

Trabajo Fin de Grado

Programa de intervención basado en la terapia
EMDR para pacientes con trastorno obsesivo-
compulsivo de la personalidad.

*Intervention program based on EMDR therapy for
patients with obsessive-compulsive personality
disorder.*

Autor/es

Yago Pérez Montesinos

Director/es

Estefanía Barrado Mariscal

Grado en Psicología

2022/2023



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Resumen

Los trastornos de personalidad y la sintomatología obsesivo-compulsiva guardan una estrecha relación con las experiencias vitales aversivas. La terapia EMDR es una técnica psicológica, con amplia validez científica, desarrollada para tratar los acontecimientos traumáticos. Se plantea un programa de intervención basado en la terapia EMDR para pacientes con trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, teniendo en cuenta la fuerte vinculación existente entre este tipo de alteraciones y un pasado perturbador. Se plantean el perfeccionismo y la ansiedad como dianas terapéuticas y se espera que, tras la aplicación del programa, los sujetos reduzcan notablemente sus puntuaciones en ambas variables, con el fin de incrementar su calidad de vida.

Palabras Clave: EMDR, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP), perfeccionismo, ansiedad, trauma.

Abstract

Personality disorders and obsessive-compulsive symptoms are closely related to aversive life experiences. EMDR therapy is a psychological technique, with broad scientific validity, developed to treat traumatic events. An intervention program based on EMDR therapy is proposed for patients with obsessive-compulsive personality disorder, taking into account the strong link between this type of alterations and a disturbing past. Perfectionism and anxiety are considered as therapeutic targets and it is expected that, after the application of the program, the subjects will significantly reduce their scores in both variables, in order to increase their quality of life.

Key Words: EMDR, obsessive-compulsive personality disorder (OCPD), perfectionism, anxiety, trauma.

Fundamentación Teórica

Existen muchas definiciones relativas al concepto de personalidad, lo que puede indicar que es un campo de estudio que todavía necesita ser explorado en mayor profundidad. No obstante, es innegable que existe un común denominador. Belloch y Álvarez (2010) definen la personalidad de forma tan coloquial como certera, planteándola como el conjunto de características o rasgos que mejor definen el modo de ser de un individuo. Para aquellos que precisen de un punto de vista más técnico, Pervin (1990) la considera una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que dirige y orienta la vida de una persona, compuesta tanto de características de naturaleza genética como de aprendizajes experienciales. A la dimensión biológica de la personalidad, Cloninger et al. (1993) la definieron como temperamento, una influencia innata y constitucional en nuestro comportamiento. La parte aprendida de la personalidad se consideraría el carácter (Sperry, 1999), una serie de factores psicosociales que adquirimos en interacción con nuestro entorno y que condicionan nuestra manera de actuar frente a diversas situaciones. Todas estas variables conformarían lo que teóricamente se considera el espectro de la personalidad que, como bien dicen Belloch y Álvarez (2010), es una propiedad emergente compleja que se halla en crecimiento permanente, y que la compone un conjunto de rasgos relativamente estables de naturaleza emocional, afectiva, cognitiva, conductual y social; los cuales se activan ante los diferentes estímulos y cambios producidos en el ambiente (Phares, 1988; DeYoung, 2015).

Al conceptualizar la personalidad como un continuo dimensional, no existe un baremo exacto que determine cuando una personalidad pasa a ser patológica, de modo que se remite al criterio subjetivo y personal para determinarlo y, tal y como apuntan Belloch et al. (2020), los rasgos de personalidad suponen un problema cuando son inflexibles y desadaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional

significativo que conlleva un malestar en el individuo; de modo que cualquier rasgo suficientemente extremo puede suponer una reducción de las oportunidades para aprender y crecer (Millon y Escovar, 1999). La particularidad de los trastornos de la personalidad que los diferencia del resto de trastornos mentales es que los primeros conviven permanentemente con el individuo, pues es su propia disposición biopsicológica lo que los configura, añadiendo un extra de complejidad a su tratamiento; tanto es así, que se les suele denominar egosintónicos, pues van en sintonía con el individuo; tanto que muchas veces son imperceptibles por este mismo, ignorando la problemática existente y siendo su entorno el receptor del sufrimiento (Esbec y Echeburúa, 2011). Este tipo de trastornos tienen la tendencia de afectar a las diferentes áreas de la vida de un sujeto: personal, familiar, laboral, interpersonal y comunitaria (Caballo, 2004), lo que supone un reto terapéutico y personal enormemente complejo.

La importancia de estudiar y tratar este tipo de problemáticas se pone de manifiesto cuando analizamos, además, la elevada comorbilidad que presentan este tipo de patologías con otros trastornos mentales, especialmente con trastornos afectivos (Tyrer, 1993). Para más inri, Van Velzen y Emmelkamp (2020) encontraron en un estudio que la mitad de los pacientes diagnosticados con ansiedad presentaban también un trastorno de personalidad.

