



CASO CLÍNICO

CLINICAL CASE

Recibido: 17/10/2021. Aceptado: 20/12/2021

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS EN UNA PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. CASO CLÍNICO

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN TRAUMATIC EVENTS IN A PATIENT WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER. CLINICAL CASE

Laura Arenas-Pijoan¹, Deborah Fuentes Casany², Laura Bosa López³

¹Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Referencia Psiquiátrica Infanto-Juvenil, Hospital Universitario Santa Maria. Gestió de Serveis Sanitaris de Lleida. ²Especialista en Psicología Clínica. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, Selva Marítima. Institut d'Assistència Sanitària de Salt. ³Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Hospital de Día de Adultos, Hospital Universitario Santa Maria. Gestió de Serveis Sanitaris de Lleida.

Correspondencia: llarenas@gss.cat . Teléfono: 628837157
deborah.fuentes@ias.cat. Teléfono: 687066810.
lbosa@gss.cat. Teléfono: 659181069.

Declaración de Conflicto de intereses: Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.



RESUMEN

Los acontecimientos estresantes y traumáticos mantienen una estrecha relación con los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), constituyendo una barrera en el tratamiento convencional de dicho trastorno, en especial cuando se trata de experiencias tempranas y recurrentes que han comprometido las necesidades básicas de seguridad y bienestar. Se expone el caso de una paciente con diagnóstico de TOC que presenta sintomatología comórbida de estrés postraumático. En el abordaje terapéutico se consideran relevantes tanto los eventos que actuaron como factores precipitantes como los sucesos relacionados con primeras experiencias en la infancia. La intervención psicológica contempla un abordaje integrado que incluye técnicas de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) y de la terapia de esquemas de Young. Los resultados muestran una reducción de las conductas problema.

Palabras clave: obsesivo-compulsivo, estrés postraumático, EMDR, terapia de esquemas.

ABSTRACT

Stressful and traumatic events are closely related to the symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCD), constituting a barrier in the conventional treatment of this disorder, especially when it comes to early and recurring experiences that have compromised safety and well-being basic needs. The case of a patient diagnosed with OCD presenting comorbid symptoms of post-traumatic stress is exposed. In the therapeutic approach, both events that acted as precipitating factors and events related to early childhood experiences are considered relevant. The psychological intervention considers an integrated approach that includes eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR) and Young's schema therapy techniques. The results show a reduction in problem behaviours.

Keywords: obsessive-compulsive, post-traumatic stress, EMDR, schema therapy.

INTRODUCCIÓN

Se ha descrito el posible papel de los eventos traumáticos sobre la etiología del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en un subconjunto de pacientes en los cuáles el trauma psicológico subyacería al desarrollo del trastorno y coexistiría como sintomatología comórbida (Gershuny, Baer, Radomsky, Kimberly, Wilson y Jenike, 2003). Algunos estudios ponen de manifiesto que un diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) comórbido suponen un obstáculo en el tratamiento del TOC (Cromer, Schmidt y Murphy, 2006), que sin estos síntomas añadidos responden con éxito al tratamiento cognitivo-conductual (TCC) de elección, es decir, a la exposición con prevención de respuesta. De esta forma, el TEPT constituiría un factor de mala respuesta al tratamiento (Dykshoorn, 2014). En este subconjunto de pacientes parece observarse una relación aparentemente dinámica entre los síntomas de ambos trastornos, es decir, el aumento o disminución de síntomas de un trastorno afectaría al otro, interfiriendo por tanto en el tratamiento (Gershuny, Baer, Jenike, Minichiello, y Wilhelm, 2002).

En esencia, cualquier evento estresante puede definirse como traumático si las necesidades personales de seguridad

y bienestar se ven comprometidas, al mismo tiempo en que se generan creencias negativas sobre uno mismo y sobre el mundo como un lugar peligroso (Saldaña García, 2014). Así, el impacto de estos eventos en la vida de nuestros pacientes podría relacionarse con el desarrollo, el mantenimiento y, por consiguiente, el tratamiento del TOC (Dykshoorn, 2014). En esta línea, a medida que la persona aprende formas de funcionar para adaptarse a su entorno, podrían aparecer tendencias hacia un funcionamiento desadaptativo sostenidas, asentadas en esquemas tempranos (Riso, 2006).

Atendiendo a los factores predisponentes, las experiencias traumáticas de la infancia se vinculan con la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos, y en mayor medida cuando se ha respondido a ellos a través de sintomatología ansiosa y depresiva (Briggs y Price, 2009). En este grupo de experiencias se abarca un amplio rango de experiencias que tienen que ver desde las dificultades en el apego hasta casos de negligencia o abuso, resultado de una reacción y de una vivencia de incontrolabilidad (Laplanche y Pontalis, 1968). En este sentido, cabría destacar el trauma de apego y el trauma complejo, relacionado con aquellas situaciones continuadas que el niño vive con gran angustia en verse com-



prometida la relación de apego con el adulto, así como sus necesidades básicas

En relación al apego, los vínculos entre hijos y padres constituyen un proceso biológico, no aprendido, que tiene efectos en la construcción psíquica de la persona. Bowlby (1979) definió la conducta de apego como cualquier comportamiento que tiene como objetivo la proximidad con una persona bien identificada. Así, los primeros vínculos que establece el bebé son vitales para su desarrollo y estarán determinados por las características de sus protagonistas, en un proceso bidireccional e interdependiente. Esta interacción, fundamental en los primeros meses y años, se desarrollará y reconstruirá a lo largo de la vida. Estos vínculos se sostienen sobre la necesidad de ser queridos y comprendidos. La calidad del vínculo estará determinada por cómo se siente el niño en la relación con sus padres y por cómo se ve a sí mismo dentro de esta relación, quedando así impregnado el recuerdo del clima emocional.

