

**Patrón de Apego Evitativo y Psicopatología:
Estudio de Caso y Abordaje desde el Modelo de Terapia de Esquemas de Young**

Vera Baena Reig

Blanquerna Universidad Ramon Llull

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Carol Palma Sevillano

Barcelona, 2021

Abstract

Insecure attachment patterns are considered a risk factor for the development of psychopathology; specifically, *insecure avoidant attachment* is especially associated with depressive disorders, distant relationship patterns and tendencies of emotional disconnection, which generate subjective discomfort and difficulties in relationships with both others and oneself. Early maladaptive schemas (EMS) develop throughout childhood from the interaction between unmet core emotional needs and the child's innate temperament. Schema-focused therapy is especially indicated for treating long-term psychological difficulties that do not respond to traditional therapies, such as personality disorders and persistent mood disorders. This is done through work with EMS. We put forth the case of a patient who presents a series of symptoms compatible with a persistent depressive disorder, autism spectrum characteristics, avoidant and obsessive personality traits, excessive dedication to video games and gender dysphoria. These difficulties are related to her EMS, and her therapeutic process is shown, through the schema therapy model. The improvements observed subsequent to therapy include less depressive symptoms, less procrastination, more ability to show emotions and to relate, less discomfort regarding her gender identity and less addiction to video games. Regarding her EMS, the results measured through Young's Schema Questionnaire show a significant improvement in most of the schemes.

Keywords: Attachment, Avoidance, Depression, Gender dysphoria, Personality disorder, Schema-Focused Therapy.

Resumen

Los patrones de apego inseguro se consideran un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología; concretamente el *apego inseguro evitativo* se asocia especialmente a los trastornos depresivos, a patrones de relación distante y a tendencias de desconexión emocional, que generan malestar subjetivo y dificultades en la relación tanto con los demás como con uno mismo. Los esquemas precoces desadaptativos (EPD) se desarrollan a lo largo de la infancia a partir de la interacción entre unas necesidades emocionales centrales no satisfechas y el temperamento innato del niño. La terapia de esquemas está especialmente indicada para, a través del trabajo con los EPD, tratar las dificultades psicológicas generalizadas a largo plazo que no responden a las terapias tradicionales, como los trastornos de la personalidad y los trastornos persistentes del estado de ánimo. Se expone el caso de una persona que presenta una serie de síntomas compatibles con un trastorno depresivo persistente, rasgos de la esfera del autismo, rasgos de personalidad evitativa y obsesiva, excesiva dedicación a los videojuegos y disforia de género. Se relacionan estas dificultades con sus EPD y se muestra su proceso terapéutico, enmarcado en la terapia de esquemas. Las mejoras observadas al finalizar la terapia se concretan en menor sintomatología depresiva, menor procrastinación, más capacidad para mostrar emociones y para relacionarse, menor malestar respecto a su identidad de género y menor adicción a los videojuegos. En relación a los EPD, los resultados medidos a través del cuestionario de esquemas de Young muestran una mejora significativa en la mayor parte de los esquemas.

Palabras clave: Apego, Evitación, Depresión, Disforia de género, Trastorno de personalidad, Terapia de Esquemas.

Agradecimientos

La realización de este Trabajo de Final de Máster ha sido posible gracias a René¹. Sin su compromiso e involucración con el proceso terapéutico no habiéramos podido avanzar en su mejora, y sin su generosidad y su curiosidad innatas no habiéramos podido enriquecerlo con las medidas que nos permiten objetivar sus avances. Le agradezco enormemente, además, la valentía de permitirme exponer nuestros progresos en esta memoria, y, por encima de todo, le agradezco la confianza que depositó en mi para acompañarla en este proceso. ¡Gracias!

Quiero también agradecer al Dr. Álvaro Frías la oportunidad de trabajar con René durante estos meses. Su confianza y su supervisión constante me han permitido avanzar sin miedo en caso un caso tan retador como este. Gracias por confiar en mi Álvaro.

Como parte fundamental de la red que me ha permitido realizar este trabajo, quiero destacar la ayuda de la Dra. Carol Palma. Sus sesiones de supervisión semanal y su disponibilidad para resolver cualquier duda que me surgiera durante el proceso han sido esenciales para plantear mi enfoque con René y avanzar en su progreso. El cariño, cercanía y dedicación de Carol van más allá de su rol de docente y tutora. Gracias de corazón.

No puedo dejar de agradecer a mis compañeras de seminario, especialmente a Mónica Espinasa, Laura Susín y Clara Capdevila su apoyo durante estos meses. Gracias chicas, este trabajo es también vuestro.

En la base de esta gran red de apoyo han estado en todo momento las personas más importantes de mi vida. Gracias Carlos, Pablo, Nicolás, Alejandro y Gala, por respetar mis momentos de concentración y creer siempre en mí. Sois mi equilibrio, mi orgullo y mi alegría.

Con mucho cariño y mi agradecimiento para todos.

Vera

¹ Nombre ficticio.

Introducción

El apego es un sistema innato en el cerebro humano, que mueve a los bebés a buscar la proximidad de las figuras protectoras significativas (Bowlby, 1969). A nivel evolutivo se trata de un mecanismo básico de supervivencia. A nivel de desarrollo mental, el apego permite que se establezca una relación interpersonal entre el cerebro inmaduro del bebé y el cerebro maduro de sus figuras de referencia, de tal manera que éste se sirve de las funciones maduras del cerebro de sus progenitores para organizar sus propios procesos. Las respuestas emocionalmente sensibles a las necesidades del niño le permiten a éste modular sus propios estados emocionales, tanto los agradables como los desagradables (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). De esta manera, el bebé aprende a regular las emociones incómodas como el miedo, la ansiedad o la tristeza. Estas experiencias repetidas se codifican en la memoria implícita y pasan a convertirse en modelos mentales o esquemas de apego, con los que la persona regulará sus emociones y sus relaciones sociales en el futuro (Siegel, 2016). Si las respuestas de los progenitores son sensibles y consistentes con las necesidades del bebé, éste desarrollará un patrón de apego seguro, si esto no es así, desarrollará un patrón de apego inseguro.

Tal y como plantearon Ainsworth y sus colaboradores (Ainsworth et al., 1978), se diferencian tres tipologías de apego inseguro: el *apego evitativo*, que normalmente se desarrolla cuando el bebé ha convivido con progenitores emocionalmente indisponibles, relativamente insensibles a su estado de la mente, el *apego ambivalente*, cuando las infancias se han visto marcadas por progenitores incoherentemente disponibles, que trataban de conectarse de una manera no contingente al estado mental del niño, y el *apego desorganizado*, que se desarrolla en situaciones de abuso, negligencia o con padres que mostraban una conducta atemorizada, disociada o desorientada (Main, 1995). El apego seguro está

relacionado con una forma de resiliencia emocional (Rutter, 1987), esto es, actuaría como un mecanismo protector frente a problemas de ajuste socioemocional, específicamente sintomatología ansioso-depresiva, problemas de relación interpersonal y dificultades en el ejercicio de los roles sociales. En cambio, los patrones de apego inseguro se consideran un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología (Kobak & Bosmans, 2019), concretamente el *apego inseguro evitativo* se asocia especialmente a los trastornos depresivos (Santelices Álvarez, Guzmán González, & Garrido Rojas, 2011).

Tal y como plantea Siegel, las personas con *apego inseguro evitativo* suelen tener, por otra parte, dificultades en las competencias sociales. Si un bebé no recibe comunicación previsible y emocionalmente sensible a sus necesidades, podría adaptarse evitando la dependencia de los demás en el futuro, relacionándose de manera distante o reservada. Este rasgo evitativo, que podrá estar presente desde edades muy tempranas, puede llegar a considerarse como constitucional, innato, en lugar de entenderse como adaptativo al contexto pasado (Siegel, 2016).

Vemos, por tanto, cómo la experiencia tiene un papel relevante en el desarrollo de los rasgos que conforman la personalidad. Así, podemos afirmar que es la interacción continua entre las características genéticas del sujeto y las experiencias tempranas lo que construye la personalidad de cada individuo.

La personalidad es un constructo teórico que se define como el conjunto de patrones persistentes del modo de percibir, pensar y relacionarse tanto con el entorno como con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales (American Psychiatric Association, 2014). En la línea de Millon, podemos afirmar que la personalidad normal y la patológica forman parte de un continuo; todas las personas nos situamos en algún punto del espectro dimensional de los rasgos (Millon, 2002). En determinados grados, los

rasgos pueden llegar a ser ineficaces o problemáticos, y cuando esto es así, la mayoría de las personas intentan cambiar sus patrones de respuesta. Sin embargo, los sujetos con un trastorno de la personalidad tienden a tener patrones de respuesta muy rígidos, por lo que experimentan serias dificultades para modificarlos incluso cuando estos patrones son repetidamente ineficaces y sus consecuencias son negativas. Hablamos de trastorno de personalidad, por tanto, cuando los rasgos que definen la personalidad son inflexibles y desadaptativos, lo que provoca que el funcionamiento de la persona genere dificultades tanto en la relación con los demás como consigo misma (American Psychiatric Association, 2014).

Se considera que los trastornos de personalidad son en sí mismos patogénicos, es decir, que la falta de flexibilidad que los caracteriza, genera y perpetúa problemas ya existentes, provoca nuevas situaciones difíciles y pone en marcha círculos viciosos que provocan que las dificultades presentes se mantengan e incluso se agraven (Sánchez, 2003). Podemos afirmar, por tanto, que el tipo de estructura de la personalidad influye notablemente en la aparición, pronóstico y tratamiento de numerosos cuadros psicopatológicos. Como se ha planteado, la personalidad sería la base sobre la que nos relacionamos con nosotros mismos y con el mundo; en función de nuestra manera de relacionarnos podemos desarrollar determinadas conductas disfuncionales que pueden dar origen y mantener determinados trastornos psicológicos.

Volviendo a los efectos que el apego evitativo puede tener sobre el desarrollo de psicopatología, este patrón, adquirido a partir de unas experiencias de comunicación emocionalmente distantes, organiza la mente para reducir el acceso a la experiencia emocional, lo que daña la capacidad para desarrollar una sensación integrada de uno mismo en relación con los demás. Esta organización de la mente, que excluye la emoción y las relaciones interpersonales, es una organización bastante inflexible que fomenta la desconexión emocional, generando dificultades para acceder de manera consciente a la propia

experiencia no verbal (Siegel, 2016). Esta dificultad para acceder a las emociones propias se denomina alexitimia. En la alexitimia, que etimológicamente significa la "falta de palabras para las emociones", se diferencian dos componentes, la *alexitimia cognitiva* que se refiere al procesamiento cognitivo emocional y comprende una disminución en las habilidades de identificar, analizar y verbalizar sentimientos, y la *alexitimia afectiva* que alude al nivel de experiencia afectiva subjetiva y comprende bajos grados de activación emocional, y una capacidad imaginativa reducida. Algunos autores consideran la alexitimia como un rasgo de personalidad y otros señalan que sería un mecanismo de afrontamiento ante eventos vitales estresantes (Arancibia & Behar, 2015).

La alexitimia se asocia significativamente a la depresión; sus manifestaciones pueden superponerse y, durante la fase aguda del trastorno de depresión mayor (TDM), la tasa de alexitimia alcanza hasta un 46% (Honkalampi, Hintikka, Saarinen, Lehtonen, & Viinämäki, 2000). Por otra parte, algunos autores que identifican la alexitimia como rasgo de personalidad, lo consideran un factor de riesgo para el desarrollo de desórdenes mentales como trastornos depresivos, el trastorno de pánico, los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno por uso de sustancias. Varios autores apuntan, también, a la existencia de una alta correlación entre alexitimia y el uso abusivo de internet (Parker, Summerfeldt, Taylor, Kloosterman, & Keefer, 2013). En el artículo de revisión de Arancibia y Behar (2015) concluyeron que a mayor nivel de alexitimia, mayor severidad de síntomas de los trastornos del estado de ánimo y peor respuesta a antidepresivos.

Dentro de los trastornos del estado de ánimo, el Trastorno Depresivo Persistente, también llamado Distimia, se caracteriza por la manifestación de manera crónica de un estado de ánimo deprimido durante un mínimo de dos años (uno en niños y adolescentes) y que se acompaña de alteraciones en los patrones de alimentación y de sueño, falta de energía, baja

autoestima, falta de concentración o sentimientos de desesperanza (American Psychiatric Association, 2014).

Aunque la psicoterapia y los tratamientos con psicofármacos tienen una eficacia establecida en el tratamiento de la depresión crónica, los efectos de la psicoterapia para reducir los síntomas depresivos son pequeños y las tasas de remisión del tratamiento con medicación antidepresiva para la depresión crónica generalmente caen muy por debajo del 50% (Cuijpers, y otros, 2010). Por otra parte, los trastornos de personalidad comórbidos afectan negativamente los resultados de la terapia (Koppers, y otros, 2019). Todo esto refleja la necesidad de enfoques de tratamiento más eficaces para la depresión crónica. Ésta a menudo tiene sus raíces en experiencias traumáticas de la infancia y en rasgos disfuncionales de la personalidad, de manera que los tratamientos centrados en los síntomas actuales podrían no ser suficientes para abordar estos factores de manera adecuada (Renner, Arnoud, Peeters, Lobbestael, & Huib, 2016). Según plantean Renner y sus colaboradores (2013, 2016), la terapia de esquemas, dado su énfasis en las experiencias de la infancia y la patología de la personalidad, podría ser un tratamiento eficaz para la depresión crónica. En el estudio de Renner y colaboradores de 2016 encontraron que la terapia de esquemas se asoció con una gran disminución de los síntomas depresivos y con grandes mejoras en el bienestar general (Renner, Arnoud, Peeters, Lobbestael, & Huib, 2016).

La terapia de esquemas puede considerarse como uno de los primeros enfoques generales e integradores. Es un modelo que nace para atender a los pacientes que no habían podido encontrar respuesta a sus necesidades a través de terapias cognitivo conductuales tradicionales. Surge, por tanto, a partir del modelo cognitivo conductual, pero además de los aspectos cognitivos y conductuales, atribuye un gran peso al cambio emocional, las técnicas experienciales y la relación terapéutica. La terapia de esquemas está especialmente indicada para tratar las dificultades psicológicas generalizadas a largo plazo que no responden a las

terapias tradicionales, como los trastornos de la personalidad y los trastornos persistentes del estado de ánimo (Taylor, Bee, & Haddock, 2017).

Young y Klosko (2013) sostienen que los esquemas precoces desadaptativos (EPD) se desarrollan a lo largo de la infancia, y que éstos operan filtrando selectivamente las experiencias. Los EPD se describen como estructuras estables y duraderas que forman el núcleo del autoconcepto del individuo, acostumbran a operar fuera de la conciencia y, a menudo, plantean importantes dificultades de funcionalidad. Estos autores mantienen que estos esquemas son muy resistentes al cambio, porque resultan cómodos y familiares; cuando son cuestionados, el individuo siente amenazada su organización cognitiva básica, por lo que recurre a una serie de estrategias para mantenerlos intactos. Con el tiempo, se vuelven más resistentes al cambio y dan lugar a pensamientos automáticos negativos y angustia subjetiva.

Desde esta teoría se plantea que el origen de los esquemas proviene de la interacción entre unas necesidades emocionales centrales no satisfechas en la infancia y el temperamento innato del niño. Los autores identificaron dieciocho esquemas desadaptativos tempranos agrupados en 5 dimensiones (Ver anexo 1). Cada una de estas dimensiones refleja una necesidad crítica de los niños que no fue adecuadamente atendida por sus figuras de apego. Esta inadecuada atención de las necesidades emocionales nucleares explica el origen de los esquemas, así como el funcionamiento interpersonal adulto (Vílchez, 2009).

Las personas con EPD desarrollan *estrategias de afrontamiento* disfuncionales para reducir o compensar las emociones negativas que pueden experimentar cuando se activan los esquemas. En el modelo de la Terapia de Esquemas se describen tres tipos de respuestas de afrontamiento desadaptativas, que mantienen los esquemas subyacentes: evitación del esquema, (comportamientos destinados a evitar la activación del esquema), rendición del

esquema, (comportamientos que confirman el esquema), y sobrecompensación del esquema, (comportamientos que son opuestos al esquema) (Renner, Arntz, Leeuw, & Huibers, 2013).

El modelo de la Terapia de Esquemas plantea que cada pensamiento, sentimiento, conducta o experiencia relevante para un esquema puede producir dos cosas, o bien perpetuar y mantener el esquema, o bien debilitarlo, contribuyendo así a su curación. Se habla, por tanto, de dos *operaciones básicas*: las operaciones de mantenimiento del esquema, y las operaciones de curación del esquema. El proceso terapéutico se dirige, por ello, a promover las operaciones que debilitan al esquema y a reducir las operaciones que lo mantienen.

Dentro del modelo tiene especial relevancia el concepto de *modos de esquema*. Para Young y Klosko (2013) los modos de esquema se definen como “los estados emocionales y respuestas de afrontamiento –adaptativas y maladaptativas- momento a momento que experimentamos todas las personas” (p.79). El concepto de modo se originó a partir de las experiencias con pacientes con trastorno límite de la personalidad. Este tipo de pacientes pueden, en un momento determinado, estar tristes, en otro enfadados, en otros comportarse de forma impulsiva, evitativa, etc. Son personas que presentan una gran cantidad de esquemas y respuestas de afrontamiento disfuncionales, que pueden estar muy desconectados o disociados entre sí. Se identificaron 10 modos de esquema principales, que se agrupan en cuatro categorías: modos de niño, modos de afrontamiento desadaptativos, modos de padres desadaptativos y modo de adulto sano (Ver anexo 2 para una descripción de cada uno de los modos identificados en el modelo). El concepto de modo se originó para poder explicar y trabajar con estos estados tan cambiantes, procurando fortalecer el modo de adulto sano de los pacientes, que permite moderar o cambiar los restantes modos. El trabajo de modos está considerado como un componente avanzado del trabajo de esquemas, al cual se recurre en casos de patologías muy severas, o cuando la terapia parece estancada y resulta difícil superar las estrategias de afrontamiento desadaptativas de los pacientes para acceder a los esquemas.

La primera condición para modificar estos esquemas es conocerlos, por tanto, parte de la terapia tendrá que ver con identificar y hacer conscientes estos esquemas y modos para el paciente. En el modelo de Young y Klosko los esquemas se evalúan en base a entrevistas y cuestionarios, cuyos resultados se comparten con el paciente para educarlo respecto al papel que juegan esos esquemas a la hora de mantener patrones de vida desadaptativos. Esta evaluación se plasma en la conceptualización clínica y, tras su revisión, se acuerda el plan de tratamiento con el paciente. En la fase de tratamiento se combinarán de manera creativa y flexible, técnicas cognitivas, experienciales, conductuales, e interpersonales, adaptándolas a cada caso en concreto (Young & Klosko, 2013).

Las dificultades o trastornos psicopatológicos se pueden concebir como sistemas complejos dinámicos. Son sistemas porque están compuestos por varios elementos cuya interacción crea información adicional, son complejos porque no se puede predecir el resultado considerando solamente un elemento del sistema, y son dinámicos porque evolucionan con el tiempo (Fonseca-Pedrero, 2018). En psicopatología, a diferencia de otros campos de la medicina, es difícil identificar una causa común que explique la aparición y mantenimiento de los síntomas de un trastorno, estos surgen de las interacciones causales entre los síntomas mismos (McNally, 2016). Por ello, los límites entre las categorías de diagnóstico son necesariamente difusos y la comorbilidad surge de relaciones directas entre síntomas de múltiples trastornos (Cramer, Waldorp, van der Maas, & Borsboom, 2010).

