en caso de peligro (Bowlby, 1993).

Cabe destacar, que no siempre el vínculo entre niño y cuidador es armonioso. Existen muchos factores que pueden dificultar que el niño encuentre en su cuidador una base segura. Según Bowlby (1969, citado en Bowlby, 1986), se considera que un niño tiene una base segura cuando tiene confianza en que su figura de apego acudirá a él para cubrir sus necesidades cuando lo necesite. Cuando esto ocurre, el niño puede desarrollar mejor sus capacidades y experimenta a lo largo de su vida mayores niveles de felicidad.

En base a esta definición de lo que se considera una base segura, se podría decir que los apegos no catalogados como “seguros” interfieren en el desarrollo posterior del niño.

Estas dificultades en el desarrollo del niño, se reflejan en la capacidad que tiene de establecer vínculos. Dicha dificultad en formar vínculos se manifiesta también en la adultez, pudiendo reflejarse en problemas de pareja y con los hijos, así como diferentes trastornos de personalidad, trastornos anímicos y síntomas neuróticos (Bowlby, 1986).

Diversos estudios han apoyado esta teoría, evidenciando la relación existente entre no tener un apego seguro y desarrollar depresión (Garrido, et al., 2015), ansiedad, sensibilidad interpersonal, psicoticismo, somatizaciones, obsesiones y compulsiones, (Pinto-Cortez, et al., 2018), o trastornos alimenticios (Bardales, 2013), entre otros.

### **4.3 Estilos de apego**

Mary Ainsworth realizó diversas aportaciones a la teoría del apego, entre las que destaca el experimento de la situación extraña (Ainsworth, et al., 1978, citado en Feeney & Noller, 1996). En dicho experimento, se expuso a diferentes niños a una serie de separaciones y encuentros con su cuidador, y con una persona extraña. Todo esto, generaba en el niño ciertos niveles de estrés. A lo largo de esta secuencia, Ainsworth observó las reacciones del niño frente a su figura de apego, diferenciando, en base a

estas reacciones, 3 tipos diferentes de apego: apego seguro, apego inseguro evitativo y apego inseguro ansioso-ambivalente. En cada estilo de apego se observaron unas características diferentes tanto de la conducta del niño como de su cuidador. En el apego seguro, Ainsworth observó que el cuidador mostraba una actitud cálida, receptiva y disponible. Las características del comportamiento del niño con un apego seguro fueron de exploración activa, expresiones de disgusto ante la separación, y de calma cuando este regresaba. En cuanto a los cuidadores de los niños con apego inseguro evitativo, estos mostraban una actitud rígida, hostil y de rechazo hacia él, además de aversión al contacto físico. Los niños con un apego evitativo mantenían conductas de distanciamiento y de evitación hacia su cuidador. Los cuidadores de los niños con un apego ansioso-ambivalente, mantenían conductas de intrusividad, inconsistencia e insensibilidad con respecto al niño. Los niños con un estilo de apego ansioso-ambivalente manifestaron conductas de ansiedad ante la separación del cuidador, además de un enfado ambivalente hacia él.

Posteriormente, se realizaron más experimentos con el fin de investigar este fenómeno. En ellos, se encontraron ciertos comportamientos en algunos niños que no encajaban en las clasificaciones descritas anteriormente. Por este motivo, Main & Solomon (1986, citado en Feeney & Noller, 1996) propusieron un cuarto estilo de apego; el apego inseguro desorganizado. Los niños pertenecientes a este estilo de apego, manifestaban una actitud deprimida y confusa, y unos comportamientos contradictorios, en donde se combinaban conductas típicas tanto del apego evitativo y como del apego ansioso-ambivalente.

Diversos autores y estudios han evidenciado la relación existente entre este estilo de apego y el desarrollo de determinadas patologías. Se ha comprobado que el apego desorganizado favorece que se desarrolle sintomatología disociativa (Anabel, 2017) y



síntomas pertenecientes al Trastorno Límite de la Personalidad (Miljkovitch., et al, 2018).

Hazan y Shaver (1987) estudiaron los sentimientos asociados a cada estilo de apego. Observaron que, las personas con apego seguro se sentían cómodas en la intimidad y dependencia hacia los demás. En las personas con apego evitativo, estas mostraron una tendencia a sentirse incómodos en la dependencia y en la intimidad, y una dificultad para confiar en los demás. En cuanto a las personas con apego ansioso-ambivalente, estas mostraron una excesiva preocupación sobre el abandono por parte de la pareja, y un deseo excesivo por la intimidad con el otro, lo cual señalaron que solía asustar a la pareja.

Por otra parte, en dichos estudios (Hazan y Shaver, 1987), también se descubrió que el estilo de apego en la edad infantil era, por lo general, el mismo que en la edad adulta. Así mismo, se comprobó que cada estilo de apego difiere de forma considerable en la manera en la que la persona percibe el amor romántico. En este último punto, los estudios muestran que las personas con un apego seguro percibían sus experiencias amorosas como confiadas, amistosas y felices. En el caso de las personas con apego evitativo, estaba presente el miedo a la intimidad, bajos niveles de confianza y dificultad para aceptar a la pareja. En cuanto a las personas con apego ansioso-ambivalente, estaban presentes los celos y la obsesión, fuerte atracción sexual, deseo de unión y reciprocidad y los extremos emocionales.

Estos estudios parecen señalar, que las personas continúan repitiendo los mismos patrones que aprendieron durante la infancia. Esto podría explicarse a través de la asociación que la persona hace de los nuevos vínculos con un modelo preexistente. Esta asociación continúa en la vida adulta a pesar de que sea inadecuada. Por otra parte, la

persona tiene la certeza de que los demás actuarán con él del mismo modo que hicieron sus cuidadores, creando en los demás unas expectativas erróneas. Esto ocasiona que la persona tenga unas creencias irracionales acerca de los demás, y que actúe en consecuencia, anticipando las respuestas que espera, lo que favorece que se cumplan sus expectativas más temidas (Bowlby, 1986).

En cuanto a la prevalencia de cada tipo de apego, los estudios realizados por Hazan y Shaver (1987) indican un predominio del apego seguro, con una representación del 56% en ambos estudios. Respecto al apego evitativo, los estudios muestran una prevalencia de un 25% y un 23% respectivamente, y de un 20% y un 19% en el apego ansioso-ambivalente.

#### **4.4 EMDR. Conceptos generales**

Las siglas EMDR hacen referencia al acrónimo en inglés de Eye Movement Desensitization and Reprocessing, o en español, desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular. Esta terapia fue descubierta por F. Shapiro en el año 1987, a raíz de una experiencia que tuvo. Un día, mientras paseaba, advirtió que algunos de los pensamientos perturbadores que estaba teniendo por aquel entonces desaparecieron. Al intentar volver a pensar en ellos, descubrió que ya no le afectaban con la misma intensidad. Tras este suceso, se preguntó el motivo por el cual sus sentimientos habían cambiado. Así, descubrió que cuando experimentaba este tipo de pensamientos desagradables, sus ojos se movían de una determinada manera, y que tras ello, sus emociones relacionadas con el recuerdo cambiaban. A partir de ese momento, comenzó a investigar sobre ello, consolidándose lo que actualmente se conoce como terapia EMDR (Shapiro, 2013).

Este proceso se explica gracias a las investigaciones realizadas del sueño REM, puesto que se trata de estados similares. Durante el sueño REM, el cerebro trabaja procesando los recuerdos mediante la integración de los pensamientos con otros recuerdos. Por este motivo, se hace posible que algo ocurrido durante el día, y que nos genera gran preocupación, como por ejemplo una discusión con un compañero, ya no nos afecte de la misma manera al levantarnos al día siguiente (Shapiro, 2013).

Se considera que, en mayor o menor medida, todas las personas han vivido algún tipo de experiencia traumática en su vida. Estas experiencias, si no están procesadas adecuadamente, pueden influir en el presente. Así, un estímulo presente puede recordarnos situaciones traumáticas del pasado, a pesar de que no se trate de un estímulo peligroso. Esto puede hacer que actuemos de manera reactiva, como si nos encontráramos en la misma situación del pasado (Shapiro, 2013).