Si bien es cierto que la genética predispone al individuo a desarrollar un determinado trastorno de la personalidad, suelen ser los eventos vitales los que precipitan concluir en esa perturbación. Acontecimientos estresantes, tales como los traumas en la infancia, pueden ser desencadenantes de este tipo de patologías (Lieberman et al., 2011); de hecho, la prevalencia de eventos traumáticos es alta en los trastornos de personalidad, incluso más que en otros trastornos mentales (Yen et al., 2002; Zanarini et al., 2002). Se calcula, según Johnson et al. (1999), que quienes han sufrido abuso infantil o negligencia parental son diagnosticados cuatro veces más con un trastorno de la personalidad que la población general. Por tanto, hay

una enorme vinculación de los trastornos de la personalidad con el abuso infantil (Grover, 2007). Los hallazgos de Shea et al. (1999) concluyen que los patrones característicos de los trastornos de la personalidad están claramente asociados con individuos con antecedentes estresantes.

Se puede hipotetizar, por tanto, que intervenir sobre el pasado de aquellos aquejados de un trastorno de la personalidad resultaría fructífero y positivo en el desarrollo de su tratamiento. Frente a las habituales opciones lentas y caras, hay evidencia científica emergente, tal y como afirman Hofman et al. (2022), de que la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (EMDR) podría ser beneficiosa para este tipo de patologías con base traumática en un tiempo relativamente corto. Este método terapéutico fue desarrollado por Francine Saphiro (1989) para abordar las problemáticas psicológicas de raíz traumática a través de la obtención de secuencias de movimientos oculares sacádicos, influyendo sobre los recuerdos y reduciendo duraderamente la ansiedad, de manera que se produzcan cambios en las evaluaciones cognitivas de los sucesos, y se minimicen los pensamientos intrusivos. Esta técnica permite remitir a aquellos sucesos que generan malestar al individuo a la par que se accede a las conexiones neuronales que los controlan, restableciendo así el equilibrio cerebral y reduciendo el malestar experimentado (Saphiro y Forrest, 2016; Saphiro, 2017). Está contrastada la eficacia del método en tan solo una sesión, mejorando considerablemente el procesamiento cognitivo de las situaciones, así como cambios en el comportamiento del sujeto que producen un gran alivio de la sintomatología existente (Saphiro, 1989). Más concretamente, en el caso de los trastornos de la personalidad, Hafkemeijer et al. (2021) concluyen que es una terapia efectiva con efecto reductor de los síntomas, siendo probadas las mejoras significativas y su efecto beneficioso (Hafkemeijer et al., 2020).

Se propone, por tanto, desarrollar un programa de intervención en trastornos de la personalidad basado en la terapia EMDR; más concretamente, en el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP) porque, tal y como señala Mosquera (2018), el protocolo EMDR estándar es efectivo, pero aconseja prestar atención a los rasgos de personalidad específicos de cada trastorno para asegurar el éxito del tratamiento. De este modo, se considera que focalizar el presente proyecto exclusivamente en el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad permitirá incidir más específicamente sobre características patológicas concretas, como las que presentan las personalidades obsesivas, incrementando las posibilidades de éxito.

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2016), un trastorno de la personalidad del grupo C, los considerados como ansiosos o temerosos. Este se caracteriza por un patrón dominante de perfeccionismo, preocupación por el orden y control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad y la eficiencia. Características como la obstinación, la perseverancia, la meticulosidad y la tendencia a la normativa (Roca, 2010) resultan en un hipercontrol profundamente desadaptativo de todas las áreas vitales del sujeto. Su prevalencia en la población general es de entre el 2% y el 3,2% (Volkert et al., 2018), y del 8,7% en población clínica (Zimmerman et al., 2005).

Es importante, no obstante, diferenciar el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) del Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad (TOCP), pues este último no presenta necesariamente obsesiones intrusivas ni compulsiones (Correcher et al., 2019). En cualquier caso, los trastornos obsesivos simples y complejos, además de estar relacionados con otros problemas psiquiátricos, están especialmente asociados a los trastornos de la personalidad debido a sus características comunes, con una relación de hasta el 55% de los casos según lo publicado (Franco, 2011), lo que refuerza la necesidad de esta entidad diagnóstica. Bados

(2005) señala que aproximadamente la mitad de pacientes con TOC presentan rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva; y Frost y Steketee (1997) comprobaron los puntajes significativamente elevados en perfeccionismo, preocupación por los errores y dudas sobre las acciones en personas con TOC, lo que lleva a concluir que comparten ciertas características, siendo probable que ambos trastornos coexistan. Estudios como el de Gordon et al. (2013) sostienen que parece existir una asociación significativa y específica entre ambos trastornos; y Vallejo et al. (1996) apuntan que, considerada clásicamente, la personalidad obsesiva podría estar presente hasta en un 83% de los casos de TOC. De hecho, Correcher et al. (2019) señalan que muchos autores, como Fineberg et al. (2014), defienden la inclusión del TOCP en el grupo del espectro del TOC.