Como veremos en el siguiente apartado, la protagonista de nuestro caso presenta una serie de síntomas diversos, que tienen la característica común de ser persistentes y de tener su origen en unas relaciones familiares disfuncionales que generaron aprendizajes emocionales desadaptativos. Como se ha comentado, es importante destacar el desafío clínico que representan los posibles límites borrosos entre los trastornos del estado de ánimo y de la

personalidad y la necesidad de abordar los casos que se sitúan en la frontera con tratamientos que ataquen las posibles raíces comunes de ambas patologías (Koppers, y otros, 2019).

Contexto del caso

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el proceso terapéutico seguido con una paciente del Centro de Salud Mental de Adultos del Hospital de Mataró. Se trata de un caso complejo tanto por la dificultad de diagnóstico de su protagonista, como porque sus rasgos de personalidad y el contexto en el que se desarrollaba la relación (comenzó como un seguimiento telefónico para dar apoyo al terapeuta principal de la paciente durante las semanas de confinamiento) planteaban un claro reto de vínculo terapéutico. El caso ha sido seleccionado precisamente por la riqueza de esta complejidad, y para ilustrar el abordaje a través de la terapia de esquemas de un caso en el que se requería un enfoque integrador con un importante componente de trabajo emocional.

La derivación fue realizada en mayo de 2020 por su psicoterapeuta principal, el Dr. Álvaro Frías, en el contexto del confinamiento debido a la COVID 2020. El encargo inicial fue el de realizar un seguimiento telefónico para promover un nivel de bienestar razonable durante el tiempo que durara el necesario aislamiento que requería la pandemia. Al alargarse esta situación, a partir de junio el encargo se amplió y se convirtió en una psicoterapia que llevamos a cabo a través de videoconferencias. Esta psicoterapia ha estado en todo momento supervisada por los doctores Álvaro Frías y Carol Palma, psicólogos del Hospital de Mataró y profesores titulares del máster en Psicología General Sanitaria de Blanquerna.

Además del proceso de psicoterapia que se describirá en este trabajo, stra paciente ha estado acudiendo a los grupos de terapia que lleva a cabo el Dr. Frías en el Hospital de Mataró, dirigidos a pacientes con Trastornos de personalidad, y ha estado siempre atendida por su psiquiatra de referencia.

La información de la que disponemos para el análisis de este caso proviene de varias fuentes. En primer lugar de la historia clínica de la paciente desde 2016 hasta la fecha, de los informes redactados por los profesionales que la han atendido a lo largo de los últimos años, de las entrevistas con su terapeuta principal, y por último de las sesiones que he realizado con ella semanalmente desde mayo hasta enero de 2021.

Para garantizar el anonimato de nuestra paciente, hemos escogido un nombre y apellidos ficticios.

Paciente

Le paciente es una persona de 22 años, nacida mujer, de origen polaco, a la que llamaremos René². Elle³ y su madre llegaron a España cuando René tenía 12 años. Casi desde su llegada convivieron con el actual marido de la madre, también de origen polaco, a quién René se refiere como su padrastro. La paciente es una persona con buena capacidad cognitiva que fue escolarizada en la escuela pública de Mataró a su llegada y, a pesar del cambio de idioma, logró seguir el ritmo de los estudios sin excesivas dificultades.

Contexto biográfico pasado y actual

El padre biológico de René se marchó de casa cuando él tenía alrededor de 4 años. Tenía problemas de alcoholismo y trastornos depresivos. El contacto con su padre, a partir de su salida de casa, fue muy esporádico (les visitaba 2 o 3 veces al año, y en algunas ocasiones acudió borracho a esas visitas). René dice que nunca se interesó por él, lo describe como una persona narcisista, mentirosa y en ocasiones violenta. Las peleas entre él y su madre, también con antecedentes de trastorno depresivo, fueron una constante durante su infancia. Su

² René, de origen latino, es considerado un nombre mixto, tanto masculino como femenino. Significa nacido de nuevo o renacido.

³ Como más adelante se comentará, René se define como persona de género no binario. Por ese motivo, a lo largo de este trabajo nos referiremos a la paciente con el pronombre él.

madre se hizo cargo de él sin prácticamente ningún apoyo del padre. René recuerda que pasaron dificultades económicas de las que la madre lo hacía conocedor, y que tenía que trabajar todos los días tanto, que prácticamente no podían pasar tiempo juntos. René quedaba a cargo de una vecina, a quien describe como una mujer sumisa, grande y cariñosa, sobre la que a veces se dormía, pero la mayor parte del tiempo la dejaba delante de la televisión mientras se ocupaba de sus tareas. Al recordar esta época, él mismo verbaliza “*Supongo que es cuando se formó este apego evitativo*”. Desde que era un bebé, René también pasó mucho tiempo con los abuelos, a quienes describe como muy distantes emocionalmente. Los abuelos no le mostraban cariño de manera directa (cuenta que *la abuela le mostraba su afecto a través de la comida y el abuelo a través del dinero*), no le permitían la expresión de alegría, (su abuela decía que *mostrar demasiada alegría era de tontos*) ni cometer errores, y en ocasiones su abuela había llegado a pegarle. René siente que nunca hubo una atención a sus necesidades emocionales, ni tuvo libertad para expresar sus necesidades. “*Ahora no sé mis necesidades, ni siquiera sé identificarlas. Mi madre hizo lo mejor posible pero no estaba el tiempo suficiente, y mi abuela no me preguntaba sobre esas cosas*”.

René era un niño curioso, le gustaba aprender un poco de todo: moda, dibujo, astrofísica, manualidades, videojuegos... Refiere que tenía tendencia a tenerlo todo súper ordenado, y que en ocasiones se obsesionaba durante una época por algún hobby concreto, pero en general tenía intereses variados y disfrutaba con casi todas las asignaturas del colegio. Era un buen estudiante, sus resultados académicos destacaban y él se sentía orgulloso de ello.

Tal y como lo cuenta, parece que durante su infancia tuvo algunas relaciones de amistad, jugaba con algunas niñas del barrio en el que vivía. Sin embargo, en el colegio tuvo algún problema puntual con alguna niña y no se sintió muy integrado en las clases, “no conocía a nadie los primeros meses, porque iba a un cole lejos de casa”. A partir de la

adolescencia aumentan sus dificultades para hacer amigos “Nadie me hablaba, me sentía ide, como pueste de pegote”. Al llegar a España dice que tuvo que ocultar a casi todo el mundo que estaba aquí, porque su padre biológico no lo sabía y no sabían cómo reaccionaría; esto hizo que no pudiera relacionarse mucho con sus amigas polacas. Actualmente tiene un par de amigas con las que tiene un trato bastante superficial. René dice no haber tenido ninguna relación de pareja “*ni ganas de tenerla*”. No ha mantenido relaciones sexuales y dice que no sabe si es asexual (falta de atracción sexual hacia otros) o demisexual (atracción solo por personas con las que se tiene una gran conexión emocional), porque no ha tenido ninguna relación sentimental.

La relación de la madre con el padrastro es compleja, y en estos momentos René se encuentra triangulada entre ambos (ver Figura 1). El padrastro, a quien llamaremos Jochen, llegó a España en 2008. Había sido la pareja de la madre 25 años antes y se reencontraron y se casaron aquí. Jochen es un hombre que, según René, “tiene muy poca capacidad para identificar y compartir emociones”. La madre, a la que llamaremos Marysia, se fue distanciando de Jochen; en el 2015 la relación ya estaba muy deteriorada y en el 2017 Marysia conoció a otro hombre en Polonia con quien mantiene una relación a espaldas de Jochen desde entonces. René, que es conocedora de esta situación, explica cómo a partir de la infidelidad de su madre, la relación con su padrastro está basada en una mentira y esto, entre otras cosas, le impide compartir intimidad con él. Jochen confía en recuperar a Marysia, pero René sabe que esto no es posible, su madre tiene esta nueva pareja y no volverá nunca con él. “Mi madre está divorciada mentalmente de él, aunque legalmente no lo esté”. Ninguna de las dos se atreve a enfrentar al padrastro con la verdad, porque temen que si se entera quizás eche a René de casa. Hace aproximadamente un año y medio Marysia se fue a Polonia; de cara a Jochen está allí ocupándose temporalmente de sus padres, pero René sabe que el traslado es definitivo, no quiere volver a España con su pareja.

Genograma

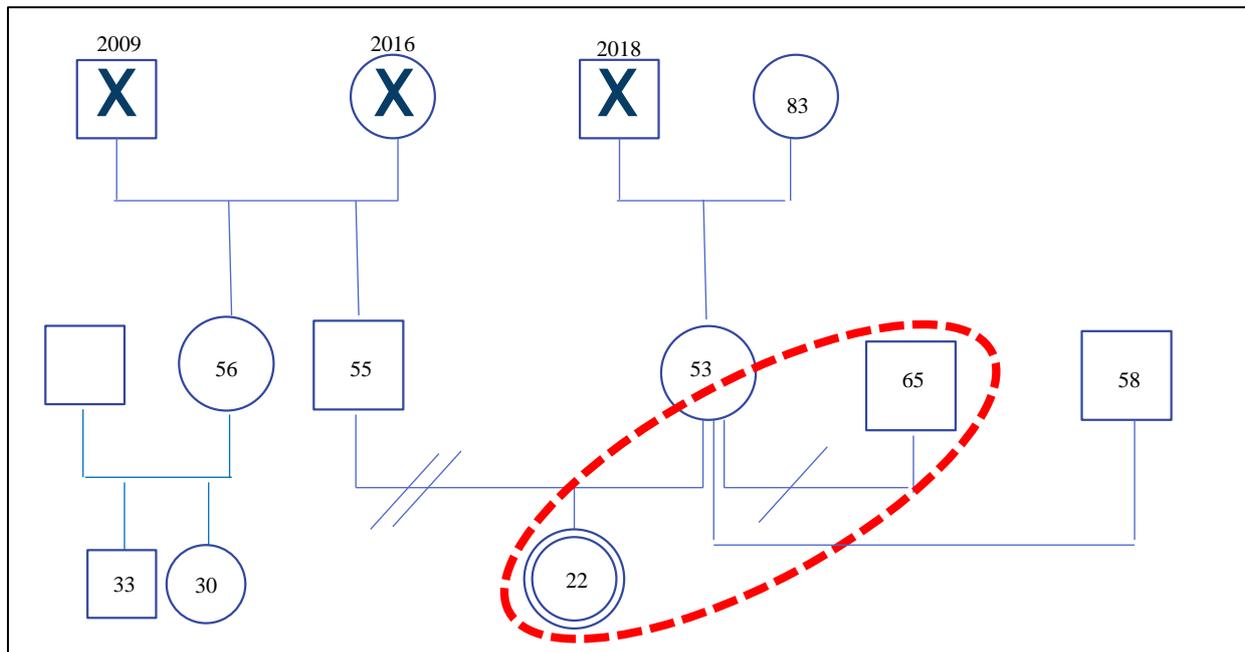


Figura 1

Genograma de René

Problemas y metas del paciente

René acude por primera vez a los servicios de salud mental del Hospital de Mataró (CSMA) en junio de 2016. Refirió sentir una gran ansiedad por la presión escolar, sintomatología depresiva de más de un año de duración e ideación de muerte pasiva. René impresionaba de coeficiente intelectual (CI) alto y señaló como detonante de su estado anímico la bajada de rendimiento académico. Había recibido una beca por haber acabado bachillerato con Matrícula de Honor, pero su sintomatología le generaba mucha inseguridad a la hora de afrontar el estudio de las asignaturas universitarias en las que se había matriculado. Revisando ese primer episodio con él, René reconoce que había construido su autoconcepto alrededor de su buena capacidad intelectual, y la bajada de rendimiento académico puso en cuestión su identidad y sus planes de futuro de estudiar ingeniería aeronáutica.

A lo largo del 2016 René acude en varias ocasiones al CSMA y se va aumentando su medicación. En noviembre de ese año fue diagnosticado de un Episodio de Depresión Mayor, con afectación de su funcionalidad académica y social. En ese momento se emite un informe para poder entregar en la Universidad, aconsejando flexibilidad en las fechas de entrega de las tareas académicas. En diciembre se emite otro informe, donde se solicita el aplazamiento de la matriculación del siguiente cuatrimestre y en marzo del 2017 deja la universidad. En esa época refiere que la dinámica en casa era muy mala, la relación con el padrastro era muy fría y estaba marcada por la triangulación en la que se encontraba entre éste y su madre. René seguía sufriendo sintomatología depresiva, sintomatología obsesiva, excoriación psicógena y estaba especialmente preocupada por su insomnio de conciliación y por sus dificultades para fijar la atención. Durante los siguientes años René continuó acudiendo al CSMA donde fue trabajando pautas para manejar la depresión, y sus rasgos obsesivos, y controlando su medicación. En el 2019 los profesionales que le atendían confirman un trastorno de depresión mayor sobre una distimia crónica y rasgos muy rígidos de personalidad (perfeccionismo, rigidez mental, reserva, vacío existencial, alteraciones de la identidad, inestabilidad del humor), y plantean un posible diagnóstico de Trastorno mixto de la personalidad, de predominio obsesivo-compulsivo y límite. A partir de mediados del 2019, además de la psicoterapia individual y el seguimiento farmacológico⁴ empezó a participar en el grupo de terapia para pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, aún sin identificarse como tal. A finales del 2019 René hace queja subjetiva de dificultades de atención, concentración y capacidades ejecutivas y le solicita a su psiquiatra que le recete metilfenidato⁵. En esa misma

4 A mediados del 2020 René tenía pautado Pristiq 100mg 2-0-0. Elontril 150mg 2-0-0. Abilify 5mg 1-0-0 y Concerta 36mg 1-0-0.

5 El metilfenidato es un medicamento psicoestimulante, utilizado como parte del tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Vademecum, 2010).

época se identifican síntomas de disforia de género; René se define a sí mismo como una persona de género no binario y vive esta situación con gran vergüenza e inhibición⁶.

Conocí a René el 5 de febrero de 2020, cuando comencé mis prácticas en el Hospital de Mataró con el Doctor Álvaro Frías, su psicólogo de referencia en ese momento. Presentaba un aspecto andrógino, pero muy cuidado, con ropas amplias y de aspecto neutro. Llevaba el cabello corto, con las puntas teñidas de azul y en la cara se apreciaba su piel fina e inmaculada. Su tono vital parecía bajo y su expresión emocional era algo plana, aunque se conmovió hasta las lágrimas en algún punto de la sesión. René se expresaba con un lenguaje muy bien articulado, su vocabulario era muy preciso, y se refería a su sintomatología psicológica con mucho acierto. Decía sentir mucha fatiga, labilidad emocional, dificultad para conciliar el sueño, desorden en el ciclo de sueño-vigilia, alimentación deficiente y dificultades de concentración y de atención. Refirió también problemas de relación con su padrastro, de quien dijo que minimizaba su sufrimiento y se ponía a la defensiva ante cualquier punto de vista que no fuera exactamente el suyo. En esa sesión se pone de manifiesto que su entorno ha deslegitimizado su identidad, no solo la sexual sino a él como persona, y se empieza a trabajar la validación de su identidad y sus valores. Su familia no le está aceptando, y se plantea que él tendrá que trabajar esa validación y buscar entornos más legitimadores. Para ello Álvaro le pregunta cómo le gustaría que la llamáramos, y después de dar algunos rodeos, reconoce que le gustaría que se refirieran a él con el sufijo neutro “e” y que de nombre iere René, porque suena más neutro que su nombre completo. Álvaro sugiere que empiece a pedir que le traten así al menos en el grupo de terapia, dado que se trata de un entorno seguro donde podrá irse autovalidando.

⁶ Según el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014), las personas con disforia de género tienen una marcada incongruencia entre el género que se les ha asignado al nacer y el que sienten como propio, y esta incongruencia va asociada a un malestar clínicamente significativo o un marcado deterioro funcional.

Por otra parte, los rasgos rígidos de René y algunas particularidades de su comportamiento (alexitimia, comportamientos y actividades restrictivas, rascado cutáneo, ansiedad social, etc.), hacen al equipo del CSMA plantearse la posibilidad de que sus dificultades se explicaran mejor por un trastorno del espectro del autismo (TEA), y así lo reflejan en el informe de febrero del 2020.

No podemos perder de vista el hecho de que la cultura de origen puede influir de manera relevante en los patrones de pensamiento, que se reflejan en el significado que las personas atribuyen a varios aspectos de la vida. En este sentido, cabe destacar que según el índice del modelo de las 6 dimensiones de Hofstede (2010) la cultura polaca es una cultura jerárquica, individualista, masculina, con una gran evitación de la incertidumbre, tradicional y con una marcada tendencia a restringir el disfrute⁷. Esto tiene varias implicaciones desde el punto de vista de la expresión y regulación emocional (Fernández, Carrera, Sánchez, Paez, & Candia, 2000). Los sujetos que viven en países masculinos sienten emociones positivas con menos frecuencia y expresan emociones con menos intensidad que las personas que viven en países más femeninos (Basabe, Páez, Valencia, González, & Rimé, 1999). Por otra parte, las personas que viven en las culturas masculinas se muestran menos abiertamente por temor al rechazo social. También cabe destacar que en este tipo de sociedades los malos resultados escolares son considerados un fracaso y se prima la excelencia académica, la precisión, la puntualidad y la seguridad; mantienen códigos rígidos de creencias y comportamientos y son intolerantes con los comportamientos e ideas poco ortodoxos. Son culturas, en definitiva, que se relacionan con niveles altos de estrés y ansiedad (Hofstede, 2010). Podemos ver, por tanto, cómo la cultura de origen de René, podría jugar un cierto papel en sus dificultades de expresión emocional, su elevada autoexigencia, su perfil obsesivo, su tendencia a la disforia,

⁷ <https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/poland/>

su miedo a mostrar abiertamente su identidad de género y la sensación de fracaso relacionada con sus malos resultados académicos.

Podemos afirmar, que en el momento en que comencé a trabajar con René los problemas que más le preocupaban eran su tendencia a la procrastinación, que le dificultaba el seguimiento académico, su excesiva dedicación de tiempo a los  juegos, claramente relacionado con lo anterior, sus dificultades relacionales, su incapacidad para identificar y expresar emociones, sus problemas de concentración y de atención y su inseguridad respecto a su identidad de género no binaria. Todas estas dificultades se traducían en una clara sintomatología depresiva, un desorden absoluto en sus hábitos de vida y un aislamiento social casi completo.

Proceso de evaluación

La evaluación de René se realizó en primer lugar a través de las entrevistas de anamnesis que hicimos los primeros días, donde recogimos su biografía y principales dificultades, presentadas en los apartados anteriores. Para completar esta información llevamos a cabo entrevistas estructuradas:

- Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV. (SCID-II) (Spitzer, Williams, & Gibbon, 1989). Utilizada como herramienta complementaria para determinar un posible diagnóstico de personalidad. En el caso de René podemos ver cómo, según esta herramienta, cumpliría criterios para el trastorno de personalidad por evitación (4 ítems valorados como verdaderos), y para el trastorno de personalidad obsesivo (4 ítems valorados como verdaderos). Respecto al trastorno de personalidad esquizoide, se valoran 3 ítems como verdaderos, de los 4 requeridos para el diagnóstico.
- Evaluador de Asperger⁸ en Adultos. (Baron-Cohen S. , Wheelwright, Robinson, & Woodbury-Smith, 2005). Esta herramienta evalúa los síntomas de diagnóstico del

⁸ A partir del DSM 5 se consolidan el trastorno autista, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo dentro del trastorno del espectro autista (American Psychiatric Association, 2014).