Existen diferentes concepciones acerca de qué es y qué no es un trauma. Hay situaciones que podrían considerarse claramente como traumáticas, como por ejemplo haber tenido un accidente de coche, haber sufrido una catástrofe natural... Sin embargo, también existen los denominados traumas ocultos. Estos hacen referencia a situaciones cotidianas que podrían considerarse como poco relevantes. Dentro de estas experiencias entra la falta de reconocimiento, críticas destructivas, manipulación, una respuesta inadecuada a las emociones por parte del otro o una ausencia de apoyo, en etapas de la infancia (Anabel, 2017).

#### **4.5 Estructura y bases del tratamiento en EMDR**

El objetivo de la terapia EMDR es provocar en el paciente un cambio duradero, que le permita sentirse seguro y equilibrado para manejar adecuadamente las situaciones que le planteen la vida (Shapiro, 2008).

Para la consecución de dicho objetivo, la terapia EMDR se ha estructurado en 8 fases en las cuales se integran aspectos de diferentes escuelas psicológicas, entre ellas, la psicodinámica, la cognitiva, la conductual y la interaccional (Shapiro, 2008). Dichas fases se encuentran expuestas en la siguiente tabla.

*Tabla 1. Fases de la terapia EMDR*

<b>Fase</b>	<b>Descripción</b>
Plan de tratamiento	Recogida de datos y formulación del historial del paciente Recogida de los recuerdos más angustiosos y palabras asociadas Esbozo del plan de tratamiento
Preparación	Establecimiento del vínculo terapéutico Explicación de la teoría y funcionamiento del EMDR Técnicas de relajación
Evaluación	Identificación de los recuerdos a procesar y frase asociada, que represente una creencia negativa sobre sí mismo Esbozo de una afirmación positiva y valoración de su veracidad Identificación de las emociones y sensaciones asociadas al objetivo
Desensibilización	Evaluación de las emociones y sensaciones mediante la escala USA Realización de movimientos oculares mientras se visualiza el recuerdo, hasta que el nivel de ansiedad descienda
Instalación	Instalar la creencia positiva que reemplaza la creencia original
Observación del cuerpo	Evocación de recuerdo original Observación de las sensaciones asociadas al recuerdo Procesamiento de las sensaciones residuales
Cierre	Anticipación de recaídas Tareas para afianzar los cambios (diario, técnicas de relajación...)
Reevaluación	Confirmación de los resultados de la sesión anterior Identificación y trabajo de posibles nuevas áreas a tratar

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en Shapiro (2008)

Dado el descubrimiento de la eficacia de esta terapia para el procesamiento de traumas, actualmente se están realizando numerosos estudios para investigar más a fondo acerca de ella, lanzando resultados prometedores. En un estudio (González-Vázquez., et al, 2018) se evidenció la eficacia de esta terapia en el tratamiento del trauma complejo y la disociación. Así mismo, se ha comprobado su eficacia en el

tratamiento del estrés postraumático (Lewis., et al, 2020), la depresión (Carleto., et al, 2021), o la ansiedad (Faretta & Farra, 2019), entre otros.

#### **4.6 Tratamiento del trauma de apego a través del EMDR**

Como se ha expuesto anteriormente, las experiencias traumáticas pueden ser desde situaciones que atentan de manera directa contra la vida, como experiencias dañinas en el vínculo interpersonal. Estas últimas son las que provocan un daño psicológico mayor, pues interfieren en la identidad y las creencias que tiene la persona sobre sí misma, el mundo y los demás. Se consideran especialmente traumáticas las situaciones de daño interpersonal que suceden durante los primeros años de vida y que se producen en la interacción con figuras significativas. Estas experiencias crean una herida profunda en la persona, ya que conlleva una forma de traición en las personas sobre las cuales se ha depositado confianza (González, 2017).

Partiendo de esta idea, se podría considerar el apego inseguro o desorganizado como una secuencia de traumas ocultos ocurridos durante la infancia.

Dado que la base del EMDR es trabajar con el procesamiento del trauma, tratar el apego inseguro o desorganizado podría resultar efectivo trabajándolo desde esta terapia.

Según Caban, (2020), la reparación del apego pasa por tratar de conseguir en el paciente un cambio de la visión que tiene sobre el mundo, en términos de seguridad. También es necesario trabajar con la manera en la que se siente y siente a los demás, su autocuidado, así como con sus problemas de exploración, autorregulación emocional.

Una manera de trabajar el trauma de apego a través del EMDR es mediante el procesamiento de los recuerdos traumáticos, a la vez que se trabaja con los disparadores actuales, las defensas y los patrones de autocuidado. De esta manera, es posible acceder a la emoción que se encuentra escondida (Caban, 2020).

Diversos estudios (Wesselmann, et al.,2014, Swimm, 2018, Rathore, 2018) muestran resultados favorables sobre que la terapia basada en el EMDR puede ser efectiva en el tratamiento de los trastornos que se relacionan con el trauma de apego.

#### **4.7 Objetivo del estudio**

El objetivo principal de este estudio es ofrecer un ejemplo clínico que aporte datos acerca del EMDR y su utilidad en el tratamiento del trauma de apego. Para ello, se probará su eficacia en una paciente que presenta trauma de apego, mostrando los efectos que pueda tener la aplicación de esta terapia.

Por otra parte, también se pretenden mejoras en el proceso terapéutico, dirigidas a mejorar el bienestar y la calidad de vida de la paciente. Esto se pretende alcanzar mediante el procesamiento de experiencias traumáticas de la paciente, y a través de una mejora de su regulación emocional.

### **5. Diseño**

#### **5.1 Estructuración del diseño**

La terapia se realizó en un centro psicológico que utiliza diferentes modelos de terapia, entre ellos el EMDR. Trabaja con población adulta, adolescente y niños, en las modalidades de terapia individual, familiar y de pareja. La ubicación y el nombre del centro han sido omitidos con el fin de proteger los datos de la paciente.

La terapia se realizó de manera presencial, con una duración de una hora y una periodicidad semanal. Fue impartida en modalidad individual. La terapia de la paciente se encuentra financiada por su seguro médico.

El formato empleado fue coterapia impartida por una profesional, que fue quien dirigió y llevo a cabo el tratamiento, y una estudiante de 2º del Máster en Psicología General Sanitaria, que tuvo un papel de apoyo en la terapia.

En cuanto al diseño, este se llevó a cabo siguiendo la estructura típica de un estudio de caso. Se realizó una evaluación de la paciente que tuvo una duración de 4 sesiones, tras lo cual se estableció un tratamiento con técnicas cognitivas y EMDR

## **5.2 Descripción de la experiencia clínica del terapeuta**

En cuanto a la experiencia profesional, la psicóloga cuenta con una amplia formación que incluye; Licenciatura en Psicología en la Universidad Pontificia de Comillas, Máster en Terapia Familiar y de Pareja en la Universidad Pontificia de Comillas, Certificado de Aptitud del Profesorado por la Universidad Complutense de Madrid, curso de biofeedback y neurofeedback, Experto en terapia infantil y adolescente por el COP Madrid, y formación en EMDR nivel II por la Asociación EMDR de España. También cuenta con una amplia experiencia como psicóloga clínica, investigadora, professor, orientadora familiar y psicoterapeuta. En relación a la modalidad EMDR, cuenta con una experiencia de 9 años.

La formación de la estudiante abarca el Grado en Psicología por la Universidad Francisco de Vitoria, curso de Técnicas Proyectivas por la Universidad Francisco de Vitoria y Diploma de 120 horas en Atención Psicológica y Telemática en Crisis por NB Psicología. En la actualidad se encuentra realizando el segundo curso del Máster en Psicología General Sanitaria en la Universidad Pontificia de Comillas.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética.

## **6. Metodología de evaluación**

Para la recogida de datos se emplearon una serie de pruebas psicométricas: El Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (Derogatis Symptom Checklist, Revised [SCL-90-R], elaborado por Derogatis., y Coons, 1976); el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE, elaborado por López-Ibor, et al., 1996); el Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI, elaborado por Calvete., y Cardeñoso, 1999) y el cuestionario de temores (FSS-III, Fear Survey Schedule III, elaborado por Wolpe y Lang, 1964) y la Entrevista Estructurada de Apego, elaborado por George, et al., (1996, adaptación de Pinillos).