También la sintomatología obsesivo-compulsiva y las experiencias traumáticas tienen una relación lo suficientemente significativa como para considerar el tratamiento del trauma en el desarrollo de la terapia (Dykshoorn, 2014), pues siempre se ha reconocido el estrés y la ansiedad como factores precipitantes de estos trastornos (de Silva y Marks, 1999) ya que, tal y como señalan Miller y Brock (2017), la exposición al trauma juega un papel importante en los síntomas de la ansiedad, propios de este grupo; generando cogniciones desadaptativas que inflexibilizan la visión del mundo (Tomarken et al., 2012). Más específicamente, se han observado asociaciones significativas entre el abuso emocional y la sintomatología obsesivo-compulsiva, así como entre la negligencia física, el abuso sexual y los rasgos de escrupulosidad (Mathews et al., 2008). El estudio etiológico del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad concluye que padres hiper controladores, perfeccionistas y rígidos podrían estar detrás de su desarrollo, obstaculizando su progreso hacia la autonomía (Haranburu et al., 2011) y participando en la formación de relaciones de apego inseguras y ausencia de empatía (Perry et al., 2007).

Por tanto; y teniendo en cuenta que tanto los trastornos de la personalidad como, específicamente, la sintomatología obsesivo-compulsiva presentan altas probabilidades de haber sido precipitados por experiencias disfuncionales pasadas, se propone confiar en la terapia EMDR -ampliamente contrastada y validada en este tipo de casos- para incrementar el bienestar de los pacientes con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.

En consecuencia, se plantea el presente programa de intervención basado en la terapia EMDR para pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Objetivos

El principal propósito de este programa es contribuir a una mejora sintomatológica en sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. De este modo, se espera que el efecto de la terapia EMDR se manifieste a través de una reducción de la ansiedad y el malestar que genera este patrón de personalidad, lo que se traduciría en un aumento de la calidad de vida y un comportamiento más adaptativo. El eje central a tratar sería el perfeccionismo rígido que, como apuntan Shafran y Maxwell (2001), es probablemente el generador del resto de características obsesivas. En este sentido, el pilar central de la intervención se centraría en reducir las puntuaciones en perfeccionismo de los participantes.

Por último, basándonos en las recomendaciones de Beck et al. (2015) de cara al tratamiento del TOCP, se espera que en los participantes del programa se desarrollen las siguientes competencias: 1) Instauración de la detención o demora del pensamiento; 2) Disminución de la autoatención; 3) Modificación de la necesidad de seguridad; 4) Entrenamiento en solución de problemas; 5) Práctica de relajación y concepción de espacios de ocio; 6) Establecimiento de un programa óptimo de trabajo.

Beneficiarios y Localización

El presente programa está dirigido a individuos mayores de 18 años y menores de 35 con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, y será realizado en un

centro especializado de Zaragoza. Este límite de edad se estipula teniendo en cuenta que, si bien los trastornos de la personalidad pueden comenzar a desarrollarse en la adolescencia, no es sino hasta comienzos de la edad adulta cuando empiezan a consolidarse (Caballo, 2009). Por otro lado, situarnos en la mayoría de edad flexibiliza el procedimiento de cara a la asunción de responsabilidad individual y facilitación de permisos. Se establece el tope de edad en 35 años, que se aproxima al momento del fin del desarrollo neuronal y hormonal de las personas. Aunque se consideran los principales beneficiados, se prevé que exista también un impacto positivo en su entorno; pues la enfermedad mental y, más concretamente, los trastornos de la personalidad afectan considerablemente a los familiares del paciente afectado y a la estructura familiar (Rodríguez Moya y Peláez, 2013). Por este motivo, la mejora sintomatológica del paciente podría suponer una reducción de la posible disfuncionalidad familiar. En última instancia, la comunidad científica podría nutrirse de los resultados del estudio, abriendo posibles nuevas vías de investigación y profundizando más en un tema cuyo conocimiento sería de gran interés empírico.

Metodología

Participantes

En este proyecto participarán 8 sujetos, mayores de edad, seleccionados de un centro de psicología o psiquiatría que estén diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, y que no presenten otras patologías mentales graves que puedan interferir en el proceso de intervención.

Instrumentos

Aunque los pacientes ya tendrán un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad en su historial médico, se le aplicarán diversos cuestionarios para evaluar tanto el cumplimiento de los criterios diagnósticos como la gravedad de la sintomatología.

Instrumentos de Diagnóstico.

Los instrumentos de diagnóstico se aplicarán antes de comenzar la intervención, y servirán para verificar las características clínicas de los pacientes. Son los siguientes:

PID-5. Personality Inventory for DSM-5 (Krueger et al., 2012) para medir rasgos de personalidad, exclusivamente los ítems relacionados con la personalidad obsesiva, con 4 opciones de respuesta en función del grado de acuerdo con las afirmaciones.

PDQ-4. Personality Diagnostic Questionnaire. Obsessive Compulsive Personality Disorder Subscale (Hyler, 1994; adaptación; Calvo Piñero et al, 2002), utilizando la escala de trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, que consta de 8 ítems dicotómicos, para medir en qué medida se ajustan los criterios al individuo.