Síndrome de Asperger. Consta de 23 ítems que proceden de los criterios diagnósticos del DSM-IV, estructurados en 4 secciones y 5 prerequisites. Para que un sujeto reciba el diagnóstico de síndrome de Asperger, debe presentar 3 o más síntomas en cada una de las secciones A, B y C, al menos 1 síntoma en la sección D, y cumplir con los 5 prerequisites en la sección E. René presenta 4 síntomas en la sección A, (Déficit cualitativo en interacción social), 3 síntomas en la sección B (Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados) 1 en la sección C (Déficit cualitativo en la comunicación verbal y no verbal), 1 síntoma en la sección D (Déficit en imaginación), y los 5 prerequisites.

Los principales resultados de estas entrevistas se presentan como Tabla 1.

Tabla 1.

Resumen de los principales resultados de las entrevistas estructuradas.

Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad (SCID-II)	Evaluador Asperger Adultos (AAA)
TP Evitación: 4	Socialización (A): 4
TP Obsesivo: 4	Obsesiones (B): 3
TP Esquizoide: 3	Comunicación (C): 1
	Imaginación (D): 1
	Prerequisites: 5

Además de esto, se llevaron a cabo una serie de cuestionarios, inventarios y escalas de autoinforme que nos han ayudado a obtener información más precisa de las dificultades de René y de su evolución a lo largo de la terapia. Detallamos a continuación las técnicas de autoinforme empleadas:

- Inventario de Depresión de Beck. BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 2011) Utilizada para valorar la sintomatología depresiva de René. En la primera medición obtuvo una puntuación de 15.5, que se corresponde con un nivel de depresión leve.

- Escala de procrastinación general (General Procrastination, GP); (Lay, 1986). Empleada para valorar el nivel de procrastinación. René obtuvo una puntuación de 70. Puntuaciones superiores a 62 indican una alta tendencia a procrastinar.
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20); (Taylor, Bagby, & Parker, 1992) adaptado a población española (Martínez-Sánchez, 1996). Establece 3 puntos de corte: Por debajo de 51 puntos, ausencia de alexitimia, entre 52 y 60 posible alexitimia, mayor o igual a 61 alexitimia. La puntuación de René al inicio de nuestra relación fue de 64 puntos, revelando una clara dificultad en este aspecto.
- MMPI- 2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemer, 1989) adaptado a la población española (Ávila & Jiménez, 1996) Utilizado para confirmar los rasgos rígidos de personalidad que René mostraba en las entrevistas. Su perfil se presenta como anexo 3. Dentro de éste vemos cómo destacan las escalas clínicas 3. Hy Histeria de conversión (puntuación típica T: 78), 1. Hs Hipocondría (puntuación típica T: 69) y la escala 0 (también identificada como Si) Introversión social (puntuación típica T: 62), las escalas de contenido SOD Incomodidad social (puntuación típica T: 67) y HEA Preocupaciones por la salud (puntuación típica T: 63), las escalas suplementarias Re Responsabilidad social (puntuación típica T: 67) y R Represión (puntuación típica T: 61) y de las escalas de los 5 de personalidad psicopatológica (PSY), la escala INTR Introversión / escasa emocionalidad positiva (puntuación típica T: 68).
- Cuestionario de Esquemas de Young, versión reducida CEY-VR (Young J. E., 1990) en su adaptación española (Cid, Tejero, & Torrubia, 1997). Utilizado para valorar sus esquemas precoces desadaptativos y la posible evolución de los mismos. En la primera valoración los más relevantes de René son: Insuficiente autocontrol (PD: 25), Inhibición emocional (23), Privación emocional (19) y Aislamiento social (18).
- Cociente de Espectro Autista (AQ) (Baron-Cohen S. , Wheelwright, Skinner, & Joanne , 2001). El cuestionario se puede utilizar para eliminar por completo el diagnóstico de síndrome de Asperger en el caso de puntuaciones de 26 o inferiores; una puntuación de 32 o más se señala como indicativa de “niveles significativos de rasgos autistas”. René obtiene una puntuación de 33 puntos.
- Cociente de empatía (EQ) (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004) Se utiliza de manera complementaria con el anterior. Los autores señalan que las personas con

Síndrome de Asperger o Autismo de alto funcionamiento obtienen puntuaciones inferiores a 32. René obtiene una puntuación de 23.

En la Tabla 2. se presentan los principales resultados de estos autoinformes:

Tabla 2.

Resumen de los principales resultados de los autoinformes.

Inventario de Depresión de Beck	Escala de procrastinación general	Escala de Alexitimia de Toronto	Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2	Cuestionario de Esquemas de Young	Cociente de Espectro Autista	Cociente de Empatía
BDI-II	GP	TAS-20	MMPI-2	CEY-VR	AQ	EQ
15,5	70	64	Clínicas Hy: 78 Hs: 69 O: 62 Contenido SOD: 67 HEA: 63 Suplementarias Re: 67 R: 61 PSY-5: INTR: 68	Insuficiente autocontrol: 25 Inhibición emocional: 23 Privación emocional: 19 Aislamiento social: 18	33	23

Orientación diagnóstica

Tal y como planteábamos al inicio, el diagnóstico de nuestro paciente es uno de los aspectos que revisten mayor dificultad de este trabajo. Si atendemos a las etiquetas diagnósticas que constan en sus informes, podemos ver cómo a lo largo del tiempo éstas han ido variando. Vemos cómo, a juicio de los profesionales por los que ha sido atendida, le paciente, en diferentes momentos del tiempo mostraba síntomas compatibles con varios trastornos. Se presentan éstos por orden cronológico de aparición en los informes:

- Episodio de depresión mayor: Noviembre 2016, Diciembre 2016, Febrero 2017, Enero 2018, Mayo 2019, Febrero 2020.
- Crisis de ansiedad: Enero 2018.

- Trastorno mixto de la personalidad, predominio obsesivo-compulsivo y límite: Mayo 2019.
- Trastorno de control de los impulsos: excoriación psicógena: Mayo 2019.
- Trastorno del espectro autista: Febrero 2020.
- Disforia de género: Febrero 2020.

Cuando comenzamos el seguimiento de René en mayo de 2020, parecía claro que la paciente presentaba un **Trastorno depresivo persistente** (300.4 (F34.1)) (American Psychiatric Association, 2014) con ansiedad leve, de inicio temprano con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual de gravedad leve; pues, tal y como constaba en su historia clínica, llevaba cumpliendo criterios de depresión mayor desde hacía al menos 4 años. Esto coincide con la evaluación realizada, que, como hemos visto, incluyó el cuestionario BDI-II (puntuación 15,5: Depresión Leve).

También estaba presente la **Disforia de Género** (302.85 (F64.0)) (American Psychiatric Association, 2014), dado que René se identificaba como una persona de género no binario y esta incongruencia entre su género de nacimiento (mujer) y el que sentía como propio (neutro) llevaba asociado un evidente malestar.

El **trastorno de excoriación** (698.4 (F42.2)) (American Psychiatric Association, 2014) se caracteriza por el rascado recurrente, lo que origina lesiones en la piel, y por repetidos intentos para disminuir o cesar dicho rascado. Al ser preguntado por este aspecto, René mencionó que en momentos de mucho estrés tenía tendencia a rascarse heridas, y que las marcas que esto le provocaban en la piel le avergonzaban, lo cual aumentaba su retraimiento social. En el momento en que le conocí, René no parecía preocupada por este aspecto, ni que le causara ningún malestar o deterioro significativo, por lo que entendemos que, aunque

puntualmente seguía teniendo algún episodio de rascado, no cualificaría para recibir este diagnóstico.

Respecto a los indicadores que llevarían a plantear el posible **trastorno del espectro del autismo** (TEA) (299.00 (F84.0)) (American Psychiatric Association, 2014), vemos que las dificultades en la reciprocidad socioemocional de René, así como su excesiva rigidez, sus intereses restringidos y las especiales sensibilidades sensoriales, (como su sensibilidad a la luz y a algunos sonidos, y la imposibilidad de tocar determinadas texturas), serían compatibles con este diagnóstico (American Psychiatric Association, 2014). Por otra parte, tal y como plantean Fernández Jaén y colaboradores, (Fernández-Jaén, Martín Fernández-Mayoralas, Calleja-Pérez, & Muñoz Jareño, 2007) las personas con Síndrome de Asperger tienen un riesgo elevado de presentar trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tics, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno por ansiedad generalizada. Sabemos, también, que el autismo está relacionado con menos relaciones afectivas y sexuales (Hervas & Pont, 2020) y con una mayor probabilidad de orientación sexual minoritaria (Rudolph, Lundin, Åhs, Dalman, & Kosidou, 2018). René presenta síntomas de varios de esos trastornos comórbidos, así como la disforia de género mencionada, lo que podría apoyar el diagnóstico de TEA. Por todo esto, decidimos pasarle los cuestionarios ya mencionados que ayudan a descartar el posible Asperger en adultos. Los autores plantean que además del Evaluador de Asperger en Adultos (Baron-Cohen, Wheelwright, Robinson, & Woodbury-Smith, 2005), en el que René está muy cerca de cumplir con los síntomas requeridos para que un paciente reciba el diagnóstico de síndrome de Asperger, deben considerarse los resultados obtenidos en los cuestionarios del Cociente de Espectro Autista (Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, & Joanne, 2001) y del Cociente de Empatía (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Vemos que René obtiene valores clínicamente significativos en ambos. Los resultados de su perfil MMPI-2 (Anexo 3) también apoyan parcialmente este diagnóstico, puesto que algunos

de los apuntalamientos de René (puntajes altos en la escala clínica 0 (Si), la escala de contenido de malestar social (SOD) y la escala INTR (Introversión) del grupo de escalas psicopatología de la personalidad cinco (PSY-5)) coinciden con los que se consideran consistentes con el cuadro clínico del síndrome de Asperger y el autismo de alto funcionamiento en la edad adulta (Ozonoff, Garcia , Clark , & Lainhart , 2005).

Por todo esto, entendemos que, aunque no podemos confirmar un diagnóstico de TEA, tampoco podemos descartarlo, y que en cualquier caso deberíamos plantearnos que el funcionamiento de René está dentro de lo que se denomina el fenotipo ampliado del autismo⁹.

Por otra parte, algunos de esos rasgos podrían explicarse desde su patrón apego evitativo. Como hemos comentado anteriormente, las personas con patrones de vínculo evitativo, suelen presentar dificultades en las competencias sociales, dado que se adaptaron, relacionándose de manera distante o reservada para evitar la dependencia de los demás en el futuro. Este rasgo, al estar presente desde edades muy tempranas, puede llegar a considerarse innato, en lugar de entenderse como adaptativo al contexto de su infancia (Siegel, 2016). Por otra parte, los aspectos culturales relacionados con su origen polaco comentados, también podrían explicar, en parte, algunos de estos comportamientos.

Pensamos que estos marcados rasgos evitativos se explicarían mejor como un **trastorno de la personalidad evitativa** (301.82 (F60.6)) (American Psychiatric Association, 2014), dado que la inhibición social de René, su hipersensibilidad a la evaluación negativa, y la evitación social que se observa en su funcionamiento, le causan un cierto deterioro funcional, y un claro malestar subjetivo. El perfil del MMPI-2 de René también reforzaría este diagnóstico, puesto que las escalas que más se correlacionan con el trastorno de la personalidad evitativa son la escala clínica de introversión social (Escala O, denominada Si),

⁹ El fenotipo ampliado del autismo, es un término que se refiere a la presencia de niveles subclínicos de síntomas de autismo que existen fuera del límite categórico para el diagnóstico (Sasson, Nowlin, & Pinkham, 2012).

la escala de contenido de Incomodidad social (SOD) y la escala de los 5 de personalidad psicopatológica (PSY) Introversión / escasa emocionalidad positiva (INTR) (Wygant, Sellbom, & Graham, 2006), que son 3 de las escalas más destacadas de René.

Aunque en un primer momento consideramos la posibilidad de que se tratara de un trastorno de personalidad esquizoide, creemos que podemos descartarlo pues, aunque comparte con el trastorno de personalidad evitativo el aislamiento social, las personas con personalidad evitativa desean relacionarse con los demás y sienten su soledad, mientras que aquellos con trastorno de personalidad esquizoide suelen preferir este aislamiento (American Psychiatric Association, 2014). Por otra parte, vemos también en René síntomas de una personalidad obsesiva, como su preferencia por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, pero, tras nuestra evaluación, no consideramos que estos rasgos sean tan acusados como para poder justificar un diagnóstico de trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.

En cualquier caso, entendemos que lo importante no es tanto establecer unas etiquetas diagnósticas determinadas, sino atender los problemas y dificultades de René. Éstos han quedado suficientemente detallados en el apartado de problemas y metas del cliente, y están recogidos en la formulación clínica que veremos a continuación.

Formulación clínica

Teniendo en cuenta todo lo comentado hasta ahora, planteamos la formulación clínica del caso de René, que hemos recogido en la Figura 2. Como vemos, el efecto de los factores de riesgo distales (su temperamento y sus experiencias tempranas en las que no se atendieron adecuadamente sus necesidades emocionales) sobre los problemas que René presenta en estos momentos, está mediado por factores de riesgo próximos (los esquemas precoces desadaptativos y sus rasgos rígidos de personalidad). Los factores de riesgo distales puede

entenderse mejor como características que aumentan la vulnerabilidad de una persona a experimentar un riesgo próximo; los factores de riesgo próximos se desencadenan por acontecimientos de la vida actual, (en este caso la experiencia de fracaso en sus estudios, que activan sus EPD subyacentes), y se mantienen mediante estrategias de afrontamiento relacionadas con la evitación (evitación del esquema) y modelos operantes internos que conducen al mantenimiento de los comportamientos que refuerzan el esquema y mantienen las dificultades (Renner, Arnoud, Peeters, Lobbestael, & Huib, 2016).

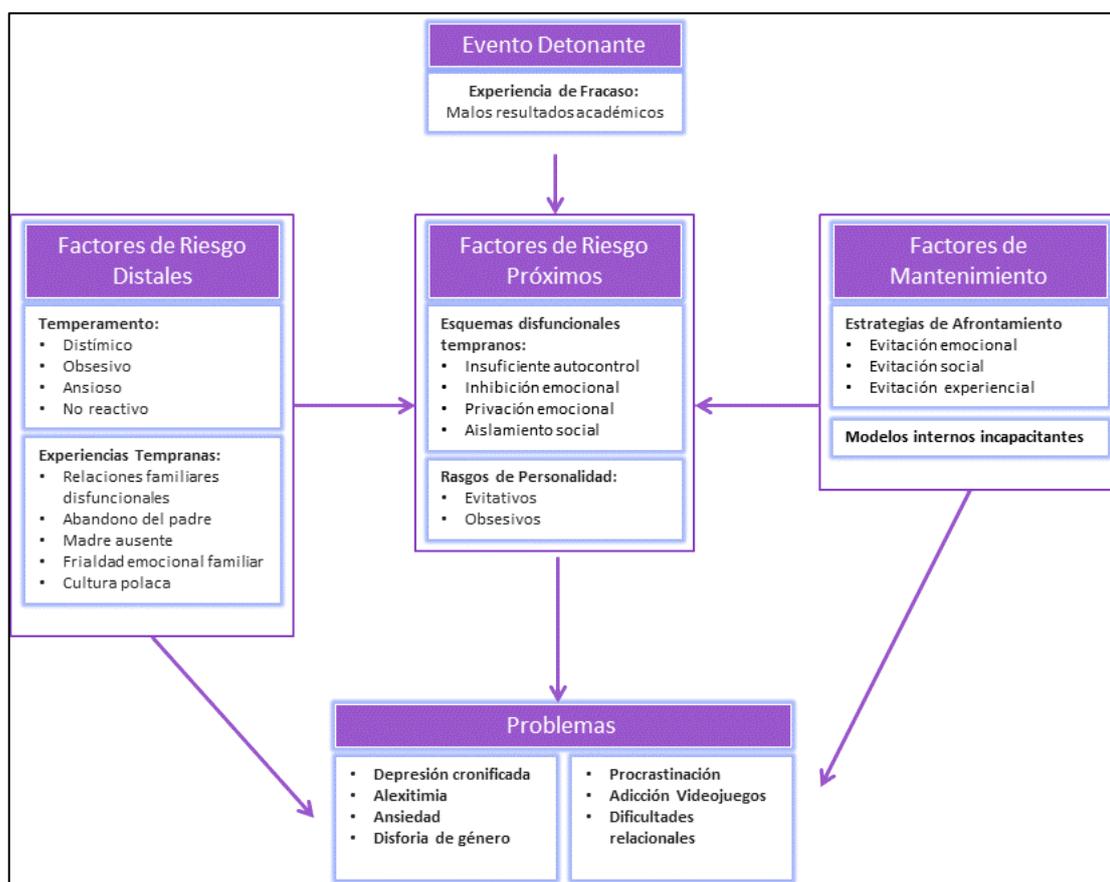


Figura 2

Formulación clínica

Según el modelo de temperamento emocional de Young y Klosko (2013), el de René se podría definir como distímico, obsesivo, ansioso, no reactivo y vergonzoso. Este

temperamento interactúa con las experiencias dolorosas de la infancia para dar lugar a los EPD identificados.

En el caso de René, experimentar la negligencia emocional y la frustración tóxica de sus necesidades podría haber aumentado su vulnerabilidad a desarrollar el *esquema de privación emocional*. Este esquema se relaciona directamente con la sintomatología depresiva de René, sus dificultades para establecer relaciones de intimidad y su inseguridad respecto a su identidad de género.

En segundo lugar, vemos en René un excesivo énfasis en la racionalidad, pasando por alto sus necesidades emocionales, propio del *esquema de inhibición emocional*. La frialdad del trato de sus cuidadores principales y la necesidad de inhibir y controlar su espontaneidad, pudieron hacer que se olvidara de ser natural y de jugar, aumentando su vulnerabilidad a desarrollar este esquema. El origen del mismo con frecuencia se relaciona con haber sido avergonzados por las figuras de referencia cuando de niños mostraron emociones de forma espontánea (Young & Klosko, 2013), René recuerda cómo su abuela le decía que mostrar excesiva alegría era de tontos. Este esquema también tiene componentes culturales; como hemos visto, la cultura polaca de René sobrevalora el autocontrol emocional. El esquema de inhibición emocional estaría directamente relacionado con la alexitimia y de manera indirecta con la depresión y las dificultades relacionales.

Por otra parte, el *esquema de insuficiente autocontrol*, que se relaciona directamente con la procrastinación y el excesivo tiempo de dedicación a los videojuegos de René, y de manera indirecta con la sintomatología depresiva, se refiere a su dificultad para disciplinarse y perseguir sus objetivos a largo plazo. En muchos casos el origen de este esquema se relaciona con la falta de límites en la infancia, niños que han pasado mucho tiempo solos y han debido ocuparse de ellos mismos (Young & Klosko, 2013). René mencionó: “No recuerdo muchos

momentos en los que alguien me guiara. Yo mi guiaba por mi mismo, hasta escogía mi ropa en preescolar, y en primaria me hacía la comida. Me hicieron crecer demasiado pronto”.