El cuestionario SCL-90-R es una prueba psicométrica de 90 ítems a responder en una escala tipo likert del 0 al 4. Se utiliza para comparar con otras personas el nivel de diferentes factores asociados a trastornos mentales. Según el nivel de las puntuaciones, los resultados del cuestionario pueden compararse, en forma de percentiles, con la población general, clínica o psiquiátrica. Cuando el paciente tiene una puntuación elevada en 3 o más factores, sus puntuaciones pasan a compararse con el siguiente grupo de población.

El cuestionario IPDE es una prueba psicométrica que cuenta con 77 ítems de respuesta VERDADERO/FALSO. Se utiliza para medir la tendencia del paciente hacia los diferentes trastornos de la personalidad. Su interpretación consiste en observar la puntuación, en una escala del 0 al 6, de los diferentes trastornos, de manera que aquellos que tengan un 3 o más en algún tipo de personalidad, son considerados como positivos para ese tipo de personalidad.

El cuestionario de ideas irracionales es una prueba psicométrica que cuenta con 100 ítems de respuesta SI/NO. Se utiliza para medir la existencia y el nivel de ideas



irracional en el paciente. Su interpretación consiste en observar la puntuación de 10 ideas irracionales, en una escala del 0 al 10. Cuando el paciente tiene una puntuación de 6 o más en una idea irracional, se considera que esta se encuentra presente.

El cuestionario de temores es una prueba psicométrica que cuenta con 121 ítems. Se utiliza para medir la existencia y el nivel de temores en el paciente. Se interpreta cualitativamente

El cuestionario para la evaluación de apego es una entrevista estructurada, que consiste en 22 preguntas a responder abiertamente por el paciente. Se utiliza para medir el tipo de apego que presenta el paciente. Su interpretación la lleva a cabo el evaluador, observando las respuestas de cada pregunta.

Por otro lado, también se empleó la entrevista clínica como método de evaluación, siendo esta medida que se consideró más relevante y fiable para la evaluación de la paciente.

## **7. Caso**

### **7.1 Presentación del caso**

La paciente, a quien llamaremos “Laura” para proteger su identidad, es una mujer de 19 años en el momento que inicia la terapia. Reside con sus padres y su hermana mayor. Actualmente se encuentra estudiando el grado de bioquímica. El perfil familiar es de clase media, ambos padres se encuentran trabajando como bibliotecarios. La hermana de la paciente también se encuentra trabajando.

La terapia se encuentra financiada por su seguro médico.

Laura es quien solicita la terapia. Anteriormente había asistido a terapia una vez, cuando se encontraba cursando Infantil, debido a que su profesora percibió que tenía problemas para gestionar la ira y se lo comunicó a sus padres, quienes tomaron la decisión de llevarla a terapia.

## **7.2 Motivo de consulta y principales síntomas o problemas**

La paciente acude a consulta con cierta desregulación emocional, lo cual se traduce en llanto y preocupaciones acerca de temas relacionados con sus estudios universitarios, amistades, relaciones de noviazgo y baja autoestima. Cuenta que durante este último año ha tenido muchos sentimientos de inferioridad y de no encajar con los demás. Últimamente, su estado de ánimo ha sido bajo, con episodios en los cuales se levanta triste sin saber por qué, llora y tiene rumiaciones sobre los temas mencionados anteriormente. Hay días en los que se siente muy feliz, y días en los que su estado de ánimo es muy bajo. Relata que no quiere contar a las personas de su entorno acerca de esto.

Indagando sobre su motivo de consulta, Laura nos cuenta que se compara frecuentemente con las personas de su entorno, sintiéndose inferior. Estos sentimientos de inferioridad existían también en el pasado. Presenta conductas de autosabotaje, por ejemplo nos cuenta que con sus compañeros de la universidad a veces realiza comentarios negativos sobre sí misma bromeando sin saber por qué. También nos cuenta que tiene sentimientos de frustración y tristeza cuando las personas de su alrededor no actúan como a ella le gustaría. Además de esto, Laura expresa un gran malestar por la necesidad de cercanía con las personas de su entorno y por ciertos conflictos ocurridos con sus amistades.

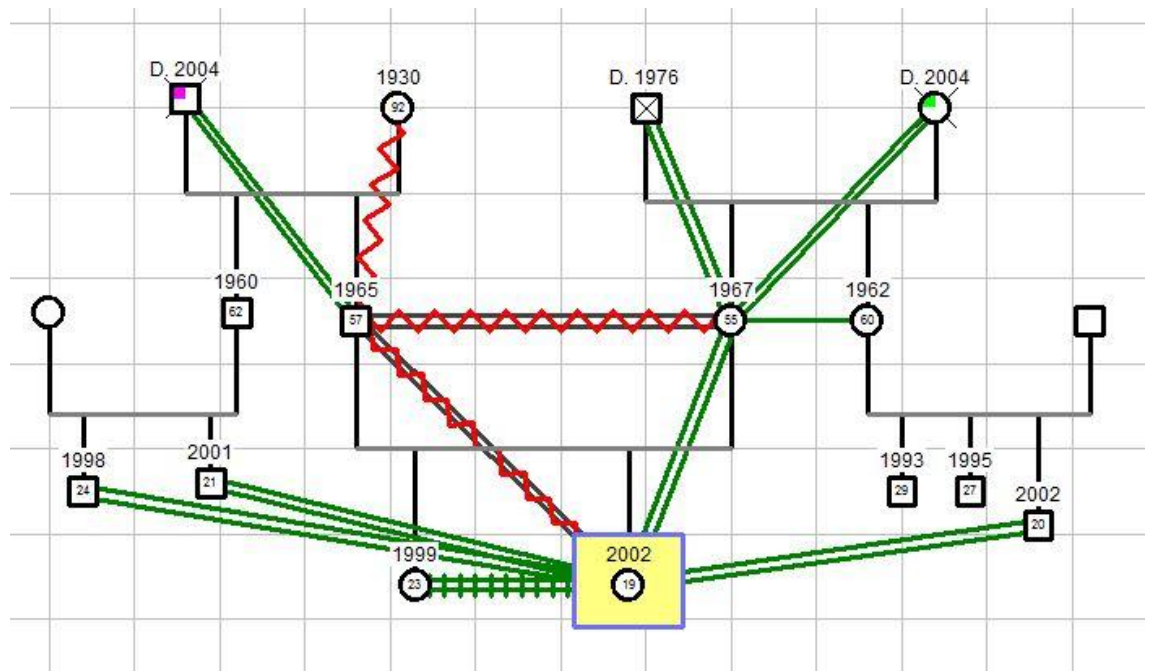
Por otro lado, durante la sesión percibimos en Laura varias ideas irracionales que pueden estar contribuyendo a su sintomatología; entre las cuales están la idealización, la exigencia hacia ella misma y hacia los demás y la adivinación del pensamiento, principalmente.

Tras la primera sesión la terapeuta propone a la paciente trabajar en su necesidad de control, las comparaciones con los demás y el sentimiento de valía personal.

La paciente da el consentimiento informado para realizar el presente estudio de caso.

## 8. Antecedentes personales o historia clínica relevante para el caso

Imagen 1. Genograma



Fuente: Elaboración propia a partir de datos recogidos en la entrevista clínica.

Tal y como se puede observar en el genograma, la relación de Laura con su madre es por lo general positiva, aunque la paciente refiere que no se siente escuchada por ella,

ya que refiere que su madre no atiende cuando ella le cuenta algo. Esto le genera mucha frustración. A pesar de esto, Laura continúa contándole a su madre sus preocupaciones. En cuanto a la relación que mantenía Laura con su madre en la infancia, cuenta que esta le dedicaba mucho tiempo, mostrándose por lo general disponible y atenta.