Estos vínculos de apego, así como la satisfacción o no de las necesidades básicas del niño estarían en la base de los esquemas de personalidad, de forma que las necesidades nucleares que no han sido satisfechas o adecuadamente atendidas en la infancia serían para el niño situaciones de alto estrés o amenaza que darían lugar a patrones emocionales y cognitivos disfuncionales. Young (2013) defiende la existencia de cinco necesidades emocionales básicas: 1. Vínculos seguros con los demás (incluye seguridad, estabilidad, cuidados y aceptación); 2. Autonomía, competencia y sentido de identidad; 3. Libertad para expresar necesidades y emociones válidas; 4. Espontaneidad y juego; 5. Límites realistas y autocontrol. En esencia, los factores estresantes en los primeros años de vida provienen de las señales afectivas y de la disponibilidad y accesibilidad del cuidador (Saldaña García, 2014). Algunos autores hablan de "traumas ocultos" para referirse a aquellas situaciones en las que se da una incapacidad del cuidador para modular la desregulación afectiva (Schuder y Lyons-Ruth, 2004). Posteriormente, cuando la persona adulta se encuentra en situaciones de alta intensidad emocional, en las que sus esquemas precoces desadaptativos se activan, puede aparecer la reexperimentación de las frustraciones de la infancia (Young, Klosko y Weishaar, 2013).

Así, a través de nuestras primeras interacciones y experiencias más tempranas se construye y configura el modo en qué percibimos aquello que es seguro o peligroso, con quién podemos contar y con quién no; en definitiva, aquello que

debemos hacer para satisfacer nuestras necesidades, y esto queda fuertemente grabado en nuestro cuerpo, de modo que en las situaciones en las que se han producido amenazas a nuestras necesidades de seguridad y de amor, se han podido desarrollar sentimientos de rabia pero también respuestas de desconexión (van der Kolk, 2015). Briggs y Price (2009) sugieren que un número excesivo de eventos negativos y la propensión a experimentarlos como impactantes pueden conducir al desarrollo del TOC.

Finalmente, es necesario considerar que las experiencias que generan un estado de estrés pueden tener efectos en la memoria, interfiriendo en las funciones de procesamiento y almacenamiento. Esto mismo ocurre en las experiencias infantiles difíciles, repetidas y emocionalmente significativas, como el trauma complejo (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005), en las que no se ha dado respuesta a las necesidades nucleares, y que pueden haber afectado al normal procesamiento de los recuerdos, experiencias que no han podido ser almacenadas en nuestra memoria como una narración, con un principio, un desarrollo y un final, sino que han dejado rastros de fragmentos de recuerdos, que se reactivan y reexperimentan (Shapiro, 2013).

En este sentido, la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) tiene como objetivo acompañar a la persona a tolerar los pensamientos, emociones y sensaciones reexperimentados de forma perturbadora, a fin de integrar el recuerdo en las redes de memoria, dándole una respuesta adulta a aquello que sucedió cuando aún era niña o aquello que sintió o vivió desde esta posición. Así, el problema no se halla tanto en lo que pasó si no en la vivencia y recuerdo de la experiencia, a la que se accede a través de los targets o fragmentos de recuerdo conectados con las conductas problema en el momento actual. Así, un buen punto de partida del trabajo que se desarrolla a través del EMDR son las sensaciones físicas ya que nuestro cuerpo conserva el registro de ellas (van der Kolk, 2015). En definitiva, el EMDR consiste en la creación de nuevas asociaciones y conexiones que permitan un funcionamiento más adaptativo (Shapiro, 2013).

IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

La paciente es una mujer de 39 años, casada y con un hijo de 7 años. Natural de un medio urbano. Su familia de origen reside en la misma ciudad. La relación con sus padres, de 68 y 70 años, se caracteriza por un elevado grado de criti-



cismo y distanciamiento afectivo. Tiene dos hermanas, una 5 años mayor y otra 8 años menor, tiene una buena relación con ambas y son un soporte importante en la actualidad, a pesar de que ellas mantienen una mayor distancia respecto a la familia de origen, tanto física como emocional.

Su historia escolar se define por un buen rendimiento académico pero también por dificultades en las relaciones con el grupo de iguales, refiriendo que entre los 9 y 10 años fue víctima de acoso escolar, motivo por el cual inició seguimiento en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. Posteriormente estudió magisterio de educación primaria aunque nunca ha ejercido como maestra. Desde que terminó los estudios, trabaja en el negocio familiar, junto a sus padres, los cuales describe como personas frías y poco afectuosas desde que era niña. Desde siempre ha sentido que no es la hija que sus padres habrían querido tener. Relata experiencias infantiles en las que sus padres no fueron capaces de satisfacer las necesidades emocionales básicas. En la actualidad siente que no comprenden su problema y que no puede contar con ellos para compartir y para que la sostengan.

Refiere buenas relaciones en la familia nuclear, siendo su marido su mayor apoyo en el momento actual.

ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Acude al servicio de Psicología Clínica del Centro de Salud Mental de Adultos, derivada desde Psiquiatría del mismo centro, con un diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo, tras haber consultado diferentes terapeutas, sin buena respuesta a los tratamientos psicológicos anteriores. La paciente refiere haber realizado con anterioridad intervenciones basadas en exposición con prevención de respuesta pero explica que no consiguió obtener mejorías en la reducción de síntomas.