Por último, su *esquema de aislamiento social*, la sensación de estar aislado, marginado, es propia de personas que crecieron sintiéndose diferentes, como René, y cuyas necesidades emocionales no fueron atendidas de manera previsible y sensible, lo que les llevó a adaptarse evitando la dependencia de los demás y relacionándose de manera distante o reservada. Elle reconoce que le costaba mucho hacer amigos, se sentía rechazado y excluido. Esto le llevó a evitar los grupos, lo que complicaba el establecimiento de relaciones de amistad y mantenía esta percepción de aislamiento. Este esquema se relaciona directamente con sus actuales dificultades relacionales y de manera indirecta con la sintomatología depresiva, por la ausencia de reforzadores sociales.

Formulación del plan de tratamiento

Sabemos que los sistemas diagnósticos crean categorías aisladas, independientes unas de otras, cuando en realidad en el comportamiento desadaptativo se pueden identificar una serie de componentes claves nucleares comunes a varios trastornos. Esta perspectiva transdiagnóstica puede plantearse como un modo alternativo de entender la psicopatología, según el cual la intervención no debería estructurarse en base a los trastornos psicopatológicos enmarcados en sistemas de clasificación clásicos, es decir, sobre trastornos específicos; sino en las variables cognitivas, comportamentales y emocionales vinculadas y subyacentes a los diferentes trastornos. Esta aproximación transdiagnóstica no supone en ningún caso una colisión frontal con los sistemas DSM, no trata de sustituirlos o eliminarlos, sino más bien completarlos dándole un peso relevante a los procesos comunes (Vázquez, Sánchez, & Romero, 2014).

El modelo de terapia de esquemas (Young & Klosko, 2013) nos permite utilizar los esquemas precoces desadaptativos como variables a tomar en consideración desde una perspectiva transdiagnóstica (Mirapeix, 2017). Por ese motivo, y porque las dificultades psicológicas generalizadas a largo plazo de René no habían respondido a las terapias tradicionales, hemos considerado oportuno trabajar con él desde este modelo. Revisando la literatura hemos podido encontrar que Vuijk y Arntz (2017) diseñaron un protocolo específico de terapia de Esquemas para pacientes con trastornos de personalidad y rasgos de autismo. Los resultados finales del seguimiento a 10 meses están pendientes de publicar, pero los autores se muestran positivos respecto al efecto que este enfoque ha tenido en sus pacientes (Vuijk & Arntz, 2017). Esta experiencia nos confirma que el enfoque de terapia de esquemas puede ser beneficioso para René.

Primera fase: Evaluación y educación

El primer objetivo de la terapia de esquemas es la conciencia psicológica. Por este motivo, se compartió con René el concepto de los EPD y sus orígenes en la infancia. En esta fase, los esfuerzos se centraron en que René fuera capaz de identificar y activar sus esquemas desadaptativos tempranos y se hiciera consciente del papel que juegan esos esquemas y sus estrategias de afrontamiento a la hora de mantener patrones de vida disfuncionales. Para ello, hicimos una revisión de su vida, identificando aquellos patrones que relacionaban sus problemas actuales con sus orígenes históricos. Para completar esta información, pedimos a René que cumplimentara el cuestionario de Esquemas de Young y Brown (Cid, Tejero, & Torrubia, 1997) y comentamos juntos el resultado. Tras esta evaluación llevamos a cabo la conceptualización del caso que puede verse en el anexo 4.

Segunda fase: Fase de cambio

Como se ha comentado, la terapia de esquemas combina de manera flexible y creativa técnicas cognitivas, conductuales, experienciales e interpersonales, y otorga un peso muy relevante a la relación terapéutica. En esta segunda fase, por tanto, fuimos aplicando técnicas orientadas a trabajar con los esquemas desadaptativos identificados, adaptándonos en todo momento a las necesidades expresadas por René. Realizamos intervenciones cognitivo-conductuales fundamentalmente para enfocar las cogniciones y creencias disfuncionales, y para trabajar en el desarrollo de habilidades. Por otra parte, llevamos a cabo intervenciones experienciales para alterar el significado de las experiencias de la niñez y de situaciones presentes y futuras que han causado o contribuido a las creencias centrales negativas. Las técnicas y estrategias concretas utilizadas con René se encuentran resumidas en la Tabla del anexo 5.

Curso de la terapia

Tal y como mencionamos al inicio, la psicoterapia se llevó a cabo a través de videoconferencias semanales. En total se llevaron a cabo 35 sesiones, entre mayo del 2020 y enero de 2021 supervisadas por mis tutores los doctores Álvaro Frías y Carol Palma. Desarrollaré aquí algunos de los aspectos que me parecen más relevantes del curso de la terapia.

En el caso de René, resultaba especialmente necesario y retador el trabajo emocional.

Su alexitimia y su tendencia a mantenerse en un plano muy racional, se alineaban con mi estilo también más cognitivo que emocional. Sabiendo de la importancia de abordar este plano, hicimos ambas un esfuerzo especial, y por ello dedicamos gran parte de nuestro tiempo a abordar los EPD desde la esfera experiencial y emocional. Las técnicas experienciales que resultaron más efectivas fueron el ejercicio de la silla vacía para expresar la ira y el dolor ante

el padre que no le atendió física ni emocionalmente, la carta a su madre para expresar su decepción y tristeza por su ausencia, la técnica de las dos sillas para elaborar el conflicto entre partes de él mismo que están en la base de su procrastinación, y la técnica EMDR (Eye Movement Desensitization and reprocessing) (Shapiro, 2004), para acceder y procesar memorias de privación emocional y de marginación y aislamiento social de la infancia. Se presenta como anexo 6 el ejercicio de la carta a su madre, como anexo 7 la transcripción de la sesión de dos sillas utilizada para trabajar la procrastinación, como anexo 8 el protocolo de aplicación de la terapia EMDR, y como anexo 9 la transcripción y comentario de una de las sesiones de EMDR llevada a cabo con René.

Como acabamos de mencionar, dentro de las técnicas experienciales, y **de una manera**  **tan heterodoxa,** se ha incluido la técnica EMDR. Ésta ha sido descrita como una técnica psicoterapéutica que facilita el procesamiento de la información y posibilita la integración de los recuerdos traumáticos que pueden estar en el origen del malestar de un paciente (Shapiro, 2004). Aunque el EMDR se desarrolló como un tratamiento para el estrés post traumático, se ha utilizado desde entonces en otros muchos problemas de salud mental, dado que los recuerdos traumáticos juegan un papel importante en estos trastornos y el EMDR podría ayudar a reprocesar estas memorias de manera más eficiente. Aunque aún no existe suficiente evidencia para recomendarlo para trastornos diferentes al estrés post traumático, sí se están realizando diversos estudios con resultados alentadores, por lo que se ha considerado interesante incluirlo dentro del conjunto de técnicas utilizadas, para potenciar las estrategias experienciales del tratamiento, y trabajar especialmente el esquema de privación emocional, (Cuijpers, van Veen, Sijbrandij, Yoder, & Cristea, 2020).

Como sabemos, en la terapia de esquemas la relación terapéutica es uno de los componentes primarios del cambio (Young & Klosko, 2013), por ello, creo que merece especial atención el proceso de construcción de la alianza terapéutica entre René y yo. Como

ya se ha comentado, las circunstancias en las que nosotros empezamos a colaborar eran atípicas. René estaba confinada, como todos nosotros, y nuestra relación comenzó siendo de mero seguimiento telefónico, para asegurar unos mínimos hábitos de vida saludable. Desde su modo protector aislado, René inició su relación conmigo en un plano muy superficial, compartiendo muy poco de su intimidad y ciñéndose al relato de su día a día más actual. Esta relación se alargó en el tiempo y fue ganando profundidad y peso hasta llegar a una relación terapéutica que considero, a día de hoy, muy firme. René fue abriéndose muy poco a poco; según fuimos avanzando mostró más interés en participar y logró comenzar a trabajar los aspectos emocionales más dolorosos. Su natural curiosidad científica y sus ganas de mejorar hicieron que participara de manera cada vez más entusiasta en nuestras sesiones, e incluso llegara a proponer la cumplimentación cuestionarios y escalas extra para profundizar en nuestro conocimiento y facilitar la redacción del presente trabajo. Actualmente considero que tenemos una buena relación terapéutica, basada en la confianza y el respeto, lo que nos ha permitido realizar un buen trabajo conjunto.

Las estrategias y procedimientos terapéuticos específicos utilizados se encuentran recogidos a modo de resumen en el anexo 5.

Evaluación final del proceso y resultado de la terapia

En el momento de redacción de este trabajo, René ha progresado sustancialmente en todas las metas que se plantearon en un inicio. Como podemos observar en la Tabla 3, las medidas psicométricas que se plantearon para valorar la evolución, han mejorado considerablemente.

Tabla 3.

Evolución de los indicadores psicométricos.

Dificultad	Instrumento de medición	Puntuaciones		
		Mayo-Junio	Octubre- Noviembre	Enero
Depresión	BDI-II	15,5	4	5
Procrastinación	Escala de procrastinación general	70	53	49
Alexitimia	TAS-20	64	45	36
Horas diarias videojuegos	Autoinformes	11 horas	4-5 horas	Entre semana menos de 1 hora, fines de semana 4 horas
Esquemas desadaptativos precoces	CYV-VR			
	○ Insuficiente autocontrol:	○ 25	○ 18	○ 14
	○ Inhibición emocional:	○ 23	○ 17	○ 15
	○ Privación emocional:	○ 19	○ 19	○ 16
	○ Aislamiento social:	○ 18	○ 11	○ 13

Vemos cómo, según el BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 2011), en estos momentos y desde octubre, René ya no cumpliría criterios de trastorno depresivo. Esto se ve reflejado en una vivencia mucho más positiva de su día a día, mejor estado de ánimo, hábitos de vida más ordenados y saludables, menor sentimiento de fracaso y un mayor disfrute de las actividades que lleva a cabo.

Uno de los aspectos que más preocupaban a René era su tendencia a la procrastinación. Como podemos ver en la Tabla 3, sus niveles actuales están muy por debajo de los 62 puntos que se establecen como punto de corte de la tendencia a procrastinar. Además de esto, René logró matricularse en el módulo que se propuso como puente hacia la universidad, se

incorporó a sus clases en octubre y está realizando sus exámenes con calificaciones notables y excelentes. Esta mejora de su procrastinación ha ido en paralelo con la reducción de las horas dedicadas a los videojuegos. Como vemos, cuando iniciamos nuestra terapia, René se pasaba hasta 11 horas seguidas jugando, mientras que ahora apenas juega entre semana, y los fines de semana dedica una media de 4 horas diarias. La mejora en este aspecto puede verse también reflejada en la evolución del esquema de insuficiente autocontrol que, como vemos, ha pasado de 25 a 14 puntos.

Respecto a su alexitimia, vemos como según la escala de Alexitimia de Toronto (Martínez-Sánchez, 1996) la puntuación actual indica ausencia de alexitimia, pasando de 64 a 36 puntos. Aunque la inclinación natural de René es la de mostrar sus emociones de manera tímida y solo en entornos muy seguros, él siente que ahora es más capaz de identificarlas, ponerle palabras y compartirlas. Su mejoría, por tanto, se ha traducido en una menor alexitimia cognitiva. El reto continúa siendo mejorar su alexitimia afectiva, es decir, que se permita activar y compartir un mayor registro e intensidad emocional. Esta mejora también puede constatarse en los resultados obtenidos en las sucesivas mediciones realizadas a través del cuestionario de esquemas de Young (Cid, Tejero, & Torrubia, 1997) pues como vemos, el esquema de inhibición emocional también se ha reducido considerablemente pasando de 23 a 15 puntos.

Esta mejora en su expresividad emocional se relaciona, también, con el avance en cuanto a sus dificultades relacionales. En estos momentos este tema continúa siendo un reto para René, pero se han producido avances en este aspecto. En el grupo de terapia del hospital que participa René, se muestra más abierto y amigable con las compañeras, en el grupo de clase ha establecido alguna relación con los compañeros, y tiene planes para ampliar su grupo de amigos, aceptando invitaciones que hasta ahora había rechazado. Ha logrado también relacionarse en un plano algo más profundo con dos de sus amigas y continúa haciendo

esfuerzos en esta línea. Este trabajo podemos verlo también reflejado en la mejora de sus puntuaciones en el EPD de aislamiento social, que se ha reducido considerablemente pasando de 18 puntos a 13 a lo largo del proceso.

Por su parte, el trabajo hecho en relación al EPD de privación emocional le ha permitido una mayor integración de las figuras de sus padres. La idealización que se percibía en un inicio de la imagen de su madre ha dado paso a una comprensión más integrada de su figura, reconociendo el papel que ésta ha jugado en las carencias actuales de René, y por otra parte, las privaciones que su madre había sufrido, y que están en el origen de sus propias limitaciones emocionales. René se ha permitido experimentar la rabia que siente por el hecho de que la madre la haya abandonado en España y la haya puesto en medio de la relación con el padrastro, y la decepción que siente cuando va a visitarla a Polonia y ésta no le dedica el tiempo de calidad que él esperaría compartir. Aunque ha habido mejoras en este sentido, que se ven reflejadas en las puntuaciones del último cuestionario de Young, (que pasan de 19 a 16 puntos), aún queda trabajo por hacer, especialmente en la integración de las figuras del padre, por un lado y del padrastro por otro; pero ya se ha dado un primer paso en la comprensión de las limitaciones de ambos, su relación con su comportamiento hacia él y cómo el trato recibido por ambos ha influido en sus dificultades actuales.

La inseguridad respecto a su identidad de género se ha trabajado especialmente a través de la mejora de los esquemas de inhibición emocional y aislamiento social. Por otra parte, y previo al trabajo de esquemas, su psicoterapeuta, el Dr. Frías, planteó la conveniencia de que René se presentara a los demás usando el género neutro y un nombre no binario, para reafirmar su identidad. Sabemos que el uso del lenguaje puede excluir a las personas de género no binario. El género gramatical con el que alguien se refiere a sí mismo y con el que le trata el resto tiene una gran repercusión social e identitaria; determina nuestra forma de relacionarnos en sociedad y de ser reconocidos por los demás, y tiene un impacto directo en

nuestra identidad. Por ello, numerosos colectivos cercanos a los movimientos LGTB¹⁰ reivindican un uso neutro e inclusivo del lenguaje. En una lengua tan articulada en una lógica binaria como el español, una de las propuestas que se plantean con más fuerza para lograr este uso neutro del lenguaje es el empleo de la “e” al final de los pronombres, sustantivos y adjetivos (Fernández Casete & Martínez Odriozola, 2018). Por ello, desde mi punto de vista, este uso consistente del género neutro por parte del equipo terapéutico y de sus compañeros del grupo de terapia, ha tenido un gran efecto en la mejora de la disforia que René sentía respecto a su identidad. René se siente mucho más validado y cómodo ahora presentándose como persona de género no binario, y su nivel de sufrimiento al respecto es claramente menor. El diagnóstico clínico de la disforia de género se centra en la disforia o malestar, no en la identidad propiamente dicha (American Psychiatric Association, 2014), por ello, aunque queda camino por andar en este sentido, podríamos considerar que en estos momentos René estaría más lejos de poder recibir el diagnóstico de disforia de género que al inicio de la terapia, y su sufrimiento ligado a este aspecto se ha reducido considerablemente.

En definitiva, podemos afirmar que René ha retomado hábitos de vida más saludables, se ha re-incorporado a los estudios y los está abordando con menor procrastinación y de manera adaptativa, se ha abierto a relacionarse con más personas, se considera más capaz de reconocer y exteriorizar sus emociones, se muestra más segura en relación a su identidad de género y ha realizado buenos *insights* al respecto del papel que la relación con sus padres ha jugado en sus dificultades actuales, integrando sus figuras de manera más adaptativa.

Conclusiones

Los buenos resultados obtenidos a lo largo de estos meses de terapia son mérito fundamentalmente de René, cuyo compromiso con la intervención ha sido enorme, y del

¹⁰ LGBT es la sigla compuesta por las iniciales de las palabras Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transgénero.

equipo de salud mental del Hospital de Mataró, especialmente su psicoterapeuta principal, el Dr. Álvaro Frías y su psiquiatra de referencia, que le han dado un seguimiento psicoterapéutico y psicofarmacológico cercano durante todo el proceso. Me siento muy agradecida de haber podido formar parte del equipo de apoyo a René y muy orgullosa de sus avances.

Con todo, este trabajo, adolece de numerosas limitaciones, siendo la primera de ellas, la corta duración de la terapia. La terapia centrada en esquemas puede ser breve, es decir, durar unas 35 sesiones, o extenderse mucho más tiempo, en función de la gravedad y dificultad del caso tratado (Young & Klosko, 2013). En un caso como el de René, entendemos que este proceso podría darse por concluido como una terapia breve de 35 sesiones, puesto que su avance ha sido rápido y su compromiso muy alto, pero desde que iniciamos el trabajo con esquemas, hemos realizado un total de 26 sesiones con él. Entendemos, por tanto, que queda trabajo pendiente. Para poder darle un buen cierre al proceso deberíamos procurar que éste incluyera reforzar los cambios logrados, anticipar futuras dificultades, ensayar alternativas de resolución posibles y ampliar sus recursos para facilitarle la posibilidad de detectar y actuar rápidamente ante el posible resurgimiento de alguno de sus EPD.

Otra de las limitaciones del trabajo ha sido que, a nivel psicométrico, tanto el MMPI-2 como las evaluaciones relativas al TEA se han hecho casi al finalizar el proceso, por lo que no podemos valorar su posible evolución. La atípica manera de empezar a trabajar, avanzando desde un encargo de seguimiento telefónico hasta una psicoterapia de esquemas ha conllevado un cierto desorden en el proceso, que hubiera sido distinto de haberse previsto este enfoque desde el inicio.

Como he comentado, otra de las limitaciones con las que yo como terapeuta de René he tratado de lidiar, es nuestra tendencia a ceñirnos a los aspectos más cognitivos de la terapia,

terreno en el que ambos nos sentimos cómodos, pero que, como sabemos, limita el cambio terapéutico profundo que René requiere. Este es un aspecto que hemos tenido muy presente a lo largo de la terapia y hemos tratado de corregir, creo que de manera relativamente exitosa.

La realización de este trabajo psicoterapéutico ha sido para mí una gran experiencia de aprendizaje. Tener la oportunidad de llevar a cabo una terapia tan compleja, de manera autónoma, pero con la seguridad de la gran red que me soportaba, ha resultado tremendamente enriquecedor y creo que fundamental en mi formación como psicóloga general sanitaria. Espero de corazón que la experiencia haya resultado para René tan valiosa como para mí, y que los buenos resultados obtenidos puedan mantenerse en el tiempo, para que pueda seguir creciendo y brillar con luz propia, como la gran persona que es.