La relación que mantiene Laura con su padre es conflictiva y ambivalente. Cuenta que cuando está de buen humor es una persona muy agradable y divertida, y los momentos con él son muy positivos. Sin embargo, por lo general la relación con él es conflictiva debido a su mal carácter. Relata que en alguna ocasión su padre le ha dicho que se arrepiente de tener hijos. También nos cuenta que discuten con frecuencia y en alguna ocasión la ha golpeado, la última vez ocurrió hace dos años. En cuanto a la relación que mantenía con él en la infancia, cuenta que apenas pasaban tiempo juntos, pues llegaba de trabajar a las 9 de la noche, siendo su madre quien dedicaba tiempo a su hermana y a ella. Durante la infancia, Laura relata episodios durante su infancia en los que tras pelearse con su hermana, su padre la culpaba por ello. Esto la hacía sentir humillada. La relación que mantienen los padres entre ellos también es conflictiva, discuten mucho entre ellos, aunque hacen actividades los dos juntos con frecuencia. Actualmente, y en relación a su padre, Laura mantiene una postura de simpatía, pero también alberga sentimientos de enfado y tristeza por las situaciones de conflicto ocurridas, y sentimientos de lástima por varias vivencias adversas que su padre ha experimentado.

La relación que mantiene la paciente con su hermana es muy positiva, relata que es una persona a quien admira mucho ya que la considera inteligente y con muchas ambiciones. También cuenta que ha sido un gran apoyo a lo largo de su vida y con la que pasa momentos muy agradables. Nos cuenta que su hermana atravesó una época difícil el año pasado y no le dedicó mucho tiempo. Estuvieron un mes enfadadas, desde

entonces la relación no es la misma aunque continúa siendo positiva. Actualmente Laura siente que su hermana la aparta de su vida.

En cuanto a la relación que mantenía su madre con sus propios padres, esta era por lo general positiva. Su abuelo falleció en un accidente de tráfico cuando su madre tenía 9 años. Tanto a su tía como a su madre no las permitieron asistir al funeral por considerarlas muy pequeñas. Su madre tiene muy buen recuerdo de él, ya que le recuerda como un buen padre que pasaba mucho tiempo con sus hijas. A su abuela le costó superarlo por lo que el resto de familiares tuvieron que ayudarla. En aquel momento, su bisabuela se fue a vivir con ellas. La relación que mantenía con sus bisnietas era de complicidad. La paciente cuenta que quizás debido a su temprana viudez, su abuela fue una mujer muy trabajadora y resolutiva, pero algo arisca y con poca dedicación al mundo emocional. Tras el fallecimiento de su abuelo, su madre comenzó a apoyarse en su tía, que por aquel momento tenía 14 años. Esta hermana recibió más responsabilidades por parte de los familiares. La paciente cuenta que quizás por esto su madre se volvió algo rebelde.

En lo referente a la relación de su padre con sus propios padres, nos cuenta que su padre se llevaba muy bien con su abuelo, pues hacían muchas actividades juntos. También tenía muy mal carácter. La paciente piensa que su padre aprendió de su abuelo esta gestión de la ira. Su abuelo paterno falleció de cáncer hace 18 años, cuando su padre tenía 39 años de edad. Cuenta que su padre no lo vivió como algo especialmente traumático ya que era algo que sabía que ocurriría, pues llevaba dos años en un estado muy débil. En cuanto a su abuela paterna, nos cuenta que su padre y ella no tenían muy buena relación.

En cuanto a las amistades de Laura, estas parecen haber supuesto un gran apoyo para ella a lo largo de su vida. Sin embargo, relata algunas situaciones que han supuesto un conflicto para ella. Durante el instituto relata un episodio con su grupo de amigas, el cual Laura no sentía que estuviera especialmente unido. Al comentarles su deseo a sus amigas, estas no percibieron esa falta de unión y le dijeron que no se preocupara.

Otro acontecimiento ocurrido durante el instituto, y que podría ser relevante en la historia de Laura, es el complejo que supuso para ella su altura durante esos años. Esto en la actualidad no es un tema que le preocupe especialmente, aunque en el pasado sí lo vivió con mucho malestar.

Un acontecimiento relevante en la vida de la paciente podría ser el accidente de coche que sufrió su padre cuando esta tenía 4 años. Tras este accidente, su padre permaneció dos meses en coma, y Laura y su hermana fueron a vivir con su tía abuela paterna durante ese tiempo. Laura tiene un recuerdo de ver a su padre muy delgado e inválido. Hablando sobre esto, la paciente expresa su hipótesis de que el mal carácter de su padre podría estar relacionado con haber vivenciado estas experiencias.

Otro acontecimiento relevante ocurrió cuando la paciente tenía 15 años edad, en ese año su padre sufrió un cáncer. El curso pasado su padre enfermó de Coronavirus.

En cuanto al embarazo y los primeros años de vida Laura relata que, durante el embarazo, los médicos le dijeron a su madre que el bebé nacería con una malformación en el cráneo y problemas intestinales. Más tarde los médicos rectificaron y le comunicaron a su madre que estaba todo correcto. Durante su embarazo Laura cuenta que su padre no estuvo muy implicado. Cuando Laura cumple los dos años, fallece su abuela materna de hepatitis, y más tarde fallece su abuelo paterno de cáncer. Laura tiene un recuerdo de su madre llorando un día.

Durante los siguientes años de vida de Laura, concretamente durante Infantil, esta nos cuenta que se comportaba de manera agresiva con sus primos, les pegaba y más tarde les abrazaba. También tenía un comportamiento parecido en clase, en donde tenía una elevada expresión de ira. Ante esto, su profesora alertó a sus padres, los cuales acudieron con ella a un psicólogo.

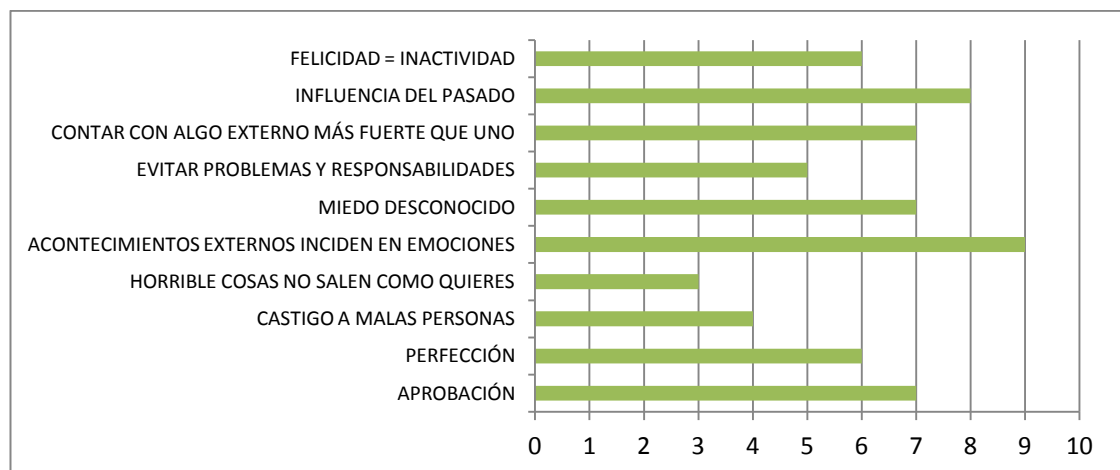
## 9. Resultados clínicos más relevantes de la evaluación inicial

Una vez aplicados los test y cuestionarios se procedió a su corrección. Los resultados encontrados fueron los siguientes:

- Cuestionario de ideas irracionales:

Los datos recogidos del cuestionario de ideas irracionales se encuentran expuestos en la siguiente imagen.

*Imagen 2. Resultados clínicos pre-tratamiento del Cuestionario de Ideas Irracionales.*



Fuente: Datos pre-tratamiento sacados a partir del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI, elaborado por Calvete y Cardeñoso, 1999).

- Cuestionario IPDE

En el presente cuestionario, la paciente presenta una puntuación de 3 o más en el Trastorno Límite de la Personalidad, en donde presenta una puntuación de 5, y en el Trastorno Histriónico de la Personalidad, en donde presenta una puntuación de 6.

- Cuestionario SCL-90-R

Los datos recogidos del cuestionario SCL-90-R fueron interpretados siguiendo la estructura de dicho test. La paciente tuvo una puntuación elevada en 3 o más factores en comparación con la población general, por lo que se pasó a comparar sus puntuaciones con la población clínica.