Instrumentos de Evaluación Sintomatológica.

Los instrumentos que evaluarán la sintomatología se aplicarán antes y después de la intervención, para realizar el contraste de la efectividad de esta en base a la reducción de las puntuaciones obtenidas inicial y posteriormente. Son los siguientes:

MPS. Escala Multidimensional de Perfeccionismo. Traducción al castellano de la Multidimensional Perfectionism Scale de Frost (Frost et al., 1990). Esta escala mide seis dimensiones del perfeccionismo: Exigencias personales, Preocupación por los errores, Dudas sobre acciones, Expectativas paternas, Críticas paternas y Organización. Además del perfeccionismo patológico, mide en qué medida está influenciado por la percepción de las expectativas paternas.

APS-R. Almost Perfect Scale Revised (Slaney et al., 2001; adaptación; Arana et al., 2009), que permite discriminar entre perfiles de perfeccionismo saludable o disfuncional y desadaptativo.

STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger et al., 1999), para medir el potencial ansioso del paciente y el nivel de ansiedad en un momento determinado. Servirá

para comprobar la esperada reducción post-tratamiento de la ansiedad, así como las características ansiosas del sujeto.

Procedimiento

La selección de los pacientes será en centros de salud mental especializados en trastornos de la personalidad que accedan a colaborar. Una vez allí, se informará del carácter gratuito y experimental de la intervención a los pacientes que cumplan los requisitos, y aquellos interesados serán candidatos al programa. En caso de que existiera una demanda superior a 10 pacientes, se seleccionaría dentro de esa muestra entre aquellos que se considere que más encajen en el proyecto, dando prioridad a aquellos que manifiesten experiencias traumáticas pasadas. A continuación rellenarán la batería de cuestionarios preparada y, tras la aplicación del programa establecido, volverán a rellenarlos para contrastar el efecto surtido.

Sesiones

El presente programa está dividido en 16 sesiones individuales de 1 hora cada una. La muestra será de 8 sujetos, cada uno de ellos realizará dos sesiones a la semana, de manera que 4 de ellos las realizarán los lunes y jueves; y los otros 4 los martes y viernes. El programa tiene una duración total de 8 semanas (dos meses, aproximadamente).

La intervención consta de 4 bloques bien diferenciados, estructurados siguiendo el protocolo EMDR estándar. Consultar *Anexo I* para profundizar en la información.

En el primer bloque (fase 1, tres sesiones) se explorará la historia clínica del paciente, recopilando toda la información posible que ayude a comprender el desarrollo del síntoma y permita establecer un plan de intervención adaptado y personalizado.

En el segundo bloque (fase 2, tres sesiones) se proporcionará al sujeto recursos cognitivos y de gestión emocional para lidiar con su sintomatología, así como para facilitar el

transcurso de la terapia, ya que se estará en contacto con recuerdos traumáticos o situaciones de difícil asimilación que podrían alterar el estado homeostático del sujeto.

En el tercer bloque (fases de 3 a 7, nueve sesiones) se procederá a trabajar con los recuerdos y experiencias del pasado que condicionan la sintomatología actual, con los estresores del presente y con los objetivos del futuro.

En el cuarto bloque (fase 8, una sesión) se hará una recapitulación de todo lo trabajado, se analizará el estado actual del paciente y se cumplimentarán los cuestionarios.

Desarrollo completo de la intervención en *Anexo II*.

Tabla 1. Cronograma de las sesiones

Sesiones	Tema	Contenidos
1º sesión	Fase 1. Historia Clínica	- Toma de contacto
2º sesión		- Exposición del problema
3º sesión		- Identificación de objetivos
		- Elaboración de línea de vida
		- Recopilación de información
		- Conceptualización del caso
		- Planificación del tratamiento
4º sesión	Fase 2. Preparación	- Psicoeducación sobre el problema
5º sesión		- Toma de conciencia
6º sesión		- Aprendizaje de recursos
		- Detención del pensamiento
		- Disminución de la autoatención
		- Ejercicios de relajación
7º sesión	Fases 3 a 7. Trabajo con el Pasado	- Exploración de recuerdos negativos
8º sesión		- El apego en la infancia
9º sesión		- Creencias negativas y positivas
		- Clausura y síntesis
10º sesión	Fases 3 a 7. Trabajo con el Presente	- Exploración de la sintomatología actual
11º sesión		- Perfeccionismo y rigidez
12º sesión		- Creencias negativas y positivas
		- Clausura y síntesis
13º sesión	Fases 3 a 7. Trabajo con el Futuro	- Modificar la necesidad de seguridad
14º sesión		- Elaboración de un programa de trabajo
15º sesión		- Creencias positivas y negativas
		- Clausura y síntesis
16º sesión	Fase 8. Reevaluación	- Análisis de los resultados
		- Estado del paciente
		- Grado de satisfacción
		- Cumplimentación de cuestionarios

Recursos

Recursos Materiales: otra de las ventajas de la terapia EMDR es la escasa utilización de recursos materiales, lo que permite implementar el protocolo minimizando los gastos y haciéndola más accesible. No obstante, podemos considerar imprescindible que las instalaciones cuenten con un aula de trabajo que contenga una mesa y unas sillas, que serán proporcionada por el centro de salud; respecto a material fungible, unos folios con unos bolígrafos sería suficiente y, en cuanto a equipos informáticos, un ordenador.