Refiere elevada ansiedad con importante componente somático. Explica haber sufrido ataques de pánico en el pasado, aunque ya no los presenta en la actualidad. También refiere ansiedad cognitiva, con alta tendencia a la rumiación y elevada necesidad de control. La paciente solicita ayuda para manejar su elevado nivel de angustia y malestar emocional, que interfiere en sus actividades cotidianas.

HISTORIA DEL PROBLEMA

La paciente sitúa el inicio de los síntomas de ansiedad en 2011, a raíz de un incidente que se produjo mientras ella viajaba en el asiento trasero de un coche que se averió, que-

dando inmovilizado en medio de una carretera con importante afluencia de tráfico. En ese momento sufrió una crisis de ansiedad, se encontraba con su marido y su hermana mayor. Define esa situación como profundamente traumática, llegando a presentar amnesia del episodio y refiriendo relatarla tal y como sus familiares se la contaron.

Desde entonces, refiere obsesiones que incluyen miedo o temor a que ella o sus seres queridos sufran algún daño si ella no realiza las cosas "como se deben de hacer" o si se dan situaciones que quedan fuera de la rutina del día a día.

Desde ese momento, evita situaciones en las que se pueda ver en peligro, manejando las situaciones que no puede evitar a través de conductas en forma de rituales de comprobación (orden, contar) y precisando la ayuda de personas de confianza. Verbaliza que estas conductas la ayudan a ganar en sensación de control y a manejar el miedo, y que, en los casos en los que no puede manejar la ansiedad, recurre a su pareja o a su hermana mayor para que la acompañen. En los últimos meses estas conductas ritualísticas suponen un importante problema y ocupan gran parte de tiempo, llegando a exceder una hora diaria.

En este contexto, la paciente ve limitados sus desplazamientos en coche, soportándolos con intenso malestar, en los casos en que no los puede eludir, y siempre estando acompañada de esas figuras que ella misma denomina como de confianza. En la ciudad, sus desplazamientos se limitan a rutas bien conocidas que se encuentran cerca de su domicilio o de su lugar de trabajo. Aún así, maneja la ansiedad a través de rituales relacionados con contar.

Presenta un elevado malestar al exponerse a factores internos y externos asociados con el suceso traumático, así como conductas de evitación de situaciones o actividades que puedan recordarle aspectos del suceso. A nivel de las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, destacan la incapacidad para recordar los aspectos del acontecimiento, creencias negativas sobre ella misma ("no sirvo para nada", "soy débil", "no puedo") y sobre el mundo como peligroso e impredecible, y miedo y culpa persistentes. Como alteraciones de la alerta y la reactividad, presenta hipervigilancia y respuestas de sobresalto exageradas.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

La paciente presenta miedos irracionales relacionados con el temor a que pueda sufrir algún daño ella misma

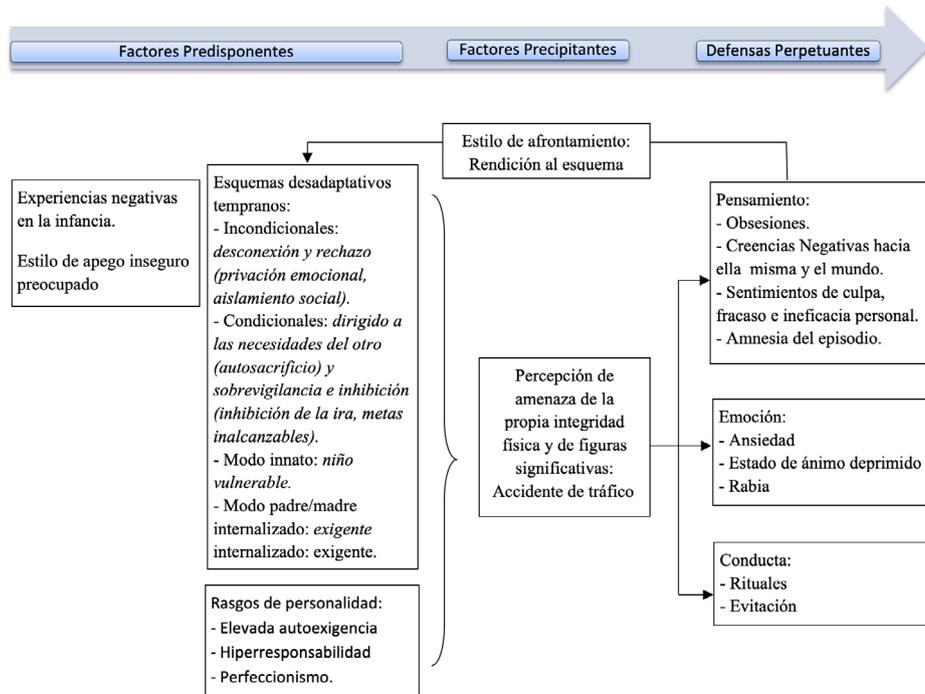
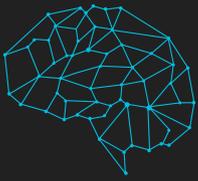


Figura 1. Análisis funcional del caso.

o sus seres queridos. Presenta compulsiones de orden, comprobación y rituales mentales relacionados con contar mentalmente. Estas conductas tienen una función ansiolítica, que se asocia con la reducción de los síntomas de ansiedad.