Los datos recogidos del cuestionario SCL-90-R se encuentran expuestos en la siguiente tabla.

*Tabla 2. Resultados clínicos pre-tratamiento del cuestionario SCL-90-R*

<b>Factores</b>	<b>Percentiles</b>
Somatización	5
Obsesión-compulsión	75
Sensibilidad interpersonal	80
Depresión	65
Ansiedad	25
Hostilidad	75
Ansiedad fóbica	40
Ideación paranoide	65
Psicoticismo	90

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado pre-tratamiento (Derogatis Symptom Checklist, Revised [SCL-90-R], elaborado por Derogatis, et al., 1976).

- Cuestionario de temores:

La paciente puntúa como extremadamente desagradable o temible ítems relacionados con la muerte o amenaza a la seguridad de la propia vida o de la de los demás. Los ítems puntuados como muy desagradables o temibles guardan relación con



situaciones de peligro hacia la propia vida; y con situaciones de fracaso, abandono, rechazo, crítica o de dominación por parte de otros, entre otras situaciones. Por último, los ítems puntuados como ligeramente desagradables o temibles tienen relación con situaciones en donde está presente la muerte, el peligro o la enfermedad, personas que posean autoridad y situaciones relacionadas con la falta de control, entre otros.

#### - Entrevista estructurada de apego

Los datos recogidos en el cuestionario para la evaluación del apego fueron interpretados por los evaluadores. Tras analizar las respuestas de la entrevista clínica, se consideró que la paciente sí había contado en la infancia con figuras de apego disponibles, tanto física como emocionalmente. En la edad adulta, la paciente refiere que le gustaría una mayor disponibilidad afectiva por parte de sus padres. Por otra parte, las respuestas también hacen referencia a sentimientos ambivalentes por parte de la paciente, que pudieran ser debidos a ciertos episodios de violencia.

### **10. Formulación del caso**

Los datos recogidos en la entrevista clínica y en la entrevista estructurada de apego muestran una relación positiva de Laura con su figura de apego durante la infancia. Así mismo, parecen indicar que Laura tuvo cubiertas sus necesidades tanto físicas como emocionales, recibiendo apoyo y disponibilidad por parte de esta figura. Sin embargo, los datos también muestran una relación ambivalente con su padre y episodios conflictivos, los cuales han podido contribuir a la formación de creencias desadaptativas que la paciente presenta actualmente. En dichos episodios, Laura recuerda como su padre la culpaba con frecuencia, y en ocasiones la golpeaba por algo que había hecho, haciéndola sentir humillada y desvalorizada. Se considera que todo esto ha podido afectar negativamente en la autoestima de Laura, pudiendo relacionar

estos sucesos con las frecuentes comparaciones que hace con los demás, y con la no aceptación de aspectos de sí misma. También se plantea que la relación que Laura ha mantenido con su padre, ha podido influir en la relación que mantiene con los chicos, en donde existen sentimientos ambivalencia.

Por otra parte, cabe señalar un episodio de separación de Laura con su madre a los 4 años, el cual, se hipotetiza, ha podido interferir en su apego. Dicho episodio sucede cuando su padre sufre el accidente de coche, que lo deja en coma durante dos meses.

Otro acontecimiento relevante en la vida de la paciente ocurre cuando esta tiene 2 años de edad. Laura nos cuenta que tiene un recuerdo con esa edad, en el cual observa llorar a su madre por la muerte de su abuela materna. Se hipotetiza que, durante esa época la madre de Laura pudo experimentar un estado de ánimo más triste o ansioso, pudiendo afectar al vínculo con las niñas, al igual que en el accidente del padre. Esta hipótesis entra en consonancia con la explicación de Anabel (2017), quien afirma que el vínculo que establece el niño con la madre puede verse alterado si esta sufre un trauma durante los 2 años posteriores al nacimiento del niño. Indagando en este recuerdo, Laura conecta con las emociones que experimentó en aquel momento, y relata que se sintió responsable de la mejora de su madre. Actualmente, Laura tiene comportamientos donde, al igual que en aquel entonces, se siente responsable del bienestar de otras personas y actúa en base a esta creencia. Dentro de estos comportamientos, encontramos exigencia hacia ella misma y hacia los demás, y dificultad para poner límites claros.

En la actualidad, Laura mantiene los patrones de comportamiento y emociones que aprendió y experimentó en su infancia. Estos generan sintomatología que incluye; un estado de ánimo bajo y variable, preocupaciones acerca de diferentes áreas de su vida, baja autoestima, escasa regulación emocional, necesidad de control y ciertas

creencias desadaptativas que influyen en su manera de pensar, sentir y comportarse. Todos estos síntomas afectan a su vida personal y social, generándole malestar.

Se hipotetiza que este problema se mantiene debido a varios factores, dentro de los cuales, quizá el más relevante es que Laura no ha aprendido otras estrategias para relacionarse consigo misma y con los demás, ni para regularse emocionalmente. Por otra parte, ciertos comportamientos de Laura generan un beneficio secundario. Esto puede observarse en una de las sesiones con Laura, en la cual nos cuenta que estuvo muy afectada por un tema que no consideraba muy relevante, pero por el cual estuvo llorando varios días en clase. Tras indagar en esto, Laura toma conciencia de que expresar su malestar le había ayudado a ser cuidada por sus amigos. En cuanto a la baja autoestima, se considera que podría estar manteniéndose debido a un exceso de autocritica, pensamientos catastrofistas, comparaciones con los demás y creencias sobre la perfección.

Por otra parte, se sugiere que estos síntomas se mantienen debido a que son reforzados por las consecuencias que estos provocan. De la misma manera, en el establecimiento de relaciones sociales, podría estar buscando repetir los roles y patrones que aprendió en la infancia en sus primeros vínculos (Feeney & Noller, 1996).

Con todo esto, y con la información recogida durante las sesiones y en los cuestionarios, se formula que Laura podría presentar un estilo de apego ansioso-ambivalente.

En este estilo de apego, la persona percibe durante su infancia que su cuidador no estará siempre disponible, debido a interrupciones en el cuidado. También es frecuente que el niño perciba a su cuidador como ansioso e impredecible. Ante esto, el niño aprende que debe estar atento para poder controlar la incertidumbre. Durante la vida

adulta, las características de este estilo de apego en las relaciones afectivas se expresan a través de inseguridad por la pérdida del vínculo. Por otra parte, dado que la persona no ha establecido lazos seguros con su figura de apego, la búsqueda de proximidad se convierte en un objetivo, con lo que la persona realizará más intentos de buscar o mantener esa proximidad (Bowlby, 1977, citado en West & Sheldon-Keller, 1999).

Por otra parte, como explican Hazan y Shaver (1987) en su estudio mencionado anteriormente, las personas con este estilo de apego desean intimidad, pero sienten que los demás se resisten a ella. También es frecuente que experimenten inseguridad y ansiedad por el temor de que la pareja los abandone. En cuanto a las figuras de apego, estas son percibidas por la persona como injustas. Respecto a las creencias y necesidades de las personas con este estilo de apego, los autores señalan que perciben a los demás como difíciles de comprender y consideran que los demás ejercen poco control sobre sus vidas. Además, presentan menos necesidad de autonomía, miedo al rechazo y excesivo deseo de intimidad. Para lograr esto, estas personas ponen en marcha comportamientos colaboradores para obtener aceptación y demostraciones intensificadas de estrés e ira.

## **11. Tratamiento y resultados**

Durante las primeras 4 sesiones, se recabó información con la finalidad de realizar la evaluación y comenzar posteriormente el tratamiento. A lo largo de estas sesiones, se realizaron preguntas a la paciente con el fin de indagar acerca de su malestar, pensamientos, emociones y acciones. También se recabó información acerca de su embarazo, infancia y adolescencia, así como de su familia extensa y relaciones familiares. Para ello, se realizó un genograma. Tras la cuarta y la sexta sesión se le

pasaron a la paciente una serie de cuestionarios para recabar más información acerca de su sintomatología e infancia.