Recursos humanos: además de contar con el personal del centro para el acceso a la muestra, una psicóloga clínica especializada en la terapia EMDR será la responsable del desarrollo del programa.

Recursos económicos: el presupuesto ronda los 7000 euros que, desglosados, serían 6400 euros para la psicóloga clínica especialista en EMDR (50 euros por sesión) y otros 600 para el gasto en cuestionarios, materiales y posibles imprevistos.

Evaluación

Se evaluará el programa para valorar el grado de cumplimiento de los objetivos y poder mejorarlo a futuro, de manera que se pueda aumentar el conocimiento empírico sobre este. Será una evaluación mixta, de manera que se mantenga la objetividad al incluir evaluadores externos pero no se pierda la capacidad interna de influencia en el programa, aumentando así la credibilidad social del proyecto al tener estándares comparativos.

Existirán una evaluación anterior a la implementación, realizada por un centro especializado en EMDR, que certificará el diseño y planificación de la metodología implementada; una evaluación durante el propio programa que realizará la psicóloga en función de la retroalimentación observacional con los pacientes; y una evaluación posterior del grado de eficiencia del proyecto.

Esta evaluación de la eficiencia se contrastará a través del estudio pre-post, entendiéndose el programa como exitoso si los sujetos obtienen mejores puntuaciones, una vez realizado el tratamiento, en las escalas de perfeccionismo y ansiedad, así como en los cuestionarios de rasgos de personalidad, en comparación con sus resultados antes de iniciarlo.

Resultados Esperados

En base a la bibliografía existente sobre el trastorno obsesivo de la personalidad, se espera que las puntuaciones iniciales en ansiedad y perfeccionismo sean elevadas, ya que son los criterios fundamentales para poder diagnosticar esta patología.

Del mismo modo, se espera que la terapia EMDR reduzca considerablemente estos valores al haber finalizado la terapia, ya que está contrastado el efecto de esta técnica en la sintomatología obsesiva, así como en el trauma, factor precipitante de este tipo de perfiles y de los patrones de personalidad desadaptativos.

Así pues, se considerará exitoso si es capaz de implementar en los sujetos una mayor gestión de su ansiedad ante el perfeccionismo, disminuyendo su necesidad de seguridad, flexibilizando muchos de sus patrones de conducta y mejorando su calidad de vida.

Finalmente, se espera que el programa cumpla con los objetivos establecidos e incremente el bienestar subjetivo de los pacientes en comparación con su punto de partida.

Conclusiones y Discusión

La sintomatología obsesivo-compulsiva es altamente incapacitante. Muchos de estos pacientes presentan, incluso, un considerable riesgo de suicidio; lo que proporciona a este tema una considerable relevancia científica y humana.

La escasa bibliografía específica sobre EMDR y trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva convierten este trabajo, a mi juicio, en ciertamente relevante. Sería de gran interés científico profundizar en esta línea de investigación para clarificar los efectos de esta terapia en esta patología concreta.

A su vez, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad requiere de mayor profundización científica, pues muchas veces su estudio queda eclipsado por el de su homónimo, el TOC. De manera que, además de indagar en las características que lo definen, trabajar con pacientes que lo padecen ayudaría enormemente en el avance terapéutico, pues clarificaría sus necesidades y sus opciones de tratamiento más óptimas.

Considero importante tener en cuenta que cada trastorno de la personalidad es distinto, a pesar de pertenecer todos a la misma entidad diagnóstica. Los trastornos de personalidad, aunque pueden ser estudiados como un bloque, requieren de un enfoque idiográfico que permita distinguirlos con precisión. Para más inri, la heterogeneidad clínica de cada uno de los pacientes que presentan este tipo de trastornos es lo suficientemente considerable como para analizar individualmente sus casos y sus necesidades particulares, por lo que cada investigación es pertinente y sumaría al progreso académico y profesional.

Cuando trabajamos con problemas psicológicos con posible base traumática, debemos aceptar el papel que juega el entorno en el desarrollo de estas patologías. La cultura, entendida como el conjunto de normas sociales, tradiciones y costumbres, tiene un peso inconmensurable en el aprendizaje vital. Tal y como se ha mencionado previamente, el ambiente en el que crecemos y aprendemos es crucial en la consolidación de la personalidad individual. No todas las sociedades son iguales, por lo que no todas ejercen la misma influencia sobre las personas que las componen. Es por ello que prestar atención al marco cultural en el que se forja cada individuo ayudaría a explicar su condición, y debe ser tenido en cuenta.

La implementación de programas de intervención similares contribuiría enormemente al avance terapéutico y a la calidad de vida, dando a luz a nuevos descubrimientos que podrían influir positivamente en todo el espectro científico de la salud mental.