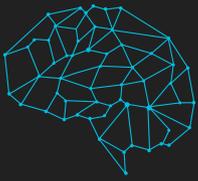
Muestra elevada ansiedad anticipatoria, que la lleva a evitar situaciones en las que no tiene sensación de control, incrementando las conductas ritualísticas. Estas situaciones incluyen también factores externos e internos asociados al episodio experimentado de forma traumática.

La evitación supone una leve interferencia laboral que es capaz de manejar, pudiendo acudir a trabajar a pesar del malestar asociado y precisando que su marido la acompañe en alguna ocasión. En cambio la interferencia en su vida social es elevada, provocando un importante deterioro y aislamiento social. Del mismo modo, supone una interferencia en su rol de madre, limitando las actividades que puede realizar con su hija. Para manejar la ansiedad, la paciente ha desarrollado rituales de limpieza, orden y comprobación.

A nivel cognitivo, presenta sentimientos de culpa, fracaso e ineficacia personal, con una elevada tendencia a la rumiación. Manifiesta sentimientos de rabia contenida hacia las figuras de apego. (ver Figura 1).

HIPÓTESIS DE TRABAJO TERAPÉUTICO

Consideramos que los eventos que la paciente vivió de forma traumática actuaron como factores precipitantes de la clínica del TOC, tanto los episodios traumáticos de gran impacto emocional (accidente de coche) como a los sucesos relacionados con primeras experiencias infantiles asociados a sentimientos de abandono y desprotección, en los cuales las principales figuras de apego no pudieron garantizar las necesidades emocionales nucleares y que influyeron en el origen de su estructura de esquemas, perpetuándose por la reproducción de patrones afectivos, cognitivos y conductuales desadaptativos, y estilos y respuestas de afrontamiento disfuncionales (Young, Klosko y Weishaar, 2013).



Dada la escasa respuesta al tratamiento de primera elección del TOC, nuestra hipótesis de trabajo asumiría que en la base del trastorno parecerían estar presentes recuerdos no integrados, almacenados de modo disfuncional, que están predisponiendo la clínica obsesiva-compulsiva.

ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL TRATAMIENTO

Nuestro objetivo es trabajar en los factores que, a nuestro entender, predispusieron y precipitaron la clínica actual, y que parecen constituir la base subyacente a la patología. Se espera obtener una respuesta en la reducción de los síntomas obsesivos y compulsivos, factores mantenedores del problema y que están interfiriendo en el funcionamiento social y, en menor grado, laboral. A su vez se espera obtener una mejoría en los síntomas de ansiedad y depresión.

En esta misma dirección, pretendemos intervenir en los esquemas desadaptativos tempranos, asentados en edades infantiles, que estructuran los problemas actuales, y lograr establecer estilos de respuesta más adaptativos, abordando las necesidades nucleares de la infancia.

Por parte de la paciente, su objetivo es lograr que los síntomas de ansiedad y las conductas ritualísticas no interfieran en su día a día, y poder participar en mayor medida en actividades de ocio, de forma más espontánea, con su hija.

ESTUDIO DE LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

La intervención se dirigirá a reducir la intensidad de los síntomas de ansiedad asociada a los recuerdos traumáticos, de gran intensidad emocional, a través del establecimiento de nuevas conexiones y asociaciones, y del reprocesamiento y la integración de dichos acontecimientos. Así mismo, se espera lograr una disminución en los síntomas depresivos.

Además, se pretende alcanzar una disminución de las obsesiones y de las conductas de evitación y rituales, entendiéndolos como procesos dinámicamente relacionados con los recuerdos traumáticos.

Finalmente, se pretende alcanzar un distanciamiento y cambio de esquemas tempranos desadaptativos, que permitan aliviar la rabia contenida y mejorar la relación con las figuras de apego, sobre la base de la aceptación.

SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA FASE

Para la evaluación de los síntomas clínicos se aplicaron los siguientes instrumentos de medida:

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Sanz, 2014). Autoinforme que evalúa la ansiedad clínica. Consta de 21 ítems que se puntúan en una escala estructurada en formato tipo Likert de 0 a 3 y permite obtener una puntuación total del grado de ansiedad. La paciente obtiene una puntuación de 19 (PC 80), informando de elevada intensidad de síntomas de ansiedad somática.
- Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II) (Sanz, Perdigón, y Vázquez, 2003). Autoinforme que evalúa la intensidad de los síntomas de depresión. Consta de 21 ítems que se puntúan en una escala estructurada en formato tipo Likert de 0 a 3 y permite obtener una puntuación total de la severidad de estos síntomas. La paciente obtiene una puntuación de 27 que indica presencia de síntomas de intensidad moderada.
- Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS) (Sal y Rosas, Vega-Dienstmaier, Mazzotti Suárez, Vidal, Guimas, Adrianzén y Vivar, 2002). Cuestionario heteroaplicado que consta de 10 ítems, 5 hacen referencia a las obsesiones y 5 a las compulsiones, estructurado en formato tipo Likert de 0 a 4. La paciente obtiene una puntuación directa de 36, indicando elevada interferencia y malestar asociados a las obsesiones y compulsiones.
- Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) (Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello, Muñoz, 2016). Instrumento heteroaplicado que consta de 21 ítems que se corresponden con los criterios diagnósticos del DSM-5, evaluando los síntomas de reexperimentación, evitación cognitiva y conductual, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo y los síntomas de aumento de la activación. La paciente obtiene una puntuación de 38, por encima del punto de corte situado en 20, indicando elevada gravedad clínica en todos los núcleos sintomáticos: reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, aumento de la activación y reactividad psicofisiológica.
- Versión reducida de la escala de evaluación del apego "Cartes: Modèles Individuels de Relation" (CaMir-R) (La-casa, 2004). Mide las representaciones de apego sobre la base de las evaluaciones que realiza la persona sobre las experiencias de apego pasadas y presentes y sobre el funcionamiento familiar. Autoinforme de 32 ítems, es-



Tabla 1. Puntuación Escala CaMir-R

Dimensiones CaMir-R	Puntuaciones T
Seguridad disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	15,4
Preocupación familiar	49,8
Interferencia de los padres	68
Valor de la autoridad de los padres	41,8
Permisividad parental	51,7
Autosuficiencia y rencor hacia los padres	60,7
Traumatismo infantil	85,7

estructurados en una escala tipo Likert de 0 a 6. Consta de siete dimensiones, cinco de ellas referidas a las representaciones de apego. (ver tabla 1).