Una vez establecida la evaluación, se formalizaron una serie de objetivos a trabajar, establecidos en base a las necesidades y preferencias de la paciente. Estos objetivos fueron dirigidos a mejorar el bienestar general de la paciente a través de una mejora en su regulación emocional y autoconocimiento, mejora de la autoestima y procesamiento de recuerdos traumáticos.

El tratamiento utilizado para lograr estos objetivos se basó en técnicas centradas en el EMDR, así como técnicas de psicoeducación y reestructuración cognitiva, entre otros. También fueron frecuentes las metáforas, técnicas de regulación emocional y tareas a realizar tras la sesión. La base del tratamiento fue el EMDR ya que, como se ha mencionado anteriormente, este tipo de terapia es beneficiosa para trabajar recuerdos traumáticos que influyen en el presente. En la paciente, detectamos ciertos recuerdos que podrían estar influyendo en su sintomatología actual, para lo cual utilizamos esta terapia. El EMDR también fue beneficioso en la terapia para encontrar el origen de la creencia desadaptativa y poder trabajar sobre ella.

La terapia a la que yo asistí para realizar el estudio constó de 15 sesiones, dentro de las cuales, como hemos mencionado anteriormente, 4 fueron dirigidas a la evaluación. Dichas sesiones tuvieron una hora de duración y se realizaron semanalmente. Actualmente el tratamiento continúa, por lo que se considera que contará con más de 15 sesiones, las cuales no se hallarán en el estudio.

En la siguiente tabla se encuentran recogidos los datos sobre los objetivos de la terapia, las técnicas y las observaciones de la paciente.

*Tabla 3. Datos sobre los objetivos, técnicas y observaciones durante la terapia.*

Nº Sesión	Objetivos	Técnicas	Observaciones
1	Realizar la evaluación Explorar el motivo de consulta. Explorar las relaciones familiares	Genograma Entrevista clínica Tarea: explorar acerca del embarazo y parto	Acude a terapia con malestar, comunicando preocupaciones en el área personal, social y académica
2	Realizar la evaluación Explorar las relaciones familiares	Genograma Entrevista clínica Técnica de control emocional (hacer pederretas) Tarea: explorar acerca de su infancia	Acude a terapia con malestar acumulado durante la semana. Se calma a lo largo de la sesión
3	Realizar la evaluación Explorar las relaciones familiares Que la paciente sea consciente de sus creencias irracionales Disminuir la necesidad de control	Genograma Entrevista clínica Psicoeducación sobre creencias irracionales: “debería” e idealizaciones Señalamiento de estas creencias durante la sesión Agradecimiento Tarea: ver vídeo Feelfrenianos Tarea: explorar cómo fue el duelo de su madre	Aumento de la conciencia de sus creencias irracionales
4	Realizar la evaluación Explorar las relaciones familiares Que la paciente conozca cómo va a ser el tratamiento Mejora en la regulación emocional Fomentar la relajación	Genograma Entrevista clínica Explicación de la teoría y funcionamiento del EMDR Lugar seguro Cuestionarios	Durante el ejercicio del lugar seguro aumenta la ansiedad y luego disminuye. Lo percibe como un lugar imposible.
5	Explorar por qué le cuesta poner límites Que la paciente sea consciente de sus creencias irracionales Disminuir la necesidad de control	Psicoeducación en asertividad Señalamiento de las creencias irracionales durante la sesión: “ahora estás suponiendo” Tarea: leer libro “los cuatro acuerdos”	Aprendizaje: <i>“tengo que dejar que los demás se equivoquen, y no ayudar si no me lo piden”</i>
6	Disminuir la activación emocional	Respiración abdominal Psicoeducación sobre las	Aumenta la relajación durante el ejercicio de

	Mejorar la regulación emocional Disminuir las expectativas y necesidad de control	emociones Psicoeducación sobre las expectativas Tarea: Pasear por un parque Entrevista apego	respiración abdominal Aprendizaje: <i>“cuanto mayores sean mis expectativas, menos gente se adaptará a ellas, tengo que decidir”</i>
7	Disminuir la exigencia hacia ella y hacia los demás Aumentar el sentimiento de valía Conexión de los síntomas con el problema original	Señalamiento de las creencias irracionales durante la sesión: <i>“estás exigiendo a tus amigos”</i> Psicoeducación sobre la exigencia Afirmación en positivo: <i>“eres querible por ser”</i> Devolución	Insight: <i>“para que me quieran tengo que hacer cosas”</i> La paciente toma conciencia de su patrón de apego y lo relaciona con sus síntomas
8	Responsabilizar y movilizar al cambio Eliminar creencia: <i>“soy responsable de las emociones de los demás”</i>	Psicoeducación Reestructuración cognitiva: <i>“el bienestar de los demás no es tu responsabilidad”</i> . Tarea: ver vídeo Fidel Delgado e Irene Villas.	Aprendizaje: <i>“no tengo por qué ayudar a los demás si no me lo piden”</i>
9	Aumento de la asertividad Búsqueda de creencias desadaptativas Responsabilizar y movilizar al cambio	Psicoeducación en asertividad Flecha descendente Reestructuración cognitiva Tarea: ver vídeo: <i>“el fin del sufrimiento”</i>	Mejora en la comunicación asertiva
10	Aumento de la asertividad Búsqueda de creencias desadaptativas Búsqueda del recuerdo fuente a través de la evaluación del recuerdo elegido	Psicoeducación en asertividad Metáfora Flecha descendente: <i>“¿qué piensas de ti si pierdes a alguien?”</i> Floatback: identificación del recuerdo y la frase asociada Psicoeducación, diferenciando empatía de simpatía, y dolor de sufrimiento.	Conecta con emociones relacionadas con situaciones familiares. Se da cuenta de aspectos acerca de la relación entre sus padres. A través del floatback, llega al recuerdo fuente, a la creencia y a la emoción asociada.
11	Desensibilización del recuerdo fuente	Afirmación positiva y valoración de su veracidad: <i>“sus emociones no son mi responsabilidad”, “¿cuánto te</i>	Le vienen muchas imágenes durante el procesamiento. Aumenta la ansiedad (4)

		<p><i>crees esta frase del 1 al 7?</i>” luego disminuye (2), (0).</p> <p>Evaluación de las emociones mediante la escala USA: “¿cuánto te perturba el recuerdo ahora del 0 al 10, si lo unes a la frase?”</p> <p>Procesamiento del recuerdo fuente mediante la realización de movimientos oculares mientras visualiza el recuerdo</p> <p>Instalación de la creencia positiva</p> <p>Evocación del recuerdo fuente</p> <p>Observación de sensaciones asociadas</p> <p>Psicoeducación en emociones</p>	<p>Aumenta la percepción de veracidad de la afirmación positiva (4), (7).</p>
12	<p>Aumentar la asertividad</p> <p>Disminuir autocrítica</p> <p>Disminuir sentimiento de culpa</p> <p>Aumento de conductas de autocuidado</p>	<p>Psicoeducación en asertividad</p> <p>Explicación del proceso terapéutico como algo lineal</p> <p>Explicación de la Pirámide de Maslow: “no podemos preocuparnos por satisfacer ciertas necesidades si no tenemos cubiertas las anteriores”</p>	<p>Aprendizaje: “no puedo criticarme por estar aprendiendo”</p> <p>“Antes no sabía lo que sé ahora”.</p>
13	<p>Aumento del autoconocimiento</p> <p>Aumento de la regulación emocional</p> <p>Responsabilizar y movilizar al cambio</p> <p>Disminuir la autocrítica</p>	<p>Psicoeducación en emociones y pensamiento: “el pensamiento incide sobre las emociones”</p> <p>Prohibición de determinadas frases: “no puedo”</p> <p>Afirmaciones en positivo y en presente</p> <p>Búsqueda del beneficio secundario del síntoma</p> <p>Triángulo dramático de Karpman</p>	<p>Encuentra el beneficio secundario de sufrir: “esta semana cuando he llorado en clase, he recibido más atención de mis amigos”.</p>
14	<p>Disminuir la autocrítica</p> <p>Disminuir el sentimiento de culpa</p>	<p>Metáfora sobre la indefensión aprendida</p> <p>Psicoeducación sobre la</p>	<p>Aumenta el autocuidado: “no me gusta cómo me hablo a mí misma, no me</p>



	Aumento del autocuidado Responsabilizar y movilizar al cambio	felicidad: “¿qué es ser feliz?” “podemos ser felices y llorar”	gusta exigirme ni machacarme” Aprendizaje: “soy feliz aunque tenga días malos” “puedo aceptar a los demás aunque tengan defectos”
15	Poner límites Aumento del autocuidado	Psicoeducación en asertividad Tarea: ver vídeo la esclavitud del apego	Aprendizaje: “es mejor separarme de las personas que no me hacen bien, y no tengo que sentirme mal por ello”

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos durante las sesiones.