El eje central de este trabajo -más allá de proporcionar una estructura metodológica eficaz para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad- es destacar la contrastada asociación existente entre el trauma y los problemas de personalidad y la sintomatología obsesiva. Se pretende potenciar el enfoque de abordar los aspectos traumáticos de estos trastornos en la terapia, considerándolos una pieza clave en el tratamiento. El éxito de la terapia EMDR es algo relativamente circunstancial, siendo lo sustancial la importancia que se le otorgue a las experiencias que consolidan las patologías de la personalidad y la sintomatología obsesiva; porque el verdadero éxito de cualquier programa, más allá del resultado muestral final, debe ser propiciar un marco que permita seguir contribuyendo con el desarrollo de sus propuestas.

Por último, y a colación de todo lo expuesto anteriormente, considero apropiado concluir con otra hipótesis muy esperanzadora; y es la siguiente: si una amplia mayoría de estos casos clínicos vienen determinados por factores precipitantes externos a la condición innata del individuo, la psicología es afortunada de tener algo sobre lo que actuar; pues contra la genética temperamental difícilmente podemos luchar, pero sí contra el carácter formado por el peso de las experiencias.

Bibliografía

- American Psychological Association (2016). *DSM-5: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Arana, F.G.; Keegan, E.G. & Rutzstein, G. (2009). Adaptación de una medida multidimensional de perfeccionismo: la Almost Perfect Scale-Revised (APS-R). Un estudio preliminar sobre sus propiedades psicométricas en una muestra de estudiantes universitarios argentinos. *Evaluar*, 9, 35-53.
- Bados L., A. (2005). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications.
- Belloch Fuster, A. y Fernández Álvarez, H. (2010). *Tratado de Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Síntesis
- Belloch, A., Ramos, F., y Sandín, B. (2020). Trastornos de la Personalidad. En Manual de psicopatología, Tercera edición, Volumen II (pp. 399-442). Madrid: McGraw-Hill.
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis
- Caballo, V. E. (2009). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Calvo Piñero, N., Caseras Vives, X., Gutiérrez Ponce de León, F., & Torrubia Beltri, R. (2002). Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+(PDQ-4+). *Actas Españolas de Psiquiatría*.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.

- Correcher, P. S., González, L. V., & Martín, J. M. (2019). Trastornos de la personalidad. Formas límite. Trastorno obsesivo-compulsivo. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85), 4975-4983.
- de Silva, P., & Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(10), 941-951.
- DeYoung, C. G. (2015). Openness/intellect: A dimension of personality reflecting cognitive exploration.
- Dykshoorn, K. L. (2014). Trauma-related obsessive-compulsive disorder: a review. *Health Psychology and Behavioral Medicine: an Open Access Journal*, 2(1), 517-528.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11.
- Fineberg, N. A., Reghunandanan, S., Kolli, S., & Atmaca, M. (2014). Obsessive-compulsive (anankastic) personality disorder: toward the ICD-11 classification. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36, 40-50.
- Franco, A. J. M. (2011). La comorbilidad en los trastornos de la personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(8).
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour research and therapy*, 35(4), 291-296.
- Gordon, O. M., Salkovskis, P. M., Oldfield, V. B., & Carter, N. (2013). The association between obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive personality disorder: prevalence and clinical presentation. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(3), 300-315.

- Grover, K. E., Carpenter, L. L., Price, L. H., Gagne, G. G., Mello, A. F., Mello, M. F., & Tyrka, A. R. (2007). The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *Journal of personality disorders*, 21(4), 442-447.
- Hafkemeijer, L., de Jongh, A., van der Palen, J., & Starrenburg, A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in patients with a personality disorder. *European Journal of psychotraumatology*, 11(1), 1838777.
- Hafkemeijer, L., Starrenburg, A., van der Palen, J., Slotema, K., & de Jongh, A. (2021). Does EMDR therapy have an effect on memories of emotional abuse, neglect and other types of adverse events in patients with a personality disorder? Preliminary data. *Journal of Clinical Medicine*, 10(19), 4333.
- Haranburu Oiharbide, M., Esteve Okariz, J., Balluerka Lasa, N., Gorostiaga Manterola, A., & Guerra Plaza, J. (2011). Título: Etiología y tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad. *Psiquiatria. com*, 15.
- Hofman, S., Hafkemeijer, L., de Jongh, A., Starrenburg, A., & Slotema, K. (2022). Trauma-focused EMDR for Personality disorders among Outpatients (TEMPO): study protocol for a multi-centre, single-blind, randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 196.
- Hyler, S. E. (1994). Personality Diagnostic Questionnaire-4 (PDQ-4). Nueva York: New York State Psychiatric Institute
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 56(7), 600-606.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Personality Inventory for DSM-5. *Psychiatry Research*.