Referencias

- Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NY: Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ª ed.). Madrid: Editorial médica Panamericana.
- Arancibia, M., & Behar, R. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(1), 24-34.
- Ávila, A., & Jiménez, F. (1996). The Castilian Version of the MMPI-2 in Spain: Development, Adaptation. 305-328.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163-175.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Robinson, J., & Woodbury-Smith, M. (2005). The Adult Asperger Assessment (AAA): A Diagnostic Method. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(6), 807-819.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., & Joanne, M. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 5-17.
- Basabe, N., Páez, D., Valencia, J., González, J., & Rimé, B. (1999). El Anclaje Sociocultural de la Experiencia Emocional de las Naciones: un análisis colectivo. *Boletín de Psicología*, 62, 7-42.

- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: (J. Sanz, & C. Vázquez, Trans.)* Madrid: Pearson.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Butcher, J., Dahlstrom, W., Graham, J., Tellegen, A., & Kaemer, B. (1989). *Manual for the reestandaridized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cid, J., Tejero, A., & Torrubia, R. (1997). Adaptación española del Cuestionario de Esquemas de Young (Spanish version of the Young Schema Questionnaire).
- Cramer, A. O., Waldorp, L., van der Maas, H., & Borsboom, D. (2010). Comorbidity: A network perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, *33*, 137-193.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Gerhard, A. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *30*(1), 51-62.
- Cuijpers, P., van Veen, S. C., Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *49*(3), 165-180.
- Fernández Casete, J., & Martínez Odriozola, L. (2018). *Uso inclusivo del castellano*. Bilbao: Dirección para la Igualdad de la UPV/EHU y Pikara Magazine.
- Fernández, I., Carrera, P., Sánchez, F., Paez, D., & Candia, L. (2000). Differences between cultures in emotional verbal and non-verbal. *Psicothema*, *12*, 83-92.

Fernández-Jaén, A., Martín Fernández-Mayoralas, D., Calleja-Pérez, B., & Muñoz Jareño, N. (2007). Síndrome de Asperger: diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 44(Supl 2), 53-55.

Fonseca-Pedrero, E. (2018). Análisis de redes en psicología. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 39(1), 1-12.

Hervas, A., & Pont, C. (2020). Desarrollo afectivo sexual en personas con trastorno del espectro autista. *MEDICINA*, 80(Supl. II), 7-11.

Hofstede, G. (2010). *Cultures and Organizations. Software of the mind*. London: McGraw-Hill.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Saarinen, P., Lehtonen, J., & Viinämäki, H. (2000). Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 303-308.

Kobak, R., & Bosmans, G. (2019). Attachment and Psychopathology: A Dynamic Model of the Insecure Cycle. *Current Opinion in Psychology*, 25, 76-80.

Koppers, D., Kool, M., Van, H., Driessen, E., Peen, J., & Dekker, J. (2019). The effect of comorbid personality disorder on depression outcome after short-term psychotherapy in a randomised clinical trial. *BJPsych Open*, 5(4), 1-9.

Lay, C. H. (1986). At last, my research article on procrastination. *Journal of Research in Personality*, 20, 474-495.

Main, M. (1995). Attachment: Overview, with implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr, *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, NY: Analytic Press.

- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7, 19-32.
- McNally, R. J. (2016). Can network analysis transform psychopathology? *Behaviour Research and Therapy*, 86, 95-104.
- Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*, 78(2), 209-218.
- Mirapeix, C. (2017). La integración más allá del diagnóstico. Aplicaciones de los nuevos modelos transdiagnósticos. *Revista De Psicoterapia*, 28(108), 15-38.
- Ozonoff, S., Garcia, N., Clark, E., & Lainhart, J. (2005). MMPI-2 Personality Profiles of High-Functioning Adults With Autism Spectrum Disorders. *Assessment*, 12(1), 86-95.
- Parker, J., Summerfeldt, L. J., Taylor, R. N., Kloosterman, P. H., & Keefer, K. V. (2013). Problem gambling, gaming and Internet use in adolescents: Relationships with emotional intelligence in clinical and special needs samples. *Personality and Individual Differences*, 55(3), 288-293.
- Renner, F., Arnoud, A., Peeters, F., Lobbestaël, J., & Huib, M. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 66-73.
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I., & Huibers, M. (2013). Treatment for Chronic Depression Using Schema Therapy. *Clinical Psychology: Science and practice*, 20(2), 166-180.

Rudolph, C. E., Lundin, A., Åhs, J. W., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Brief Report: Sexual Orientation in Individuals with Autistic Traits: Population Based Study of 47,000 Adults in Stockholm County. *J Autism Dev Disord*, 48, 619-624.

Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 361-331.

Sánchez, R. O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 8(2), 163-173.

Santelices Álvarez, M. P., Guzmán González, M., & Garrido Rojas, L. (2011). Apego y Psicopatología: Estudio comparativo de los estilos de apego en adultos con y sin sintomatología ansioso-depresiva. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, XX(1), 49-55.

Sasson, N. J., Nowlin, R. B., & Pinkham, A. E. (2012). Social cognition, social skill, and the broad autism phenotype. *Autism*, 17(6), 655-667.

Shapiro, F. (2004). *Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. México D.F.: Pax México.

Siegel, D. J. (2016). *La mente en desarrollo* (3ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Spitzer, R., Williams, J., & Gibbon, M. (1989). Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Axis II. SCID-II. Rev. *Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute*.

Taylor, C., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy*, 456-479.

- Taylor, G., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1992). The Revised Toronto Alexithymia Scale: Some Reliability, Validity, and Normative Data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 34-41.
- Vázquez, C., Sánchez, Á., & Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: usos y limitaciones de los sistemas DSM y CIE. In V. E. Caballo, I. C. Salazar, & J. Carrobes, *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 93-124). Pirámide.
- Vílchez, E. R. (2009). La Terapia centrada en Esquemas de Jeffrey Young. *Avances en Psicología*, 17(1), 59-74.
- Vuijk, R., & Arntz, A. (2017). Schema therapy as treatment for adults with autism spectrum disorder and comorbid personality disorder: Protocol of a multiple-baseline case series study testing cognitive-behavioral and experiential interventions. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 5, 80-85.
- Wygant, D. B., Sellbom, M., & Graham, J. (2006). Incremental Validity of the MMPI-2 PSY-5 Scales in Assessing Self-Reported Personality Disorder Criteria. *Assessment*, 13(2), 178-186.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J., & Klosko, J. (2013). *Terapia de esquemas. Guía práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Anexos

Anexo 1: Dimensiones y principales esquemas desadaptativos tempranos

Dimensión: Desconexión y rechazo

Abandono/inestabilidad se refiere a la creencia de que los demás no pueden darnos un apoyo fiable y estable.

Desconfianza/abuso. El individuo espera que los demás lo hieran o se aprovechen de él.

Privación emocional refleja la creencia en que no lograremos nuestras necesidades de apoyo emocional, sobre todo, en relación a la alimentación, la empatía y la protección.

Imperfección/ vergüenza, recoge la visión de uno mismo como antipático e indeseable socialmente.

Aislamiento social, describe la creencia en que uno no es parte del grupo o la comunidad, que uno está solo y que es diferente de los demás.

Dimensión: Deterioro en autonomía y ejecución

Dependencia/incompetencia supone la creencia en que el individuo es incompetente y está desamparado y por tanto, necesita la asistencia de los demás para funcionar.

Vulnerabilidad al daño o la enfermedad hace que los pacientes esperen tener experiencias negativas que no controlan, tales como crisis médicas, emocionales o naturales.

Apego confuso/Yo inmaduro, se encuentra en individuos que se relacionan demasiado con personas significativas, a costa de su propio desarrollo, es decir, en aquellas personas que no consiguen desarrollar una identidad individual segura, al margen de los demás.

Fracaso refleja la visión de que el individuo ha fracasado en el pasado y continuará haciéndolo, debido a una ausencia inherente de inteligencia, talento u otras habilidades.

Dimensión: Límites inadecuados

Grandiosidad a la creencia de que el individuo es superior a los demás, pudiendo llegar a ser extremadamente competitivo o dominante.

Autocontrol insuficiente/autodisciplina se encuentra en individuos que no demuestran un autocontrol adecuado. Pueden ser impulsivos, tener dificultad con la autodisciplina y tener problemas para controlar sus emociones.

Dimensión: Dirigido por las necesidades de los demás

Subyugación, supone abandonar el control a causa de sentimientos externos de coerción. Estos individuos esperan que los demás sean agresivos, revanchistas, o los abandonen si expresan sus necesidades o sentimientos, por lo que las suprimen.

Autosacrificio aparece en individuos que descuidan sus propias necesidades de manera que pueden ahorrar el dolor a los demás.

Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento aparece en individuos que quieren ganar la aceptación de los demás, a costa del desarrollo de su propia identidad.

Dimensión: sobrevigilancia e inhibición

Negatividad/pesimismo refleja la atención sobre los aspectos negativos de la vida, así como la expectativa de que nada irá bien. Estos individuos se caracterizan por un pesimismo omnipresente, tristeza y preocupación.

Inhibición emocional se encuentra en individuos que evitan la espontaneidad para mantener la sensación de que previenen y controlan sus vidas o para evitar la vergüenza.

Metas Inalcanzables recoge la creencia en que uno debería cumplir con reglas rigurosas de actuación, autoimpuestas, normalmente para evitar la crítica.

Castigo, recoge la visión de que los individuos deberían ser fuertemente castigados por sus errores. Estos individuos no toleran sus propios errores ni los de los demás.

Anexo 2: Modos principales de Esquema

Modos de niño

1. El niño vulnerable es el niño abandonado, abusado, privado o rechazado.
2. El niño enfadado es el niño que no logra sus necesidades emocionales y reacciona con rabia.
3. El niño impulsivo/no disciplinado expresa emociones y actúa según sus deseos, sin pensar en las consecuencias.
4. El niño feliz es aquel que logra sus necesidades emocionales básicas.

Modos disfuncionales de afrontamiento

5. Rendición: El que se rinde es el niño pasivo, desamparado que deja que los demás lo controlen.
6. Evitación: El protector separado es propio del que evita el dolor psicológico del esquema mediante el abuso de sustancias, evitando a la gente, o utilizando a los demás para escapar.
7. Sobrecompensación: El sobrecompensador lucha o devuelve los golpes tratando mal a los demás o comportándose de formas extremas para invalidar el esquema.

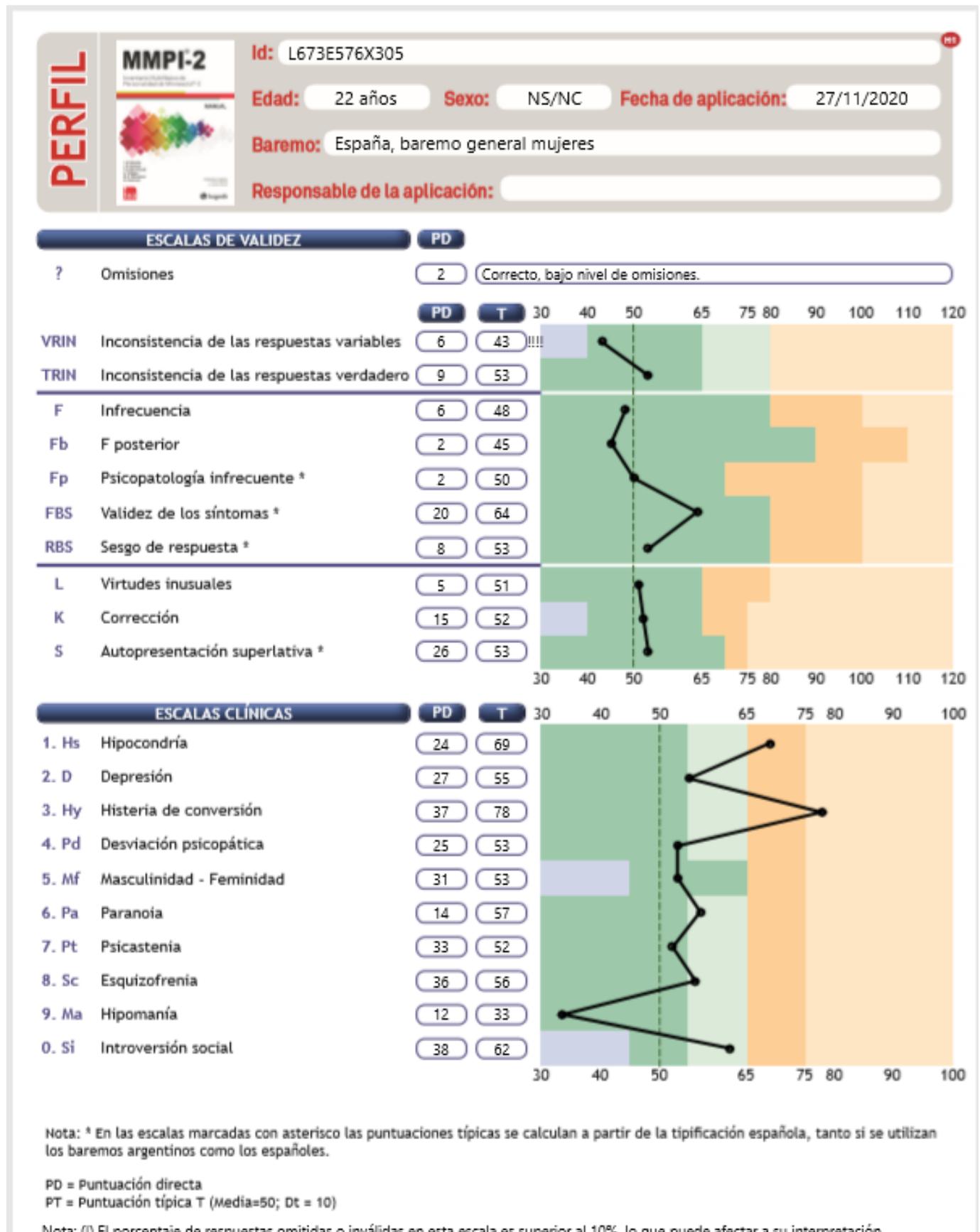
Modos paternos disfuncionales

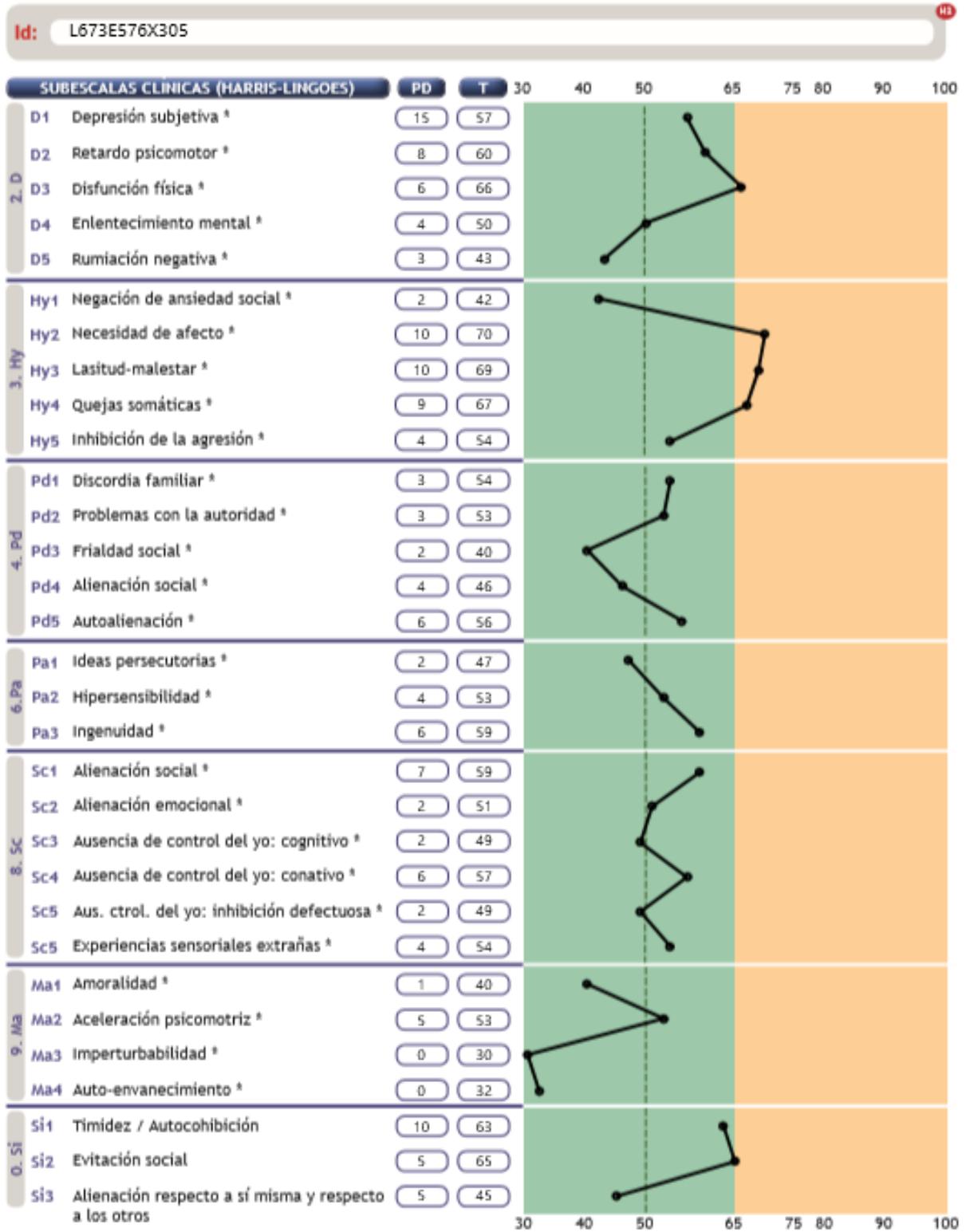
8. El padre castigador: el paciente internaliza al padre, por lo que castiga uno de sus modos infantiles por ser “malo”.
9. El padre exigente empuja y presiona al niño para que alcance estándares muy elevados.