En la tabla anterior se puede observar como, por lo general, los objetivos planteados al inicio de cada sesión han sido logrados, gracias a aprendizajes que la paciente ha realizado.

La evolución de la paciente a lo largo del tratamiento ha sido muy beneficiosa, observándose mejorías en términos de regulación emocional, procesamiento de experiencias traumáticas, disminución de la necesidad de control, autoestima, asertividad y estado de ánimo.

A través de la aplicación de EMDR la paciente ha podido procesar recuerdos traumáticos que influían negativamente en su comportamiento presente. Actualmente Laura ha podido liberarse de la creencia asociada al recuerdo y modificarla por una más adaptativa.

Tras la sesión número 15, la paciente volvió a realizar las pruebas psicométricas que había realizado al inicio del tratamiento, a excepción de la entrevista estructurada de

apego. Así pues, se observó que los resultados de estas pruebas también parecen indicar una mejora en varios aspectos.

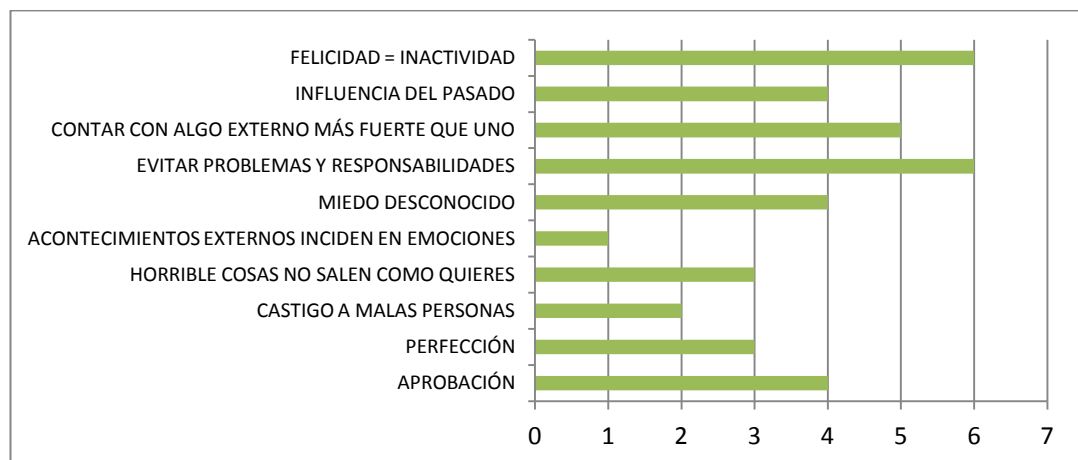
Los resultados de las pruebas psicométricas se muestran a continuación:

- Cuestionario de temores

En el presente cuestionario, la paciente puntúa como extremadamente desagradable o temible únicamente el ítem “*ver aguas profundas*”. Los ítems puntuados como muy desagradables o temibles guardan relación con situaciones de peligro hacia la propia vida o la de los demás, enfermedad; y con situaciones de fracaso, abandono, rechazo, crítica o falta de control, entre otras situaciones. Por último, los ítems puntuados como ligeramente desagradables o temibles guardan relación con situaciones en donde está presente el peligro, la enfermedad, personas que posean autoridad o determinados animales, entre otros.

- Cuestionario de ideas irracionales

*Imagen 3. Resultados clínicos del Cuestionario de Ideas Irracionales post-tratamiento.*



Fuente: Datos post-tratamiento sacados a partir del Cuestionario de Creencias Irracionales

- Cuestionario IPDE

En el presente cuestionario, la paciente presenta una puntuación de 3 o más en el Trastorno Límite de la Personalidad, en donde presenta una puntuación de 5, y en el Trastorno Histriónico de la Personalidad, en donde presenta una puntuación de 7.

- Cuestionario SCL-90-R

*Tabla 3. Resultados clínicos post-tratamiento del cuestionario SCL-90-R*

<b>Factores</b>	<b>Percentiles</b>
Somatización	25
Obsesión-compulsión	35
Sensibilidad interpersonal	65
Depresión	65
Ansiedad	45
Hostilidad	75
Ansiedad fóbica	5
Ideación paranoide	55
Psicoticismo	55

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado post-tratamiento

En cuanto a la actitud y motivación con la terapia, la paciente se ha mostrado en todo momento motivada y con una actitud favorable. Esto se ha visto reflejado a través de su adherencia al tratamiento, puntualidad, realización de tareas y puesta en acción de los aprendizajes de la sesión a su vida personal. Por otra parte, la paciente se ha mostrado satisfecha con el tratamiento, expresando entusiasmo por las mejorías percibidas.

Tras el tratamiento, se ha comprobado que Laura presenta una mejora general de los síntomas, junto con una mejora de la calidad de vida. Dentro de esta mejora sintomatológica, encontramos principalmente un aumento de la asertividad, mejoras en el estado de ánimo, mejoras en la regulación emocional y cambio en las creencias

desadaptativas. Aunque el pronóstico es favorable, se plantea que la paciente continúe en tratamiento, ya que sigue siendo necesario trabajar en el mantenimiento de los cambios. También será necesario trabajar en algunas áreas en las que no se ha alcanzado el nivel óptimo de mejora. Así pues, se plantea que Laura continúe en terapia trabajando principalmente su autoestima y su necesidad de control. Para continuar trabajando estos objetivos, se plantean técnicas dirigidas a trabajar la aceptación, el perdón y la autocrítica.

## **12. Discusión**

Como se ha mostrado anteriormente, los resultados del tratamiento han sido por lo general los esperados, teniendo en cuenta sus objetivos. Así pues, a lo largo de las sesiones, se ha podido observar en la paciente una mejora en términos de autoestima, estado de ánimo, y asertividad. También ha habido una disminución de la necesidad de control y cambio de las creencias desadaptativas por otras más adaptativas.

Por otra parte, la paciente también ha mejorado su regulación emocional y ha sido capaz de procesar experiencias traumáticas, las cuales habían influido en la formación de creencias desadaptativas. Se sugiere que estos cambios se deben principalmente a la aplicación de técnicas centradas en el EMDR.

Estos resultados, están en sintonía con las explicaciones de Lupo (2015) acerca de los beneficios del EMDR en pacientes con trauma de apego. Este autor explica cómo su aplicación a estos pacientes puede ayudarles a modificar las evaluaciones cognitivas sobre sí mismos, y a sentir emociones más adecuadas en relación a la situación presente.

Por otro lado, los resultados obtenidos no hubieran sido posibles sin la existencia de una buena alianza terapéutica, que permitiera a la paciente sentirse segura durante las

sesiones. En consonancia con esto, Bowlby (1988) afirma que para hacer posible el cambio terapéutico en un paciente con problemas de apego, es necesario que este sienta seguridad por su terapeuta. El terapeuta ha de proporcionar, por tanto, una base segura desde la cual el paciente explore y exprese sus sentimientos. De la misma manera, el terapeuta ha de mostrarse respetuoso y tolerar la intensidad de las emociones del paciente. Con esto, parte del cambio vendrá de la sensación de seguridad y confianza que experimenta el paciente en la terapia, lo cual hace posible la exploración.

En cuanto a los beneficios del estudio para la comunidad científica, se halla la ilustración de un caso clínico de trauma de apego tratado a través del EMDR. Esto puede ser beneficioso a la hora de explorar los beneficios de la terapia centrada en EMDR. Por otro lado, la explicación detallada del tratamiento y los resultados puede ser de utilidad a la hora de abordar un caso de trauma de apego con EMDR. Con todo esto, se plantea que los objetivos del estudio también han sido los esperados.