- Lieberman, A. F., Chu, A., Van Horn, P., & Harris, W. W. (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and psychopathology*, 23(2), 397-410.
- Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and anxiety*, 25(9), 742-751.
- Miller, M. L., & Brock, R. L. (2017). The effect of trauma on the severity of obsessive-compulsive spectrum symptoms: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 47, 29-44.
- Millon, T. y Escovar, L. (1999). La personalidad y los trastornos de la personalidad: Una perspectiva ecológica. En V. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carboles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI.
- Mosquera, D. (2018). Treating personality disorders with EMDR therapy. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(3).
- Perry, J. C., Bond, M., & Roy, C. (2007). Predictors of treatment duration and retention in a study of long-term dynamic psychotherapy: Childhood adversity, adult personality, and diagnosis. *Journal of Psychiatric Practice®*, 13(4), 221-232.
- Pervin, L. A. (1990). *Handbook of personality. Theory and research*. Nueva York: Guilford Press.
- Phares, E. J. (1988). *Introduction to personality*. Scott, Foresman & Co.
- Roca, M. (2010). *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Ars Medica.
- Rodríguez Moya, L., y Peláez, J. C. (2013). Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción psicológica*, 10(1), 75-84.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical psychology review*, 21(6), 879-906.

- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of traumatic stress*, 2(2), 199-223.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 20(3), 211-217.
- Shapiro, F., & Forrest, M. S. (2016). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. Hachette UK.
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Publications.
- Shea, M. T., Zlotnick, C., & Weisberg, R. B. (1999). Commonality and specificity of personality disorder profiles in subjects with trauma histories. *Journal of Personality disorders*, 13(3), 199-210.
- Slaney, R.B.; Rice, K.G.; Mobley, M.; Trippi, J. & Ashby, J.S. (2001). The revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 130-145.
- Sperry, L. (1999). Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorders. Philadelphia, PA: Brunner & Mazel.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., & Cubero, N. S. (1999). *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid, Spain: TEA ediciones.
- Tomarken, A., Roth, A., Holland, J., Ganz, O., Schachter, S., Kose, G., Ramírez, P. M., Allen, R., Nelson, C. J. (2012). Examining the role of trauma, personality, and meaning in young prolonged grievers. *Psycho-Oncology*, 21(7), 771-777.
- Tyrer, P., Stein, G. (1993). *Personality disorder Reviewed*. Londres: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists.

- Vallejo Ruiloba, J., Marcos, T., & Salamero, M. (1996). Cuestionario de rasgos de personalidad obsesiva (CRPO): resultados preliminares. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona.*, 1996, vol. 23, num. 6, p. 174-179.
- Van Velzen, C. J., Emmelkamp, P. M., Scholing, A. (2000). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 395-411.
- Volkert, J., Gablonski, T. C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., Skodol, A. E., Grilo, C. M., Gunderson J.G., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D. S., Rettew, J. B., & McGlashan, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(8), 510-518.
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(6), 381-387.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.

Anexo I. Introducción a la técnica EMDR.

La estimulación bilateral

La terapia EMDR es una técnica psicológica que explora el pasado como base de las patologías, pero también los recuerdos asociados a las experiencias negativas y los pensamientos perturbadores que condicionan el presente y el futuro. Para ayudar a tratar las cogniciones y emociones disfuncionales, se sirve de una técnica de estimulación bilateral, que sustenta su teoría en las conexiones neuronales entre los dos hemisferios cerebrales.

Cada uno de los hemisferios cumple una función determinada: el derecho controla el tono emocional (con especial énfasis en el procesamiento de emociones negativas) mientras que el izquierdo es analítico y racional. Ante una situación emocionalmente intensa o traumática se bloquean las interconexiones entre ambos hemisferios, de manera que las emociones negativas quedan aisladas en el hemisferio derecho emocional sin dejar intervenir al hemisferio izquierdo racional, provocando conductas de alejamiento, miedo, ira o tristeza. Por este motivo, cuando una experiencia nos resulta aversiva, nuestro hemisferio emocional procesa el suceso de un modo más dramático y menos realista.

La estimulación bilateral es una técnica que se ocupa de estimular los dos hemisferios cerebrales a través de movimientos oculares, sonidos, vibraciones o golpecitos denominados tapping. Al estimular bilateralmente el cerebro a la par que recordamos el suceso, se produce una reconexión entre ambos hemisferios que permite reprocesar la información de una manera más racional y contextualizada, minimizando el malestar que nos causaba recordarla y creando nuevas asociaciones de ese recuerdo con cogniciones y emociones positivas. A este reprocesamiento adaptativo de la información se le conoce como PAI.

Esta técnica es el eje central de la intervención, realizándose a la par que se exploran diferentes aspectos de la vida que perturban al sujeto, enfocando el objetivo terapéutico en la reducción del perfeccionismo y la minimización de la ansiedad.