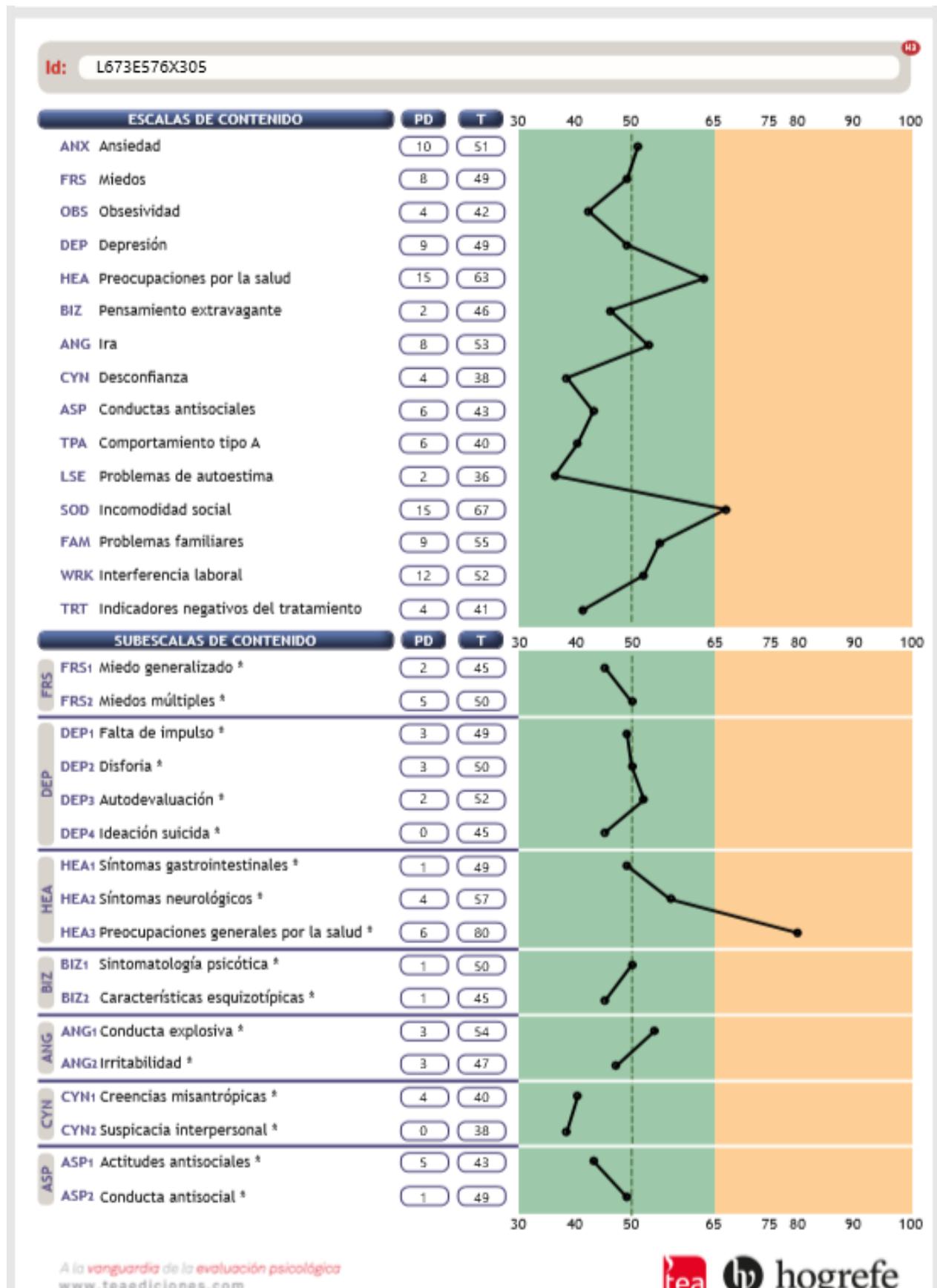
Adulto sano

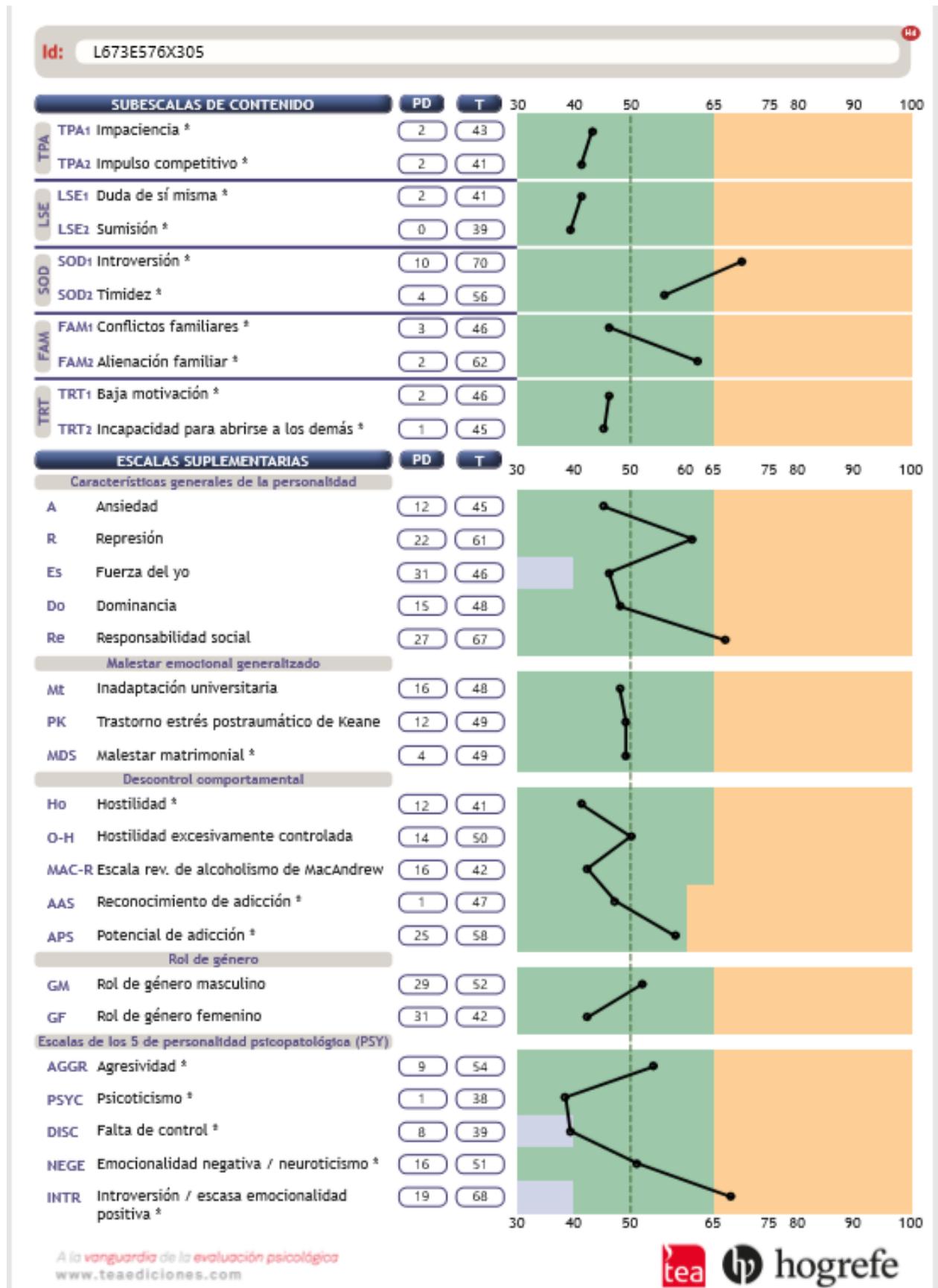
10. Es el modo que se intenta reforzar con la terapia, enseñando al paciente a moderar, apoyar o curar a los otros modos.

Anexo 3: Perfil MMPI-2 de René









Anexo 4: Formulario de conceptualización de caso para la Terapia de Esquemas (Young & Klosko, 2013)

Datos de filiación y socio-demográficos

Nombre del terapeuta: Vera Baena Nombre del paciente: René Kowalski
Edad: 22 años Origen étnico: Caucásiana
Estado civil: Soltera Hijos: Ninguno
Educación: Estudios secundarios Profesión: Estudiante

Esquemas relevantes

1. Insuficiente autocontrol (25)
2. Inhibición emocional (23)
3. Privación emocional (19)
4. Aislamiento social (18)

Problemas presentes

- Problema 1: Depresión.
 - Vínculos con esquemas: Inhibición emocional, privación emocional, aislamiento social.
- Problema 2: Procrastinación.
 - Vínculos con esquemas: Insuficiente autocontrol.
- Problema 3: Adicción a los videojuegos.
 - Vínculos con esquemas: Insuficiente autocontrol, Aislamiento social.
- Problema 4: Alexitimia.
 - Vínculos con esquemas: Inhibición emocional, privación emocional, aislamiento social.
- Problema 5: Dificultad para establecer relaciones íntimas.
 - Vínculos con esquemas: Inhibición emocional, privación emocional, aislamiento social.
- Problema 6: Inseguridad respecto a su identidad de género.
 - Vínculos con esquemas: Privación emocional, aislamiento social.

Estímulos activadores de esquemas

- Situaciones en las que siente un fracaso o una invalidación de su identidad.
- Situaciones en las que ha de llevar a cabo tareas rutinarias, que no le suponen un reto intelectual o en las que puede cometer errores.
- Situaciones sociales en grupo.
- Situaciones que requieran establecer relaciones de intimidad.

Gravedad de los esquemas, respuestas de afrontamiento y modos; riesgo de descompensación.

Los esquemas son moderadamente fuertes. Las respuestas de afrontamiento son fuertes. No ideación suicida. Bajo riesgo de descompensación.

Orígenes evolutivos

1. El padre de René era alcohólico y se fue de casa siendo ella muy pequeña (alrededor de los 2 años). La madre trabajaba mucho y tenía poco tiempo y espacio mental para René. Con frecuencia le cuidaba una vecina que le dejaba frente a la televisión la mayor parte del tiempo. Los abuelos eran muy autoritarios y distantes emocionalmente.
2. A los 12 años se trasladó a España con su madre y la pareja de ésta (René se refiere a él como padre o padrastro). Tuvo que ocultar su presencia en España a todas sus relaciones en Polonia para que no se enterara su padre biológico, que conservaba la patria potestad sobre él.
3. Hace un año su madre se volvió a Polonia. Allí tiene otra pareja pero se lo oculta a la pareja con la que convivía en Barcelona porque piensa que si se entera quizás eche a René de casa. La madre hacía a René partícipe de esto y de sus dificultades de pareja, triangulando la relación con el padrastro.

Recuerdos o imágenes nucleares de la infancia

- Escuchar una discusión fuerte entre los padres. Sentir mucho miedo y sentimiento de culpa al oír a su padre gritar (Alrededor de 3 años).
- Ser castigado durante más de un año sin comer chucherías por haber roto un pintalabios de su madre (Alrededor de 3 años).
- Estar en la guardería jugando y ser elegido en último lugar para un juego (Alrededor de 4 años).
- Quedarse en la cocina, detrás de la puerta, esperando a que su madre la atendiera, sin quererla molestar porque estaba trabajando (Alrededor de 5 años).
- Su padre prometiéndole llevarle a patinar a una pista de patinaje sobre hielo, algo que nunca cumplió (Alrededor de 7 años).
- Discusión entre su madre y su padrastro. Sensación de culpa y de no estar siendo atendido (Alrededor de 13 años).

Distorsiones cognitivas nucleares

- Soy diferente a las demás personas y difícilmente seré aceptado.
- Expresar mis emociones y sentimientos es algo inadecuado y puede ser visto como un signo de debilidad.
- No soy capaz de disciplinarme para acabar tareas rutinarias o aburridas.

Conductas de rendición

- Abandona fácilmente las rutinas cotidianas.

- Mantiene una compostura calmada y emocionalmente plana.

Conductas de evitación

- Evita las relaciones íntimas.
- Evita las situaciones sociales y los grupos.
- Evita la aceptación de responsabilidades.
- Evita las situaciones en las que se expresan sentimientos.
- Evita o pospone las situaciones o tareas cuya ejecución se juzgará.

Modos relevantes de esquemas

- Protector aislado
- Padre exigente

Relación terapéutica

René ha ido abriéndose muy poco a poco. Desde su modo protector aislado inició su relación conmigo en un plano muy superficial, compartiendo muy poco de su intimidad y ciñéndose al relato de su día a día más actual. Según fuimos avanzando René mostró más interés en participar y logró comenzar a trabajar los aspectos emocionales más dolorosos. Actualmente considero que tenemos una buena relación terapéutica.

Anexo 5: Cuadro resumen de las estrategias empleadas para el tratamiento de los esquemas

Esquema desadaptativo	Estrategias conductuales	Estrategias cognitivas	Estrategias experienciales
Insuficiente autocontrol	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de objetivos: Listado. - Planificación realista de sus tareas: Agenda. - Técnicas de auto gratificación: combinación de actividades alta y baja probabilidad de ocurrencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre la procrastinación. - Conexión de las tareas postergadas con sus objetivos a largo plazo. - Reestructuración cognitiva: <i>No soy capaz de disciplinarme para acabar tareas rutinarias.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista a la procrastinación. - EMDR para instalación de recursos. - Técnica de las dos sillas.
Inhibición emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de sus propias emociones: Diario emocional. - Expresión de sus emociones a personas significativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre las emociones. - Lecturas¹¹ - Reestructuración cognitiva: <i>Expresar mis emociones y sentimientos es algo inadecuado y puede ser visto como un signo de debilidad.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Silla vacía: expresión de la ira y el dolor ante el padre. - Carta a su madre para expresar su decepción y tristeza por su ausencia. - Expresión de la alegría: chistes, películas monólogos.
Privación emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir la intimidad con personas significativas. - Aceptar los cuidados emocionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de las necesidades emocionales insatisfechas en sus relaciones actuales. - Validación de sus necesidades emocionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios en imaginación: reconocimiento de necesidades que no fueron cubiertas. - EMDR para procesar memorias de privación emocional.
Aislamiento social	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y acercarse a grupos de personas con intereses afines. - Cultivar amistades. - Entrenamiento en habilidades sociales. - Seguir participando en la Terapia de grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva: <i>Soy diferente a las demás personas y difícilmente seré aceptado.</i> - Reestructuración cognitiva: <i>Soy poco interesante.</i> - Lectura¹² 	<ul style="list-style-type: none"> - EMDR para procesar memorias de exclusión y marginación en la infancia.

¹¹ “Agilidad emocional” (Susan David, 2016) “Lo bueno de tener un mal día” (Anabel González, 2020).

¹² “La asertividad expresión de una sana autoestima” (Olga Castanyer, 2017)

Anexo 6: Tarea para casa: Carta a su madre

Esta carta fue solicitada a René para trabajar la integración de la figura de la madre. René presentaba una imagen de su madre un tanto idealizada y mostraba una clara dificultad para reconocer los aspectos negativos: las carencias emocionales que había vivido durante su infancia y adolescencia, así como las decepciones y la rabia por su falta de atención en la época actual. El 22 de septiembre la leímos juntas:

Mamá, me pidieron que escribiera una carta sobre todas las cosas que me han hecho rabia en ti. En primer lugar siento entre resentimiento y pena y me ha dado rabia que no me protegieras lo suficiente cuando Jochen (padraastro) me gritaba. Me decías que no me preocupara y que no entrara en discusiones con él, que no me importara. Esto hacía que me sintiera frustrada e impotente.

En segundo lugar me daba rabia que cuando estabas aquí en España hablabas mucho por el teléfono, muchas veces más de una hora, pero conmigo no eras capaz de hablar ni 20 minutos o a veces en conversaciones en persona me decías que estabas cansada de la conversación conmigo. Me ha hecho triste y también siento que no estoy segura del estado de nuestra relación.

En tercer lugar me daba rabia y también me sentía impotente y dolida cuando decías cosas sobre la depresión que y el mensaje que yo recibía era que yo no intentaba salir de la depresión y que yo me explicaba que era una cosa genética y no me esforzaba para salir, Que la tenga es culpa mía.

Comentario el ejercicio:

En la reflexión posterior tras la lectura conjunta de la carta, René admitió que su escritura le había permitido pensar sobre las emociones que siente hacia su madre y que de

alguna manera las sentía más ligeras, como si se hubiera quitado un peso de encima. Aunque la carta había sido escrita en un plano aparentemente superficial y breve, centrándose en las vivencias del pasado más reciente, nos dio ocasión para seguir comentando sobre la relación entre ambas, la idealización de su figura y la inhibición de la rabia hacia ella. René se hizo consciente de que no era capaz de mostrar enfado contra la madre porque durante su infancia fue su único referente de apego y se sentía una carga para ella. Actualmente la consideraba su única referencia emocional; afirma que su relación es buena, aunque está distanciada por la relación con la nueva pareja y la tensión que esto crea entre René y su padrastro. El ejercicio nos permitió seguir integrando la figura de la madre, con sus aspectos positivos y negativos, y le brindó la oportunidad a René de hablar con la madre de ciertos temas que habían resultado muy decepcionantes para él.

Anexo 7: Transcripción de una sesión de dos sillas: *René procrastinadora* y *René motivada*

La sesión que se transcribe a continuación tuvo lugar el 17 de noviembre del 2020. En sesiones anteriores habíamos trabajado la procrastinación desde un enfoque cognitivo conductual. René conocía la teoría perfectamente, pero esta tendencia seguía resultándole problemática. Por ello, y por la proximidad de los exámenes que le planteaba la urgencia de superar la costumbre de procrastinar, decidimos dedicar una sesión más a este trabajo. En esta ocasión le propuse un ejercicio de las dos sillas para elaborar el conflicto entre su parte procrastinadora y su parte responsable.

Vera: Hoy vamos a hacer una cosa diferente, porque vemos que hay una parte de ti que claramente querría dejar de procrastinar, sin embargo hay otra parte de ti que ya le va bien esto de procrastinar. Ya le va bien un poquito de videojuegos y luego me pondré. Es decir, aun sabiendo la teoría, porque la teoría ya te la sabes... (reímos) ya sabemos que para que esto vaya bien primero es el trabajo y luego el premio y no al revés (reímos) que al revés normalmente no funciona... Entonces esa parte de ti se resiste a avanzar con el tema de la procrastinación. Yo quiero separar la René procrastinadora y la René responsable, y vamos a poner a cada una de ellas en una silla diferente. Te parece?

René: Sí... muy bien...

V: ¿Tienes dos sillas?

R: Sí, bueno tengo que quitar todas las cosas... (René cambia el setting de su espacio para pasar al diálogo entre las dos partes).

V: Vale, pues... como decíamos, en una de las sillas se va a sentar la parte de ti que querría dejar de procrastinar, que querría cambiar. La vamos a llamar la silla del cambio.

R: Mmm...

V: En la otra silla se va a sentar la parte de René que prefiere no cambiar, que prefiere continuar como hasta ahora. ¿Vale?

R: Mmmm

V: Entonces te voy a pedir que primero te sientes en la silla del cambio, la parte de René que prefiere dejar de ser procrastinador y mires hacia la otra silla donde está sentada René procrastinador. ¿Vale?

R: Vale

V: Vale, ahora estás en la silla del cambio

R: Es más incómoda, es más incómoda también (sonríe).

V: Bueno, pues probablemente es un buen símil. Claramente la silla del cambio es más incómoda, sin duda. (Sonreímos). Cómo quieres que llamemos a la silla del cambio, si una es René procrastinador, ¿cómo se llamaría la otra?

R: Bueno, pues responsable o motivado...

V: Bien, ¿cómo prefieres?

R: Motivado.

V: René motivado, ok. Pues René motivado, te voy a pedir que mires a René procrastinador y me la describas. Explícame cómo va vestida, cómo se sienta, cómo es su postura corporal, qué expresión tiene su cara... ¿Qué ves cuando le miras?

R: Bueno, pues tiene una postura más bien relajada, un poco pasota.... Bueno... va vestida con ropa de ir por casa y tiene como una sonrisa... en plan.. como burlona...

V: Vale, perfecto. Pues ahora te voy a pedir, René motivado, que le expliques a René procrastinadora por qué es aconsejable cambiar. Es decir, cuáles son las ventajas del cambio, cuáles son los inconvenientes de no cambiar...

R: Bueno... (Mirando hacia mí)

V: Explícaselo a ella, a René procrastinador, no me lo expliques a mí.

R: Bueno, pues estarías más relajada al final, porque estarías más segura de ti misma.. eh... también sacarías mejor nota... y bueno, al final igualmente tendrías tiempo de hacer las cosas que quieres, podrías jugar, pero primero harías las cosas que necesitas hacer.

V: Vale, explícale las desventajas de no cambiar, en qué te afecta a ti que él no cambie.