Las mejoras de la sintomatología también se han visto reflejadas en las pruebas psicométricas. Dentro de estas pruebas, destacan cambios especialmente en términos de creencias irracionales. Concretamente, la creencia de *“los acontecimientos externos inciden en las emociones”*, ha bajado de un 9 a un 1. Otras creencias que han disminuido considerablemente son las relacionadas con la aprobación, la perfección, el miedo a lo desconocido y la influencia del pasado. Se sugiere que estos cambios se deben principalmente a las técnicas centradas en el EMDR y a la psicoeducación respecto a las creencias mencionadas. Estos resultados concuerdan con las explicaciones de Hernández (2017) acerca de los beneficios de la psicoeducación en pacientes con trauma de apego. Este autor afirma que aportar una explicación al paciente acerca de cómo funciona su cuerpo, emociones y pensamiento aporta una sensación de control

que ha estado ausente en su vida. Esto le permitirá entenderse a sí mismo y desarrollar estrategias para solucionar su problema.

En el cuestionario de temores también se ha podido observar una disminución significativa del número de temores y su intensidad. Se hipotetiza que estos cambios se deben principalmente a las técnicas de regulación emocional y la psicoeducación.

En cuanto al cuestionario SCL-90-R, ha habido una disminución general de la sintomatología en comparación con los resultados pre-tratamiento. Sin embargo, se observa que los síntomas de ansiedad y somatizaciones han aumentado, y los de depresión y hostilidad se han mantenido. Se sugiere que esto puede deberse a que la paciente, en el momento de hacer los cuestionarios se encontraba en una etapa de recaída caracterizada por un aumento de los sentimientos de inseguridad y disminución de la regulación emocional.

Por último, en el cuestionario IPDE no se observan cambios significativos. Se hipotetiza que esto se debe a que dicho test evalúa la personalidad del paciente en los últimos 5 años, con lo que la paciente ha podido responder teniendo más en cuenta su personalidad previa al tratamiento.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se puede mencionar que en este solamente están incluidas 15 sesiones, quedando fuera del estudio las sesiones posteriores. Esto imposibilita la existencia de datos acerca del seguimiento de la paciente que respalden el mantenimiento de los resultados. Por otra parte, se considera que algunos resultados de las pruebas psicométricas han podido verse afectados por otros factores, con lo que su fiabilidad ha podido verse reducida. En relación a esto, y como se ha mencionado anteriormente, en el cuestionario SCL-90-R realizado tras la 15 sesión, pueden verse un incremento de algunos síntomas, influidos posiblemente por

una recaída de la paciente. Por otro lado, en el cuestionario IPDE, los resultados pre-post no han sufrido cambios significativos debido posiblemente a que dicho test mide la personalidad del paciente en los últimos 5 años, con lo que los cambios ocurridos durante los meses de tratamiento tienen poco peso en comparación con los años anteriores. Por último, cabe mencionar que el tratamiento incluye tanto técnicas propias del EMDR como de la terapia cognitivo-conductual, con lo que la efectividad de los resultados puede deberse a una combinación de ambos tipos de terapia.

Teniendo en cuenta las limitaciones del estudio, se considera que el tratamiento ha sido efectivo y que, por tanto, un tratamiento centrado en el EMDR puede ser beneficioso para trabajar con pacientes con trauma de apego.

Por otro lado, dada la escasez de estudios acerca de esta temática, sería oportuno continuar con su investigación, para explorar más detalladamente cuáles son los efectos de la aplicación de un tratamiento centrado en EMDR en pacientes con trauma de apego. Con este mismo objetivo, podría ser útil realizar estos estudios de manera cuantitativa, ya que gran parte de las investigaciones halladas en relación a esta temática son estudios de caso, lo cual dificulta la generalización de su efectividad en términos científicos. Por último, sería interesante realizar estudios comparando esta terapia con otras, con el fin de observar las diferencias que pudieran tener en personas con trauma de apego en términos de efectividad.

### 13. Referencias

- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1993). *Apego y pérdida*. (vol 1). Paidós.
- Bowlby, J. (1968). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Morata.
- Bardales, G.M. (2013). *Representaciones mentales de apego en un grupo de mujeres que presentan desórdenes alimenticios*. Pontificia Universidad Católica de Perú.  
<http://hdl.handle.net/20.500.12404/4885>
- Caban, A. (2020). Apego B: apego y EMDR.
- Calvete., y Cardenoso. (1999). Cuestionario de Creencias Irracionales.
- Carletto, S., Malandrone, F., Berchiolla, P., Oliva, F., Colombi, N., Hase, M., Hoffmann, A., y Ostacoli, L. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing for depression: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*  
[.https://doi.org/10.1080.20008198.2021.1894736](https://doi.org/10.1080.20008198.2021.1894736)
- Derogatis, L. R., y Coons, H. L (1976). Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (Derogatis Symptom Checklist, Revised [SCL-90-R]).
- Faretta, E., y Farra, M. D. (2019). Efficacy of EMDR Therapy for Anxiety Disorders. *Journal of EMDR Practice and Research*. 13(4). <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.325>
- Feeney, J., y Noller, P. (1996). *Apego adulto*. Desclée de Brower.



- Garrido, L., Guzmán, L., Santelices, M. P., Vitriol, V., y Baeza, E. (2015). Estudio comparativo de los estilos de apego adulto en un grupo de mujeres con y sin diagnóstico de depresión. *Terapia Psicológica*. 33(3). 285-295. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300011>
- González, A. (2017). No soy yo: *Entendiendo el trauma complejo, el apego y la disociación. Una guía para pacientes, familias y terapeutas*. Anabel González.
- González-Vázquez, A. I., Rodríguez-Lago, L., Seoane-Pillardo, M. T., Fernández, I., García-Guerreo, F., y Santed-Germán, M. A. (2017). The progressive approach to EMDR group therapy for complex trauma and dissociation: A case-control study. *Frontiers in psychology*. 8:2377. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02377>
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychological Association*. 13 (12). 673–685. <https://doi.org/10.1037/h0047884>
- Hazan, C., y Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*. 52(3). 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hernández, M. (2017). *Apego y psicopatología: La ansiedad y su origen*. Serendipity.
- Kaplan, G., y Main, M. (1996). Adaptación de Pinillos, I. Entrevista estructurada de apego.
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., y Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>

- López-Ibor, J. (1996). Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad.
- Lupo, W. (2015). EMDR en el tratamiento de los traumas y trastornos de apego. *Intercanvis*. 35. 23-31.
- Miljkovitch, R., Deborde, A. S., Bernier, A., Corcos, M., Speranza, M., y Pham-Scottet, A. (2018). Borderline personality disorder in adolescence as a generalization of disorganized attachment. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01962>
- Pinto-Cortez, C., Beyzaga, M., Cantero, MF, Oviedo, X., y Vergara, V. (2018). Apego y psicopatología en adolescentes del Norte de Chile. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5 (3), 23–29. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.3.3>
- Rathore, H. E. (2018). Trust and Attunement-Focused EMDR With a Child. *Journal of EMDR Practice and Research*. 12(4). <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.255>. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.3.3>
- Shapiro, F., y Forrest, M. F. (2008). EMDR: *Una terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés y los traumas*. Kairós.
- Shapiro, F. (2013). *Supera tu pasado*. Kairós.
- Swimm, L. L. (2018). EMDR Intervention for a 17-Month-Old Child to Treat Attachment Trauma: Clinical Case Presentation. *Journal of EMDR Practice and Research*. 12(4). <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.269>
- Wesselmann, D., Armstrong, S., Schweitzer, C., Davidson, M., y Potter, A. (2018). An Integrative EMDR and Family Therapy Model for Treating Attachment Trauma

in Children: A Case Series. *Journal of EMDR Practice and Research*. 12(4).

<http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.196>

West, M. L y Sheldon-Keller, A. E. (1999). *El apego adulto. Patrones relacionales y psicoterapia*. Promolibro.

Wolpe., y Lang (1964). Fear Survey Schedule III.