La paciente presenta un estilo de apego inseguro (PT: 49,8), informa de recuerdos de haber experimentado falta de disponibilidad de las figuras de apego. Ha desarrollado estrategias de apego preocupado, a través de la pasividad y el sometimiento para asegurar la proximidad y disponibilidad de estas figuras. Recuerda haber sido una niña miedosa y haber estado preocupada por el abandono, con representaciones negativas y ambivalentes de sus padres, así como resentimiento.

- El Cuestionario de Esquemas de Young, versión tercera reducida (YSQ-3) (Cid y Torrubia, 2010). Mide la taxonomía de 18 esquemas desadaptativos tempranos. Inventario autoinformado de 90 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 1 a 6. (ver tabla 2).

En la paciente destaca un predominio de esquemas de la dimensión "dirigido a las necesidades del otro", con exceso de atención a los deseos, sentimientos y repuestas de los otros, por encima de los propios y con el fin de obtener su aprobación o de evitar conflictos. Se involucra en gran medida en satisfacer las necesidades de terceros, para evitar sentimientos de culpa, conductas que con frecuencia la conducen a sentir que sus propias necesidades de seguridad, protección y aceptación no están siendo debidamente consideradas y al resentimiento hacia aquellos a los que se atiende, así como a la percepción de que estos no serán capaces de proporcionar apoyo emocional. Los esquemas incondicionales que estarían en la base son "abandono/inestabilidad" y "aislamiento social".

Tabla 2. Puntuaciones cuestionario CEY-S3

Dimensión de Esquema	Esquemas Tempranos Desadaptativos	Puntuación
Desconexión y rechazo	Privación emocional	9
	Abandono/inestabilidad	15
	Desconfianza/abuso	7
	Aislamiento social	15
	Imperfección/vergüenza	10
Trastornos de la autonomía y la ejecución	Fracaso	13
	Dependencia	12
	Vulnerabilidad al peligro	5
	Apego inmaduro	12
Dirigido por las necesidades de los otros	Subyugación	15
	Autosacrificio	22
	Búsqueda de reconocimiento	16
Límites deficitarios	Grandiosidad	10
	Insuficiente autocontrol	10
Sobrevigilancia e inhibición	Inhibición emocional	15
	Metas inalcanzables	15
	Negativismo	5
	Castigo	5

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

El tratamiento consistió en un abordaje integrado de EMDR y terapia de esquemas.

Se ha hipotetizado que los síntomas asociados al TOC aparecen posteriormente a una situación traumática, que la paciente ha tenido dificultades para elaborar, como un mecanismo de gestión del malestar. Por tanto, se aplica EMDR para reprocesar y reintegrar la situación traumática y reducir el nivel de malestar que la paciente gestiona con conductas ritualísticas.

En síntesis, los criterios de elección de EMDR se fundamentaron en los siguientes puntos: 1) los síntomas obsesivo-compulsivos serían una forma de regular el malestar asociado al trauma, 2) historia de años de psicoterapia con pocos progresos y sin respuesta al tratamiento convencional, 3) a pesar de las dificultades de gestión del malestar, hipotetizamos que es capaz de tolerar y sostener altos niveles de perturbación emocional que requiere la técnica y 4) adecuada red de soporte interpersonal.

Así mismo, y teniendo en cuenta los rasgos de personalidad de la paciente que podrían estar relacionados con los



esquemas tempranos desadaptativos, se plantea un abordaje a través de terapia de esquemas para mejorar estos rasgos y, también, para elaborar situaciones de trauma precoz que pueden estar en la base de dichos rasgos de personalidad y, a su vez, manteniendo los síntomas obsesivo-compulsivos de control y seguridad.

Los esquemas, creencias profundamente arraigadas y aprendidas a edades tempranas, se perpetúan a pesar de ser destructivos porque confieren sentimientos de seguridad y previsibilidad. Asumiendo que mediante la terapia de esquemas se trabaja para fortalecer el "modo adulto sano" (Young, Klosko, Weishaar, 2013), acompañaremos a la paciente en el proceso de cuidar y cambiar la relación consigo misma y su entorno, disminuyendo la sensación de vulnerabilidad. Se utilizaron principalmente estrategias cognitivas y experienciales para el cambio.

APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

El tratamiento se estructuró en 15 sesiones de 60 minutos aproximadamente (ver Figura 2), con una frecuencia semanal.

En las dos primeras se realizó la evaluación psicológica, mediante los cuestionarios indicados y entrevista.

En la tercera sesión se conceptualiza el caso y se realiza educación sobre el modelo con la paciente. Se empiezan a introducir técnicas cognitivas con el objetivo de empezar a integrar una voz sana que cuestione los esquemas.