R: Bueno... voy más estresada, saco menos nota si no estudio.... Y que bueno...

V: Y a medio plazo o largo plazo ¿qué significa para ti que él no cambie?

R: Qué tendría dificultades en el trabajo... es posible que no puedas hacer la formación dual, porque no puedes sacar nota... Aunque lo de dual dudo que puedas hacerlo en cualquier caso porque no tienes coche...

V: Me da la sensación de que ahora te has cambiado de silla. En esta silla quiero que convenzas a René procrastinador, luego pasarás a la otra. Si pudieras pedirle algo, ¿qué le pedirías a René procrastinador? Algo muy concreto

R: Que te pusieras a estudiar antes de jugar.

V: Vale, perfecto. Cámbiate ahora, por favor, de silla y siéntate en la silla de René procrastinador. Mira bien a René motivado y descríbemela.

R: (cambio de silla) Está vestida en ropa de salir y tiene una postura más... tiene una buena postura.

V: Vale, y cómo es la expresión de su cara?

R: Bueno... ahora realmente la veo estresada pero en sí sería como una... una sonrisa más relajada.

V: Vale, pues René procrastinador, hace un rato René motivado te ha explicado por qué a él le gustaría que tú cambiaras, te ha pedido cosas muy concretas, te ha explicado cuáles serían las ventajas de cambiar, cuáles serían los inconvenientes de no cambiar... Me gustaría que le contestaras con tus propios argumentos.

R: Mmmmm ... Es que no son argumentos (ríe) son excusas.

V: Bueno, pues usa tu artillería, todo lo que puedas usar para defenderte de lo que René motivade te ha dicho.

R: Es muy incómodo estudiar y después de repetirlo varias veces es aburrido, además prefiero jugar a videojuegos que hacerlo... después tampoco pienso que pueda hacer dual porque no tengo coche ni carnet. Bueno, sería esto, que es incómodo y que lo del dual no lo veo claro.

V: Vale, y ¿Podrías explicarle a René motivade por qué no sería bueno, en realidad cambiar?

R: Mmm....

V: ¿Qué cambiaría para René procrastinadore si eso se solucionara?

R: Que ya no podría permitirse... bueno, ser irresponsable.

V: Vale y ¿qué te preocupa de si René consigue convertirse en una persona no procrastinadore, responsable, motivade...?

R: Creo que me preocupa que...que me implicaría demasiado en esto y que al final acabaría igual de estresado por estar todo el rato estudiando... y todo.

V: Vale, te implicarías demasiado... y qué significaría para ti implicarte demasiado.

R: No descansar y... sí básicamente no descansar y solo hacer cosas que son muy cansadas mentalmente.

V: Cámbiate de silla y contéstale a René procrastinadore este último argumento que te ha presentado.

R: (Cambia de silla) Mmmm... bueno, que igualmente descansarías... siendo responsable y que también podrías permitirte algunos días de descanso total.

V: Mira a ver cómo lo recibe René procrastinadore, cámbiate de silla a ver cómo lo recibe y qué te contesta.

R: (Cambio de silla) Bueno... no me lo creo (ríe)

V: No te lo crees... no te crees el argumento que te está dando René motivade de que podrías descansar. Dile por qué no te lo crees, en qué te basas.

R: Porque... igualmente los días que descanso estoy ansioso porque pienso que debería estar haciendo otra cosa, si estoy como en el modo responsable. Si estoy en el modo pasota pues... consigo relajarme casi totalmente.

V: Vale, entonces en esta lógica que estás planteando ahora, de que si pasas al modo que te pide René motivade no puedes descansar, que te mantiene siempre ansioso, ¿qué le podrías pedir? Si le pudieras pedir algo a René motivade ¿qué le pedirías?

R: Mmmm... que por favor cuando ya se ponga a estudiar que lo haga con moderación y que también descanse y que intente relajarse realmente los días que tiene de descanso.

V: Vale, porque lo que estamos intentando aquí es que ambas partes lleguen a un acuerdo, ¿no? Que René motivade y René procrastinadora lleguen a un acuerdo. Entonces ahora René procrastinadore le está pidiendo a René motivade que cuando se ponga a estudiar también se permita algunos respiros. ¿Verdad? Básicamente es esto lo que le está pidiendo, ¿no?

R: Sí

V: Vale, pues cámbiate de silla y mira a ver cómo lo recibe René motivade.

R: (Cambia de silla) Vale, lo voy a intentar hacer. Lo intentaré hacer.

V: Me gustaría que le preguntaras a René procrastinadore si hay algo más que piensa que vais a perder juntas si pasáis a un modo más responsable a un modo menos procrastinador, si os involucráis en las tareas que tenéis pendientes. Pregúntale qué cree ella que vais a perder.

R: ¿Qué crees que vamos a perder?

V: Vale, pues contéstale.

R: (Cambia de silla) Bueno, creo que como casi una parte de mi autoimagen (sonríe) mi autoimagen de una persona un poco procrastinadora...entonces me lo ha como asignado. Hay una disonancia con esta parte.

V: Vale, le estás diciendo a René motivade que si se pasa de motivade, si se pasa de responsable, de alguna manera atenta contra la imagen que os habéis creado juntas de procrastinación.

R: Sí. Bueno, creo que también me vienen recuerdos dolorosos de cuando era así de responsable. Porque era...

V: Explícaselo, recuérdale a René motivade los inconvenientes de ser resposanble, por qué es doloroso ser responsable, qué asociaciones negativas tenéis hechas sobre ello.

R: Bueno, estaba bastante aislade de mis compañeros, también mi miraban mal por eso, por ser demasiado responsable y que... bueno casi no tenía vida a partir de estudiar y leer o jugar a video juegos... bueno, que ahora tampoco es que la tenga (se ríe).

V: Vale, es decir, le estás diciendo a René motivade que si nos pasamos hacia el otro lado hay un riesgo de aislamiento, de que todos nos vean como excesivamente repelentes.

R: Bueno, es que realmente cuando ya no estudiaba tanto y lo hacía todo en el último momento en clase, la gente me veía igual. Ósea, era ese tipo de gente, que si sacabas buena nota te miraban mal. (Habla con más pasión, cierto enfado y hablándome directamente a mi).

V: Vale, cámbiate de silla y explícale a René procrastandore esto que me acabas de decir a mí. Y qué opinas de la gente que haba mal sobre las personas que triunfan en cualueir esfera de la vida

R: (Cambia de silla) Bueno, yo creo que era el problema de esas personas, que realmente tenían envidia o miedo...Sí.

V: Vale, pues trata de tranquilizar a René procrastinadore ante su miedo de quedarse aislado, de ser mal visto, de perder la autoimagen creada de procrastinadore. Tranquilízale en estos miedos que tiene.

R: Bueno, los amigos que tienes ahora ya no son así y la gente es también más madura y puede elegir más la gente con la que se relaciona, ya no estás tan limitado.

V: Vale, pues cámbiate, a ver cómo lo recibe desde la otra parte.

R: (Cambia de silla) Mmmm... bueno, estoy de acuerdo con eso.

V: Vale, pues ¿qué le puedes ofrecer a René motivado desde tu silla de procrastinación? ¿Qué le puedes ofrecer?

R: Mmm... bueno, te prometo que... cuando volvamos de... del instituto me pondré a estudiar después de descansar unos 40 minutos.

V: Vale, dile qué querrías, repítele qué querrías para llegar a un trato.

R: Eh... Pero, no te implique demasiado en esto y... intenta descansar también después de estudiar.

V: Vale, pídele que te dé un respiro, pídele que no te haga sentir culpable si no eres todo el tiempo 100% responsable... Pídeselo directamente.

R: No me hagas sentirme culpable si no lo hago todo perfecto y déjame descansar un poco también.

V: Vale, cámbiate de silla.

R: (Cambia de silla)

V: Porque según yo lo veo, como observadora externa parece que estáis llegando a un acuerdo entre vosotros. Tú, como parte motivado y responsable resúmele a René procrastinadore cómo vais a actuar a partir de ahora. Me gustaría, René motivado, que se lo dijeras con bastante autoridad y quedaras como que a partir de ahora el que toma el mando eres tú. Que ya conoces a René procrastinadore, ya conoces sus excusas, ya conoces sus

vaguerías... pero habéis llegado a un acuerdo. Explícale muy claramente, sin violencia pero sí con asertividad, que el acuerdo está para ser cumplido.

R: Ahora que ya hemos llegado a un acuerdo tendrás que cumplirlo y... ya no valen tus excusas.

V: Vale, explícale cuál es el acuerdo. Explícaselo.

R: Bueno, el acuerdo es descansar un poco pero después realmente ponerte a estudiar y no procrastinar.

V: Explícale cómo lo vas a conseguir, en qué te vas a apoyar, si hay algo que te va a servir para hacerlo de esta manera. Explícale qué herramientas vas a usar para conseguirlo.

R: Bueno, si consigues estudiar unos 40 minutos podrás jugar durante 10.. Después cuando domines bien el temario si es una hora adecuada podrás jugar lo que quieras.

V: Vale a ver cómo lo recibe René procrastinadore, a ver qué le parece esta propuesta, qué tal lo ve.

R: (Cambia de silla)

V: Honestamente. Valora qué piensas de la propuesta, valórala, y plantéate hasta qué punto estás dispuesto a comprometerte.

R: Bueno, es que realmente con lo que tengo que estudiar no me va a dar tiempo a jugar verdaderamente (ríe)

V: Vale, entonces ¿cómo te sientes con la propuesta que te están haciendo?

R: Bueno... me siento obligade porque tendré que estudiar sí o sí, porque el examen es mañana.

V: Bueno, ahora puedes volver conmigo como René completa. Desde tu silla quiero que analices cómo sientes este acuerdo al que habéis llegado.

R: Bueno bien, me siento más motivade y me ha ayudado a procesar como los bloqueos que tengo.

V: Vale... Te tengo que decir que no me suenas muy convencido. Pero si tu lo estás quizás me equivoco.

R: Bueno, no lo estoy al 100%, pero sí estoy mejor de lo que estaba al principio, antes de hacerlo.

V: Vale. Lo que me ha parecido muy interesante, y... me abre los ojos a otra perspectiva, es el tema de la... de la autoimagen basada en la procrastinación. Me hago una película, y dime tú si es correcta, me hago una película de una persona que sufre un cierto aislamiento por ser visto como demasiado estudioso, demasiado preocupado, demasiado pendiente y con muy buenas notas y se siente un poco excluido por ese motivo y elige un rol más pasota. ¿Es esta la película?

R: No exactamente

V: Explícamela tú, la película.

R: La película es que quizás sí habré potenciado los rasgos que ya tenía, porque esto de ser un poco pasota ya lo tenía desde siempre pero no estaba tan potenciado en primaria como en la ESO.

V: Vale, y en la ESO de alguna manera...

R: Cambié un poco por la influencia externa, es que yo tengo una cosa como que no me gusta que la gente me vea como que me esfuerzo mucho pero después no me sale.

V: Ahí quería yo llegar.

R: Mmm

V: ¿Te das cuenta de la defensa que es eso?

R: Bueno, no, realmente no.

V: Sí, es decir...si tú... ¿Sabes la típica frase de “tryhard”¹³? Si eres un tryhard y no consigues tu objetivo es como...

R: Ya (Asiente con la cabeza y sonríe).

V: Es como... No mola ¿no?

R: Ya (Sigue asintiendo y sonriendo).

V: Entonces es verdad que es muy tentador adoptar un rol de, no me ha salido bien pero porque no le he metido mucho tiempo.

R: Mmmm (sigue asintiendo).

V: Todos lo hacemos en algún momento, eh. (Introduzco anécdota personal). Es una manera de escondernos de nuestro miedo a no triunfar en algo o a no hacerlo tan bien como querríamos, ¿no? Pero una vez que descubres tus propias cartas con las que te engañas a tí mismo... Bueno, yo creo que esta conversación entre el yo motivado y el yo procrastinador te da una idea de hasta qué punto el continuar con la procrastinación no ayuda.

R: Mmmm (sigue asintiendo).

V: La otra parte que me ha parecido interesante es cuando has reconocido que había ciertos recuerdos dolorosos asociados a la no procrastinación. ¿Quieres que trabajemos alguno de esos recuerdos?

R: Es que no serían como recuerdos en concreto, si no recordar una etapa de mi vida (se emociona) pero podríamos trabajarlos.

V: ¿Sería la etapa de primaria?

R: Sí.

V: ¿Quieres hablarme un poquito de eso?

R: Bueno es que también está relacionado con que mi madre tampoco estaba mucho en esa época (llora al hablar) entonces yo hacía como muchas extraescolares y básicamente veía

¹³ René tiene mejor vocabulario en inglés que en castellano. En ocasiones nos ayuda traducir algún término o expresión. En el lenguaje de los videojuegos, un Tryhard es un jugador perfeccionista cuyo nivel de esfuerzo e inversión emocional es excesivamente alto para el nivel de juego en el que está compitiendo, y que sufre si no sale todo de acuerdo a su plan.

a mi madre, como realmente mucha gente también veía a sus padres de esta forma, solo la cena y ya está. Después irme a dormir y un poco por la mañana cuando me llevaba a la escuela. El problema es que los fines tampoco la veía porque también trabajaba los fines.

V: Vale, y de alguna manera ¿se te conecta con toda esa sensación de soledad con las tareas del colegio?

R: Sí.

V: ¿Por qué crees que se hace esa conexión?, ¿dónde está esa conexión?

R: Pienso que si no hubiera hecho tantas extraescolares sí que habría visto un poco más a mi madre por lo menos... y bueno también está relacionado porque coincidió en el tiempo.

V: Vale, ok, ósea que la memoria dolorosa no es solo por este desprecio porque tu tuvieras buenas notas y estuvieras muy ocupada, sino también porque se conecta con una época en la que notabas la ausencia de tu madre, ¿no?

R: Sí.

V: Vale... Y de alguna manera ¿el dejar las tareas para el final, inconscientemente te daba más acceso a tiempo de tu madre, que tenía que estar contigo en el último momento?

R: Mmmm bueno... es que no solía ayudarme realmente con los deberes, pero creo que cuando tenía que recordarme, que yo ya no podía jugar más en el ordenador sí que estaba obligada a tener contacto conmigo en ese momento.

V: ¿Tienes la sensación de que era una forma un tanto inconsciente de llamar su atención?

R: Sí, un poco sí.

V: Vale, por tanto fue una estrategia que en su momento fue válida. El hecho de procrastinar, de no hacer lo que tocaba, y quedarte jugando y quedarte haciendo algo distinto te permitía un poco más de atención de tu madre que tú estabas necesitando.

R: (Asiente)

V: Y esa estrategia se ha continuado en el tiempo a pesar de que ahora ya no tiene esa función.

R: Sí... ya.

V: Y eso suele pasarnos, no, hay toda una teoría que habla de la posición pro-síntoma, los beneficios que tú recibes en relación con el síntoma. Reconocer que el síntoma tuvo un beneficio, pero decirle adiós es muy terapéutico. Si al final tú eres capaz de ver que el síntoma tuvo al menos una función, quizás hasta más funciones, porque también me hablas de ese rol pasota.

R: Bueno, y la función básica era que me proporcionaba como placer también hacer otras cosas, que no estudiar.

V: Pero ese rol sigue, por tanto es más difícil decirle adiós.

R: Ya

V: Porque de hecho la fuerza que tiene ahora mismo el síntoma, es esa.

R: Ya.

V: Y sigue generando enganche, pero en el origen tuvo otras funciones. El origen es reclamo atención que no tengo, y un poco más adelante me hago un rol de más pasote menos implicado, de manera que si no sale demasiado bien, mi autoestima no se ve dañada. De manera que no es que yo no sea tan listo, es que no le he dedicado tiempo.

R: Asiente.

V: hay una autoestima basada en tu capacidad académica, que tú misma boicoteas, por una sensación de... quizás...

R: Quizás no me sale...

V: Quizás no me sale, y si no me sale mejor lo boicoteo yo.

R: Ya.

V: Y ¿qué reflexión te genera eso ahora mismo a ti?

R: Mmm, bueno que es verdad y que creo que sí que puede ayudarme a dejar de procrastinar más, porque esto a lo que hemos llegado con lo de mi madre, sí que me ha abierto los ojos. Porque en lo otro sí que me había parado a pensar, que era una forma de proteger mi autoestima, pero lo de mi madre no había llegado antes.

V: Vale, ok. Pues me parece muy potente esto. Si no estuvieras tan pillado con los exámenes te pediría un ejercicio para rematar lo de hoy... No sé cómo lo ves.

R: Bueno, propónmelo y veo si... si lo hago (Sonríe)

V: No es imprescindible, pero yo te pediría una carta de despedida a la procrastinación. En esa carta quiero que le des las gracias por lo que hizo por ti y que le digas que ya no la necesitas.

Terminamos la sesión explicando esta carta. René se compromete a redactarla.

Comentario de la sesión:

Con este diálogo entre las dos partes se buscaba que René fuera consciente de los beneficios que la procrastinación le reporta, (más allá del mero disfrute que le generan los videojuegos), los perjuicios que le supone y el conflicto que vive entre su parte procrastinadora y su parte responsable, para, a partir de aquí, poder elaborar una solución de consenso entre ambas partes. Durante la sesión podemos ver cómo él identifica su rol más responsable con una época dolorosa en la que era despreciado por su excesiva dedicación a los estudios, y con la ausencia de su madre. René se da cuenta durante la sesión de que cuando él no hacía lo que tocaba, su madre le tenía que dedicar tiempo, algo que él claramente sentía que necesitaba, y que el rol pasota y procrastinador le ayuda en la defensa de su autoestima, si algo no sale del todo bien, es porque no le ha dedicado tiempo. La procrastinación tenía para ella, por tanto, dos beneficios claros: la atención de su madre y la defensa de su autoestima. Por otra parte, los perjuicios le resultan muy claros, su tendencia a

procrastinar le dificulta el seguimiento académico lo que pone en riesgo su futuro profesional, al tiempo que deteriora su confianza en él mismo.

Durante la reflexión posterior al diálogo, René reconoce que era consciente del beneficio en relación a su autoestima, pero no del segundo beneficio, la búsqueda de atención de su madre. Esta es una perspectiva nueva, que dice que la ayudará en su proceso de cambio. Terminamos la sesión con el compromiso de organización del tiempo de ocio y estudio de René y con una tarea para casa: la carta de despedida a la procrastinación, agradeciendo los servicios prestados.

Anexo 8: Protocolo de intervención EMDR

Fase 1: Fase 1: Historia del paciente

Se seleccionan los recuerdos, los targets, en función de los objetivos terapéuticos. Se parte de los problemas y sintomatología presentados. Para acceder a estos recuerdos se puede utilizar el auto registro DICES (Disparador, Imagen, Cognición negativa, Emoción, Sensación corporal y SUD) y para llegar al recuerdo fuente, el Float back

Fase 2: Preparación del paciente

Preparar a los pacientes idóneos para el reprocesamiento de recuerdos traumáticos con EMDR, procurando que mantenga la atención dual

Tener en cuenta los criterios para la selección de pacientes y las consideraciones médicas para descartar en su caso.

Consentimiento informado: oral o escrito.

Administración del cuestionario DES

Psicoeducación y expectativas: *“Cuando ocurre un trauma, a menudo queda grabado en la memoria con la imagen original, los sonidos, los pensamientos y las emociones, debido al impacto emotivo en ese momento. El EMDR parece estimular la capacidad de procesar las experiencias traumáticas, por medio de la estimulación bilateral alternada. Durante las sesiones de EMDR que haremos, es importante recordar que es su cerebro el que estará realizando la cura y que es Usted quién controla el proceso”*

Instalación del lugar seguro.

Fase 3: Medición

Acceder al recuerdo y medir los elementos principales del mismo.

- 1) Descripción del acontecimiento o recuerdo perturbador.
- 2) Imagen:
 - a. La más perturbadora: "¿Qué imagen representa la peor parte del recuerdo?"
 - b. Si no hay imagen: "¿Cuándo piensas en ese recuerdo ¿Qué nota?"
- 3) Cognición Negativa: "¿Qué palabras se corresponden mejor con esa imagen, que expresan tu creencia negativa sobre ti mismo/a cuando piensas en ello ahora?"
- 4) Cognición Positiva: "¿Cuándo recuerdas la imagen que te gustaría creer sobre sí mismo ahora?"
- 5) VOC (Validez de la Cognición): "Cuando piensas en la imagen, ¿Cuánto de creíbles siente las palabras..... (Repetir la Cognición Positiva) ahora, en una escala de 1 a 7, donde 1 se siente completamente falso y 7 se siente completamente verdadero?"
- 6) Emociones/ Sentimientos: "Cuando piensas en ese hecho y en las palabras "¿Yo..... (Repetir la Cognición Negativa)¿Qué emociones sientes ahora?"

- 7) SUDs: "En una escala de 0 a 10, donde 0 es ninguna perturbación o neutral, y 10 es la perturbación más alta que pueda imaginar, ¿Cuánta perturbación sientes ahora?"
- 8) Localización de la Sensación Corporal: "¿En qué parte de su cuerpo lo siente?"

Fase 4. Desensibilización

Acceder al recuerdo target y activar las redes de memoria permitiendo que se conecte con redes más adaptativas.

Instrucciones Específicas: "Lo que haremos es un simple chequeo sobre lo que está experimentando. Necesito saber exactamente lo que sucede, tan claro como sea posible. A veces las cosas cambian y a veces, no. No hay "un supongo que" en este proceso. Así que lo que necesito es la devolución de lo que ocurre, sin juzgar si debería estar sucediendo o no. Deja que lo que tenga que pasar, pase". (Recuerda que puede hablar al paciente sobre la señal de STOP con la mano).

"Trae a tu mente esa imagen, esas palabras negativas (repite la Cognición Negativa) y registre donde lo está sintiendo en tu cuerpo y sigue mis dedos, con tus ojos, sin mover la cabeza". (Feedback después de una tanda/set de estimulación bilateral).

Preguntar: "*¿Qué te viene a la mente ahora?*", "*¿qué estás notando ahora?*"

Procesamiento y chequeo de canales nuevos: Continuar procesando con varias tandas de MO, (tapping o tonos), hasta que no surja material nuevo.

Preguntar: "*Cuando vuelves a la experiencia original, ¿Qué te llega ahora?*"

Examinar SUDs: "Cuando tomas la experiencia, en una escala de 0 a 10, donde 0 es no perturbación y 10, la perturbación más alta que pueda imaginar, ¿cómo la sientes de perturbadora ahora? (Si el SUD es 1 o mayor, continuar el procesamiento con tandas largas. Si el SUD es 0, dar una tanda más de estimulación bilateral corta y pasar a la fase 5).

Fase 5: Instalación

Verificar la validez de la cognición positiva original, integrar sus efectos positivos y unirlo al evento target original.

1) "¿Las palabras (repetir la Cognición Positiva), todavía son adecuadas o hay otro enunciado positivo que te parece más adecuado?"

2) "Piensa en el incidente original y en esas palabras, (Repetir la Cognición Positiva seleccionada). De 1 (completamente falso) a 7, (completamente verdadero), ¿cómo las sientes de ciertas ahora?"

3) "Mantén juntas la experiencia y las palabras positivas...". Hacer MO.

4) "En una escala de 1 a 7, ¿cómo sientes de ciertas esas palabras (Cognición Positiva) ahora, cuando piensas en el incidente original?"

5) Continuar la instalación hasta que el material se vaya haciendo más adaptativo. Si el paciente informa de 6 ó 7, dar otra vez Movimientos Oculares para fortalecer y continuar mientras haga falta para poder avanzar hacia el Examen Corporal.

6) Si el paciente informa de 6 o menos, comprobar la adecuación y localizar la creencia bloqueadora (si es necesario) con reprocesamiento adicional.

Fase 6 Examen Corporal.

Reprocesar cualquier sensación física/somática residual del recuerdo.

“Cierra los ojos, concéntrate en el hecho y en las palabras... (Cognición Positiva) y mentalmente observa TODO su cuerpo, y dime si tienes alguna sensación o tensión inusual en su cuerpo”

Si informa de alguna sensación, hacer Movimientos Oculares (tandas largas). Si hay sensación de bienestar / positiva, hacer Movimientos Oculares (tanda corta) para fortalecerla. Si informa de sensación de malestar- reprocesar hasta que desaparezca.

Fase 7 Cierre: Supervisar la experiencia

Sacar la atención del paciente de la red tratada como target y acceder a una red neutra, no asociada y positiva.

“El reprocesamiento que hemos realizado hoy puede continuar después de la sesión. Puedes o no advertir nuevos insights, pensamientos, recuerdos o sueños. Si es así, simplemente presta atención a lo que estás experimentando, toma nota de lo que estás viendo, sintiendo, pensando y el disparador, y lleva un registro. Podemos trabajar sobre este nuevo material la próxima vez. Si sientes la necesidad, llámame. Reflexionando sobre su experiencia en la sesión de hoy, ¿Con qué afirmación positiva podría expresar lo que ha aprendido u obtenido?”

Procedimiento para cerrar sesiones incompletas:

Una sesión incompleta es aquella en la que aún hay material no resuelto, (p. ej. aún manifiesta malestar o el SUDs es mayor de 1, y el VOC menor de 6. Lo siguiente, es un procedimiento para cerrar una sesión incompleta. La propuesta es reconocer a los pacientes lo conseguido, y dejarles arraigados antes de abandonar la consulta.

Etapas:

1) Dar al paciente el motivo de parar. "Casi hemos agotado el tiempo y necesitaremos parar pronto. Animar y dar apoyo por el esfuerzo realizado. "Has hecho un buen trabajo y aprecio el esfuerzo que has realizado. ¿Cómo te sientes?"

2) Eliminar la Instalación de la Cognición Positiva y el Examen Corporal, (es evidente que aún hay material a procesar).

3) Hacer un ejercicio de contención. "Me gustaría que hiciéramos un ejercicio de relajación antes de parar" Respiración, Lugar Seguro, Haz de Luz, etc.

4) Leer la sección de Cierre / Supervisión de la Experiencia al paciente.

Fase 8: Reevaluación

En la siguiente sesión, reevaluar si existe perturbación residual y si se mantiene el SUD: 0 y el VOC: 7

CIERRA LOS OJOS Si ahora piensas en el recuerdo que estuvimos trabajando en la última sesión qué es lo que te llega, qué te viene, ¿qué notas?

Anexo 9: Transcripción de una sesión de intervención EMDR

La sesión que se transcribe a continuación tuvo lugar el 13 de octubre del 2020. En sesiones anteriores habíamos llevado a cabo las fases 1 y 2 del protocolo EMDR, por lo que contábamos con una serie de recuerdos “diana” relacionados con los diferentes EPD, que entendíamos que era interesante abordar. El recuerdo seleccionado en esta sesión sucedió cuando René contaba con unos 3 años y presencié una pelea entre sus padres. Estas peleas eran frecuentes y René recuerda que cuando ocurrían, él sentía un alto nivel de malestar, se sentía no tenido en cuenta, no querido y culpable de ello. Estas vivencias se relacionan directamente con su EPD de privación emocional, por lo que nos pareció idóneo para trabajar experiencialmente este esquema¹⁴.

Fase 3.

Vera: Vale René, tal y como hemos quedado, vamos a trabajar hoy el recuerdo que me comentaste de la discusión de tus padres cuando tú tenías unos 3 o 4 años ¿Te parece?

René: Vale

V: Bien, pues descríbeme brevemente el acontecimiento perturbador que hemos comentado.

R: Bueno... Oigo a mis padres discutiendo, creo que se piensan que estoy durmiendo, pero realmente estoy escuchándoles detrás del armario, viéndoles discutir y bueno... creo que estoy llorando en ese momento con mucho ... ¿distress?

V: Con mucha ansiedad, con mucho malestar?

R: Sí. Mucho malestar.

V: ¿Qué imagen representa la peor parte de este recuerdo para ti?

R: Bueno.... mi padre levantando la voz. Ósea, él gritando.

¹⁴ Se ha señalado el inicio de cada una de las fases a efectos de lograr mayor claridad para el lector, en la práctica las fases se suceden sin interrupción entre ellas.

V: ¿Qué palabras representan la creencia negativa sobre ti misma cuando piensas en ello ahora?

R: ... Es mi culpa

V: Es mi culpa... ¿qué diría esto sobre ti? Soy...

R: Soy male

V: Cuando recuerdas la imagen ¿Qué te gustaría creer sobre ti mismo ahora?

R: Bueno.... que no es mi culpa, que no soy male.

V: Cuando piensas en la imagen ¿Cuánto te resultan de creíbles las palabras “No es mi culpa, no soy male”, en una escala donde 1 es nada creíble y 7 es totalmente verdadero?

R: Un 3.

V: Y cuando piensas en el hecho y en las palabras “Es mi culpa soy male”, qué emociones sientes ahora.

R: Ansiedad, tristeza y rabia.

V: De acuerdo, y en una escala de 0 a 10 donde 0 sería ninguna perturbación o neutro y 10 sería la máxima perturbación, cuando piensas en ese recuerdo, ¿cuánto te perturba ahora?

R: Un... un 6.

V: Y ¿Dónde notarías esa perturbación en el cuerpo? ¿En qué parte de tu cuerpo lo sientes?

R: mmm ...en el pecho.

Fase 4.

V: Vale René, vamos a hacer como hemos hecho en otras ocasiones, vamos a chequear este recuerdo en ti, que emociones te genera, qué sensaciones. Trae a tu mente esa imagen, esas palabras negativas “Es mi culpa, soy male”, registra la ansiedad, la tristeza y la rabia en el pecho, y sigue mis dedos, con tus ojos, sin mover la cabeza.

V: ¿Está bien así, esta distancia?

R: Sí.

V: Pues sigue mi dedo, por favor.

Tanda larga de aproximadamente 30 movimientos oculares (EB30)

V: ¿Qué te viene a la mente ahora?

R: Bueno, sigue la misma imagen de mayoritariamente mi padre gritando.

V: Tienes la imagen en tu cabeza, tienes la cognición negativa, “soy male” Tienes la sensación en el pecho, vuelve ahí y sigue mi dedo. EB 30.

V: ¿Qué te viene a la mente ahora?

R: Bueno... Sigue la misma imagen y me duele un poco la cabeza ahora.

V: Vale, sigue con ello un momento más. ¿Sí? EB 30.

V: ¿Qué te viene a la mente ahora?

R: Ahora me viene mi padre regalándome una muñeca que no era la que yo quería y el sentimiento de decepción, rabia y tristeza.

V: De acuerdo, quédate con eso. EB 30.

V: ¿Qué te viene a la mente ahora?

R: Bueno... Ahora yo con mi padre paseando por el parque, que me prometió que me llevaría a una pista de hielo, y al final nunca lo hizo... y también decepción y tristeza.

V: Quédate con eso. EB 30.

V: ¿Qué te viene a la mente ahora?

R: Yo en la casa de mi abuela paterna y mi padre sentado al lado, viendo la tele, como ignorándome.

V: Quédate con eso. ¿Sí? EB 30.

R: Mmmm... El entierro de mí a abuela paterna y bueno, la imagen de mi padre que parecía que estaba de resaca, básicamente.

V: De acuerdo, quédate con eso. EB 30.

R: Ehhh... bueno la misma imagen más o menos

V: Quédate con eso y seguimos u rato más. EB 30.

R: Mi padre gritando y mi madre cogiéndome en sus brazos... bueno, que me llevaba a otro sitio.

V: Quédate con eso. EB 30.

R: La misma imagen.

V: Vale, quédate con eso. EB 30.

R: Mmmm... Yo en el columpio y mi abuelo empujándome.

V: Vale, quédate con eso. EB 30.

R: Mi abuela materna en la cocina, cocinando algo.

V: Vale. Quédate con eso. EB 30.

R: Bueno, yo en la casa de mi abuela materna.

V: Vale, seguimos con eso. EB 30.

R: La misma imagen

V: Si vuelves al recuerdo original, en una escala de 0 a 10 ¿Cuánto dirías que te perturba ahora?

R: Un 3,5

V: Vamos a seguir un poco más, vuelve a la escena original (repito imagen del recuerdo, cognición negativa, emoción y sensación corporal) y cuando estés listo, seguimos. EB 30.

R: La misma imagen

V: Vale, seguimos. EB 30.

R: Yo patinando sobre hielo con una amiga.

V: Vale, quédate con eso. Seguimos. EB 30.

R: Yo con la misma amiga en una cafetería.

V: Vale, seguimos con eso. EB 30.

R: Yo riéndome con esa amiga.

V: Vale, seguimos con eso ¿sí? EB 30.

R: En casa de otra amiga

V: V: Si tomas la experiencia original, en una escala de 1 a 10 ¿Cuánto dirías que te perturba ahora?

R: Un 1

V: Vamos a seguir un poco más. EB 30.

R: La misma experiencia

V: ¿Cuál? ¿Qué experiencia te viene?

R: La de mis padres discutiendo.

V: Vale, seguimos con eso. EB 30.

R: Yo dándole comida a mi cobaya.

V: Vale, quédate con eso. EB 30.

R: Yo en casa de mi abuela.

V: Vale, seguimos con eso. EB 30.

R: La misma imagen.

V: Vale, sigue con eso. EB 30.

R: Yo jugando con una amiga.

V: Quédate con eso. EB 30.

R: Esta misma amiga abandonándome.

V: Quédate con eso. EB 30.

R: Dos de mis amigas discutiendo.

V: Quédate con eso. EB 30.

R: La misma imagen.

V: Seguimos con eso. EB 30.

R: Yo en casa de otra amiga.

V: Quédate con eso. EB 30.

R: Yo sintiendo pena hacia el padre de esa amiga.

V: Quédate con eso. EB 30.

R: Yo con otra amiga en su coche hablando.

V: Quédate con eso. EB 30.

R: Yo en el centro de mi ciudad durante la Navidad.

V: Quédate con eso. EB 30.

R: Yo esquiando.

V: Quédate con eso. EB 30.

R: Yo comiendo con los compañeros de clase.

V: Quédate con eso. EB 30.

R: La misma imagen pero con otros compañeros.

V: Vale. Quédate con eso. EB 30.

R: Yo en la clase.

V: Quédate con eso. EB 30.

R: La misma imagen

V: Cuando vuelves al recuerdo original ¿qué te viene ahora?

R: Casi no tengo nada de sensación en el pecho y me siento como tranquilo.

V: Cuando vuelves al recuerdo original, en una escala de 1 a 10 ¿Cuánto dirías que te perturba ahora?

R: 0.

V: Vamos a reforzar eso, ¿sí? EB 15.

Fase 5

V: Vale, ¿Recuerdas la cognición positiva, “No es mi culpa, no soy male”?, ¿Sigue pareciéndote adecuada?

R: Creo que el de “No es mi culpa” es el adecuado.

V: “No soy culpable”, ¿serviría?

R: Sí.

V: Si piensan en el incidente original y las palabras “No soy culpable” ¿Cuánto de creíbles te parecen estas palabras entre 1 y 7?

R: 6,5.

V: Vamos a intentar reforzar esto. EB 15.

V: ¿Cuánto de creíbles te parecen ahora?

R: Un 7

V: ¿Un 7? Vamos a reforzar esto. EB 15.

V: Cuánto de creíbles te parecen?

R: Sigue igual, un 7.

Fase 6.

V: Un 7. Ahora cierra los ojos René, concéntrate en el hecho, concéntrate en la cognición positiva “Yo no soy culpable” y mentalmente observa todo tu cuerpo, desde la cabeza hasta los pies e infórmame si hay alguna sensación en él... alguna sensación... alguna tensión inusual.

R: No.

V: Vale. Alguna sensación de malestar, bienestar, neutra...

R: No... una sensación de tranquilidad, de bienestar.

V: Pues vamos a reforzar eso. EB 15.

V: ¿Cómo lo notas ahora?

R: Igual.

Fase 7.

V: Muy bien René, pienso que este recuerdo lo podemos dar por trabajado. ¿Vale? Recuerda como siempre que a lo largo de estos días te pueden venir imágenes, sueños... Si hay alguna cosa inusual, lo apuntas y lo comentamos el próximo día y seguiremos trabajando sobre algún otro recuerdo de los que hemos seleccionado. ¿Te parece?

R: Vale

V: ¿Cómo te has sentido?

R: Bien, me siento tranquilo.

V: Bien, te felicito René has hecho muy buen trabajo, procesas muy bien, siento que vamos avanzando.

Comentario de la sesión:

Vemos cómo durante el procesamiento, en una primera parte, René conecta el recuerdo original con otras vivencias de decepción, tristeza, rabia y abandono en relación a su padre, y cómo poco a poco estas imágenes se van intercalando con vivencias más adaptativas, como la vivencia de su madre apartándola del padre enfurecido, para protegerla y vivencias agradables con sus abuelos maternos y sus amigas. Vemos cómo, a medida que estos recuerdos más relacionados con sus recursos propios aparecen, su nivel de perturbación se reduce, comenzando por una perturbación de 6, para pasar a 3,5, 1 y finalmente a 0. René ha ido relacionando ese recuerdo con otras memorias más adaptativas, que le conectan con recursos para afrontar la vivencia de abandono de su padre.

Al finalizar la sesión René se siente tranquilo. Durante la sesión siguiente, al recuperar este mismo recuerdo para realizar la fase 8 de reevaluación, René dijo tener una sensación de paz, y de verse a él mismo contento.

Anexo 10: Información y consentimiento informado para la grabación de las sesiones de Psicoterapia.

El estudio “*Patrón de Apego Evitativo y Psicopatología: Estudio de Caso y Abordaje desde el Modelo de Terapia de Esquemas de Young*” forma parte del Trabajo Fin de Máster que está realizando Vera Baena Reig en la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna (Universitat Ramon Llull). La participación en el estudio es voluntaria, de manera que puede abandonarse en cualquier momento.

Las sesiones serán grabadas con el fin de mejorar el análisis de las mismas y asegurar el correcto registro de la información más relevante. Los datos que se obtengan serán utilizados únicamente con estos fines y solamente por parte del terapeuta que lleva a cabo el trabajo, y serán tratados según el Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento del desarrollo de la *Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (15/1999)*, y según la *Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (41/2002)*.

Yo,..... he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la grabación de las sesiones de psicoterapia y he podido resolver todas las dudas al respecto. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. También que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de la realización del trabajo mencionado.

En tales condiciones, CONSIENTO participar en la grabación de las sesiones y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados.

En, a de de 20

Firmado:

Se conserva el original firmado por la paciente. A efectos de confidencialidad no se incorpora como parte de este trabajo.