En la cuarta sesión se inició el protocolo de EMDR. En la fase 1 se identifican los disparadores que activan los síntomas en el momento actual. Los targets se identificaron a través de la evocación de los síntomas de ansiedad y a partir de las creencias negativas sobre sí misma ("no valgo", "no soy suficiente"), utilizando la técnica floatback. Se recogen los siguientes targets: 1) Primer recuerdo: cuando la paciente tenía 14 años, los padres la dejaron con los abuelos para irse de vacaciones, tuvo lugar un episodio de elevada ansiedad de separación que lleva a la paciente a llevar a cabo una sobreingesta medicamentosa de baja letalidad, con finalidad ansiolítica, no autolítica; 2) Recuerdo más intenso: episodio de ansiedad durante el desplazamiento en coche; y 3) Último recuerdo: discusión con los padres en el lugar de trabajo.

En un primer momento, el trabajo sobre el episodio del desplazamiento en coche (primer recuerdo) que la paciente trae a consulta e identifica como factor desencadenante, nos permitió indagar en el resto de dianas terapéuticas que, a su vez, se relacionan con las principales figuras de apego.

Finalmente, siguiendo con la fase 2 del protocolo, se prepara a la paciente antes de abordar los siguientes pasos. Se aplica la escala D.E.S. que indica presencia leve de síntomas disociativos y de despersonalización y desrealización. Se construye un lugar seguro antes de iniciar el procesamiento.

En la quinta sesión, se aplicó el protocolo EMDR, en la modalidad de estimulación bilateral ocular, trabajando sobre el recuerdo más intenso. Se precisaron diferentes tandas de estimulación para obtener cambios. En un primer momento la emoción predominante de ansiedad, localizada en el pecho, se asocia a la cognición negativa "no valgo" con una puntuación de 10 (equivale a perturbación más alta) en la escala de las Unidades de Perturbación Subjetiva (SUD). Se finaliza la sesión una vez alcanzada una puntuación 0 (equivale a no perturbación) y una puntuación de 7 en la escala de Validez de la Cognición Positiva (VOC) para la cognición "soy fuerte". A lo largo de las sucesivas tandas se producen cambios en la imagen, el pensamiento, la emoción y las sensaciones corporales. Se termina con la visualización del lugar seguro.

En las siguientes sesiones, de la sexta a la novena, se sigue trabajando el target 'recuerdo más intenso' y posteriormente las siguientes dianas. Al inicio de cada sesión, se lleva a cabo la reevaluación de las dianas trabajadas en la sesión anterior, para revisar que las escalas SUD y VOC se mantienen estables.

En la décima sesión, se vuelve a revisar la posible aparición de material nuevo. La paciente refiere importante disminución de los síntomas de ansiedad, así como un alivio en la clínica afectiva, con mejoría del estado de ánimo. Siguen persistiendo sentimientos de rabia contenida hacia las figuras significativas de apego. En esta sesión no se aplica estimulación bilateral.

A partir de la sesión undécima hasta la decimocuarta, volvimos a abordar el trabajo de esquemas en mayor profundidad. Se aplican técnicas experienciales para permitir experimentar a nivel afectivo los esquemas condicionales de autosacrificio, búsqueda de reconocimiento, subyugación, inhibición emocional y metas inalcanzables, así como los esquemas incondicionales de aislamiento social, abandono e inestabilidad; y vincular emocionalmente los orígenes infantiles del esquema a los problemas actuales. El objetivo de estas sesiones fue trabajar los modos 'niño vulnerable', 'adulto sano' y 'madre disfuncional'. El trabajo se centró en imágenes vinculadas con las figuras de apego y conectadas con la emoción de rabia contenida. Se aplicaron técnicas de

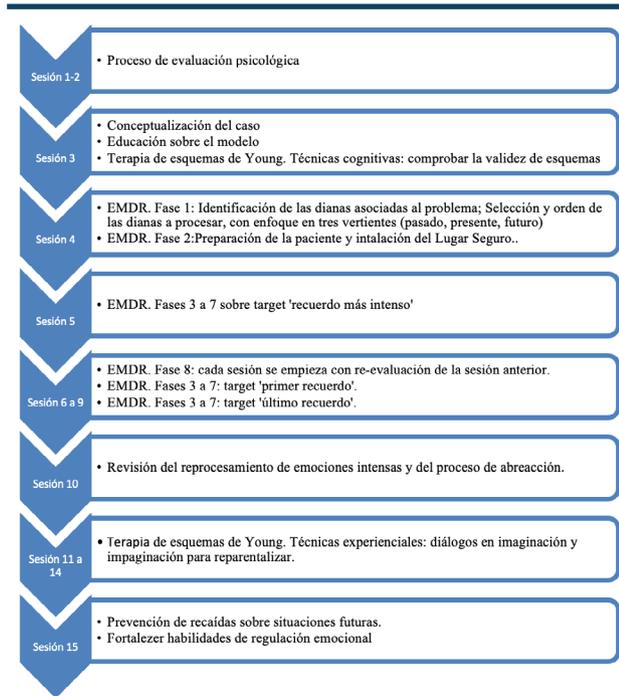


Figura 2. Descripción de las sesiones del tratamiento.

diálogos en imaginación para distanciarse de los esquemas condicionales e incondicionales y expresar emociones de ira contenida, a su vez se utilizaron técnicas de reparentalización basadas en la relación de aceptación incondicional y la validación, en consonancia con las necesidades universales de la infancia.

En la decimoquinta sesión se trabaja en la prevención de recaídas, sobre situaciones futuras, potenciando las habilidades de regulación emocional.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

La eficacia del tratamiento se evaluó aplicando de nuevo los instrumentos de evaluación (ver tabla 3).

Se observa una mejora tanto en los síntomas de ansiedad y depresión. También se obtiene una disminución de la intensidad, interferencia y malestar asociado a las obsesiones y a los rituales. En cuanto a los síntomas de estrés postraumático, la paciente muestra menor intensidad de los síntomas asociados a la reexperimentación, la evitación, las

Tabla 3. Puntuaciones BAI, BDI-II, Y-BOCS y EGS-R, antes y después de la intervención.

	Puntuación pre-tratamiento	Puntuación post-tratamiento
BAI	19 (PC 80)	11 (PC 60)
BDI-II	27 (intensidad moderada)	19 (intensidad leve)
Y-BOCS	36	23
EGS-R	38	22

alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, y la activación y reactividad.

No se han hallado resultados significativos en relación al cambio de esquemas tempranos desadaptativos.

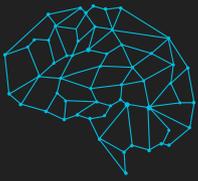
SEGUIMIENTO

Se realizaron dos visitas de seguimiento, al mes y a los tres meses, en las que se comprobaron el mantenimiento de los logros en la sintomatología clínica. Además la paciente informa de progresos en la identificación y el manejo de los esquemas, trabajando en el modo 'adulto sano'. Refiere mejoras en la relación con sus padres y disminución de los sentimientos de rabia.

DISCUSIÓN

El caso muestra la implicación y relevancia que tienen los aspectos traumáticos en la etiología de determinados trastornos mentales (Walsh, McLaughlin, Hamilton y Keyes, 2017). Así, podemos afirmar que nuestro trabajo terapéutico no debe limitarse exclusivamente a la reducción de la sintomatología, sino que debe aprehender la vulnerabilidad psicológica de la persona, abordando los aspectos que condujeron y que están manteniendo la psicopatología. En esta línea se pone de manifiesto la importancia de un proceso psicodiagnóstico que incluya la realización de un análisis funcional con el objetivo de identificar todos aquellos aspectos relacionados con la conducta problema (Froján Parga, 2011). Se deben asociar temporalmente los acontecimientos traumáticos con el inicio de la sintomatología, así como la función de ésta en el manejo patológico de atenuación de los síntomas postraumáticos. Por último, la valoración de este conjunto nos permitirá anticipar posibles resistencias al tratamiento y establecer una base de reevaluación en el caso que se observe una evolución clínica no favorable.

El abordaje con EMDR como técnica de elección en el tratamiento tiene como objetivo reducir los síntomas de es-



trés postraumático. En el caso, el elemento que parece estar relacionado con la mejoría es la exposición en imaginación (Dykshoorn, 2014) que ha permitido trabajar sobre los estados emocionales intensos, las sensaciones corporales y las creencias asociadas. Consideramos que la elaboración del trauma ha influido en la reducción de los síntomas de ansiedad y emocionales, disminuyendo las conductas ritualísticas y de evitación. La reducción de los síntomas de ansiedad y de alteración del estado anímico ha conllevado una disminución de las conductas ritualistas y de evitación. Por tanto, nuestra hipótesis acerca de los síntomas obsesivo-compulsivos como manejo del malestar emocional asociado a acontecimientos traumáticos se ha visto fortalecida.

Dichas mejorías se relacionan por un lado con la reducción de la ansiedad, mediante EMDR en este caso, asociada a las situaciones que actúan como disparadoras, por otro lado con el trabajo realizado sobre experiencias del pasado de la paciente que estarían vinculadas indirectamente con la situación traumática. Nos referimos a los esquemas desadaptativos básicos ligados con los primeros vínculos de apego. Estos esquemas tempranos determinan la forma de relación con las situaciones ambientales y están asociados con la sintomatología actual. En el caso predominan los esquemas referidos a la inestabilidad percibida en la conexión con otras personas significativas y a la sensación de no encajar en el propio contexto social. Estos esquemas confieren a la paciente sentimientos de inseguridad e imprevisibilidad y miedo al abandono, de manera que menguan la confianza en sus propios recursos a la hora de exponerse a las situaciones temidas. Por tanto, se han trabajado los esquemas más básicos, con el objetivo de facilitar la elaboración de la situación traumática. Así, hemos considerado que la creencia profundamente arraigada sobre la imposibilidad de satisfacer sus necesidades de estabilidad, seguridad, protección y amor, la llevan a la necesidad de evitar sentir emociones desagradables que paradójicamente se vuelven incontrolables en situaciones donde experimenta la sensación de peligro. Creemos que la integración de experiencias traumáticas de la infancia, en consonancia con la validación de las necesidades básicas, mediante la terapia de esquemas, ha facilitado poder sostener los cambios logrados en los síntomas, así como la inoculación de las situaciones que disparaban la ansiedad en el seguimiento. No obstante, aunque se hayan elaborado los traumas de base de los esquemas disfuncionales, no se lograron cambios estructurales en la construcción de esque-

mas. Consideramos que esto es debido al hecho de que se requiere un mayor tiempo de intervención una vez eliminados los síntomas del eje I, dado que requiere cambios actitudinales que van forjándose con el tiempo y la práctica. De esta forma, se hace necesario revalorar la necesidad de continuar el seguimiento con un nuevo planteamiento terapéutico.

El caso de nuestra paciente pone de relieve la gran complejidad de la intervención cuando se entremezclan los problemas actuales con procesos de traumatización crónica. El trauma complejo hace referencia a la acumulación de traumatización que puede generarse cuando una persona se mantiene en contextos traumatizantes durante largo tiempo (Nieto Martínez y López Casares, 2016). La marca de estas experiencias se queda "encarnada" (Johannes Kaufhold y Leuzinger-Bohleber, 2015) en el propio cuerpo, contribuyendo a que se cronifiquen las respuestas corporales y emocionales experimentadas en los traumas interpersonales. Nuestra paciente ha sentido este maltrato en forma de ofensas y desprecios por parte de las principales figuras de apego, viéndose comprometidas desde la infancia las necesidades de seguridad y amor y, por consiguiente, su forma de estar en el mundo.

En cuanto a las posibles limitaciones en el uso de la técnica de EMDR, cabe considerar que no constituye una herramienta para emplear en todos los casos ya que su eficacia está ligada a la capacidad de imaginar de la persona, aun así, podríamos contemplar la posibilidad de realizar previamente un entrenamiento en imaginación. Otra limitación está sujeta a los recursos con los que contamos en nuestra práctica clínica, en este sentido, es necesario disponer de cierta flexibilidad asistencial ya que es difícil anticipar el tiempo que la persona requiere para llevar a cabo el reprocesamiento.

CONCLUSIONES

El análisis funcional constituye una herramienta fundamental que permite estructurar el plan terapéutico y que ha resultado más adecuado que una orientación exclusivamente basada en el diagnóstico principal. Además, esta valoración del conjunto, así como la anticipación de posibles resistencias al tratamiento, nos permitirá la reevaluación del caso ante una evolución clínica no favorable.

Así mismo, se deben contemplar las experiencias infantiles y actuales de cada persona y sus rasgos particulares de personalidad para poder realizar el tratamiento más adecuado a la situación del paciente.



CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bowlby, J. (1979). *The Bowlby-Ainsworth attachment theory*. Behavioral and Brain Sciences, 2(4), 637-638.
2. Briggs, E. S., Price, I. R. (2009). *The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: The role of anxiety, depression, and experiential avoidance*. Journal of Anxiety Disorders, 23, 1037-1046.
3. Cid, J., y Torrubia, R. (2010). *Spanish version of the Young Schemas Questionnaire-3*. Manuscrito no publicado.
4. Cromer, K. R., Schmidt, N. B., Murphy, D. L. (2006). *An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder*. Behaviour Research and Therapy 45, 1683-1691.
5. Dykshoorn, K. L. (2014). *Trauma-related obsessive-compulsive disorder: a review*. Health Psychology & Behavioural Medicine, 2(1), 517-528. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/21642850.2014.905207>.
6. Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., Muñoz, J. M. (2016). *Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas*. Terapia psicológica, 34(2), 111-128.
7. Froján Parga, M. X. (2011) ¿Por qué Funcionan los Tratamientos Psicológicos? Clínica y Salud, 22 (3), 201-204.
8. Gershuny, B. S, Baer, L., Radomsky, A. S., Wilson, K. A., Jenike, M. J. (2002). *Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: a case series*. Behaviour Research and Therapy 41, 1029-1041.
9. Johannes Kaufhold, A. N. y Leuzinger-Bohleber, M. (2015). *Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood*. Depression Research and Treatment, 2015, Art. ID 650804. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26693349/>
10. Lacasa, F. (2004). *Versión española del CaMir*. Disponible en: http://www.sites.google.com/site/bpierreh/home/instruments/camir/camir_sp.
11. Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1968). *Diccionario de psicoanálisis*. Argentina: ed. Paidós.
12. Nieto Martínez, N. y López Casares; M. C. (2016). *Abordaje integral de la clínica del trauma complejo*. Clínica Contemporánea, 7 (2), 87-104.
13. Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Editorial Norma.
14. Saldaña García, J. (2014). *Trauma y resiliencia. Una visión aproximada desde la psicoterapia breve integrada*. Medicina Psicosomática y Psicoterapia, 4(3). Disponible en: https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Trauma_personalidad_y_resiliencia
15. Sal y Rosas, H. J., Vega-Dienstmaier, J. M., Mazzotti Suárez, G., Vidal, H., Guimas, B., Adrianzén, C., Vivar, R. (2002). *Validación de una versión en español de la Escala Yale-Brown para el trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Actas Españolas de Psiquiatría, 30(1), 30-35.
16. Sanz, J. (2014). *Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica*. Clínica y Salud, 25(1), 39-48.
17. Sanz, J., Perdigón, A., y Vázquez, C. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general*. Clínica y Salud, 14 (3), 249-280.
18. Schuder, M. R., & Lyons-Ruth, K. (2004). *"Hidden Trauma" in Infancy: Attachment, Fearful Arousal, and Early Dysfunction of the Stress Response System*. En J. D. Osofsky (Ed.), *Young children and trauma: Intervention and treatment* (pp. 69-104). Guilford Press.
19. Shapiro, F. (2013). *Supera tu pasado. Tomar el control de la vida con EMDR*. Barcelona: Kairos.
20. Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.
21. Van der Kolk B., Roth S., Pelcovitz D., Sunday, S, Spinazzola J. (2005). *Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma*. Journal of Traumatic Stress, 18: 389-399.
22. Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2013). *Terapia de esquemas: una guía práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
23. Walsh, K., McLaughlin, K. A, Hamilton, A., Keyes, K. M. (2017). *Trauma exposure, incident psychiatric disorders, and disorder transitions in a longitudinal population representative sample*. Journal of psychiatric research, 92, 212-218.