Anexo II. Desarrollo de la intervención

Fase 1. Historia Clínica

La recepción del paciente es una fase crucial y delicada, pues nunca existe una segunda oportunidad para causar una buena primera impresión. A su vez, forjar un vínculo terapéutico basado en la confianza y el respeto será decisivo para asegurar el mejor pronóstico posible del tratamiento. A lo largo de las tres primeras sesiones, en las que se recopilará la información biográfica del paciente, se procurará establecer una relación con él que propicie la comunicación y la creación de un espacio de seguridad que genere un clima acogedor. Para esto se deberá emplear la escucha activa, de manera que el paciente se sienta escuchado y comprendido; así como la empatía constante, el respeto y validación de sus sentimientos y pensamientos, el refuerzo por sus esfuerzos para expresarse y una adaptación por parte del terapeuta al ritmo individual de cada persona. La primera fase consiste en una comprensión holística del individuo en cuestión, del origen de su sintomatología y de toda su vida.

Primera Sesión.

Se realizará la primera toma de contacto entre el terapeuta y el paciente, en la que ambos se presentarán para empezar a formar un vínculo terapéutico y se rellenará el correspondiente consentimiento informado. El terapeuta le preguntará por sus necesidades, el motivo de su consulta, el problema que tiene y el tiempo que lleva afectándole, de modo que se configure la historia clínica del síntoma. El paciente expondrá su situación personal y sus objetivos respecto a la intervención.

Segunda Sesión.

El terapeuta procederá a ahondar en el historial de vida del paciente para trazar una línea biográfica, cómo fue el contexto de su embarazo y parto, cómo fue su infancia, su adolescencia y su adultez temprana (si es el caso) y, especialmente, sus patrones de apego en

su niñez y en el presente. Se explorarán sus relaciones vinculares con sus principales contactos cercanos para conocer su desarrollo personal, que será determinante en la comprensión del desarrollo del síntoma. También será de interés explorar la situación actual de la persona, dónde vive, su estado, si tiene pareja, si viven sus padres, su situación económica. Se deberán regular las preguntas en función de la predisposición del paciente a abrirse.

Tercera Sesión.

En esta sesión el terapeuta preguntará por circunstancias estresantes o recuerdos negativos en cualquier plano o ámbito de su vida, bien sea laboral, social, académico, sexual, familiar o personal. También se observarán, a través de la narración del paciente, los recursos de regulación emocional y cognitiva con los que cuenta, para trazar un plan más específico y personalizado. Se formulará la línea de vida (en constante elaboración conforme avance la terapia y la exploración de la persona) y se establecerá una hoja de ruta de cara a la intervención. Se comentará el procedimiento a seguir con el paciente para obtener su aprobación y resolver aquellas dudas que pudieran surgirle.

Fase 2. Preparación.

En esta fase se le proporcionarán recursos de gestión emocional y cognitiva al paciente, de manera que pueda manejar mejor sus experiencias y su sintomatología, así como para encarar el resto de la intervención de forma más amena, pues trabajará con sus estresores habituales. El terapeuta ya habrá elaborado una hipótesis de cuál es la relación del síntoma con la historia del paciente.

Cuarta Sesión.

Se realizará una psicoeducación al paciente del problema que tiene y de sus causas y consecuencias, para que tome conciencia y responsabilidad de su situación y conozca los puntos que deben tratarse. Se le explicará la importancia de su involucración en el desarrollo

de la intervención, así como de acudir y participar activamente en todas las sesiones. Se realizará el siguiente ejercicio:

- Lugar Seguro: el paciente deberá pensar en un sitio que le produzca tranquilidad, le reconforte y le haga sentirse protegido y a salvo. Simultáneamente se estimulará bilateralmente al paciente con la técnica explicada en *Anexo I* para reforzar cognitiva y emocionalmente ese lugar seguro.

Quinta Sesión.

Se facilitarán y enseñarán recursos al paciente para gestionar su sintomatología ansiosa y regular sus estado emocional, ya que durante las sesiones vamos a trabajar con recuerdos o pensamientos negativos, por lo que tener un buen control de las posibles reacciones emocionales facilitará enormemente el transcurso del tratamiento. Se le enseñarán estrategias para que el paciente aprenda a disminuir la autoatención y a detener su pensamiento en situaciones que le generen ansiedad, desarrollando una ventana de tolerancia a esos estresores. Se le explicará que la autoatención o hipervigilancia corporal y mental es un predisponente a la ansiedad y puede influir en la percepción del dolor o el mantenimiento del mismo, por lo que combatirla ayudará a calmar y a reestructurar cognitivamente las sensaciones. Las estrategias de distracción mostradas serán:

- Centrarse en el objeto: escoger un objeto de alrededor y tratar de describirlo con el mayor detalle posible, aludiendo a forma, color, utilidad, tamaño, textura, objetos similares, etc
- Conciencia sensorial: consiste en remitir a los sentidos tratando de percibir todo aquello que suele pasar desapercibido. Se deben agudizar los sentidos para oír, oler, saborear, ver o sentir muchos más detalles del ambiente que inconscientemente pasamos por alto.

- Actividades absorbentes: cualquier actividad que distraiga a la persona y le evada del pensamiento negativo: ver la televisión, leer, jugar a un juego, etc.

Sexta Sesión.

Esta sesión irá enfocada en la relajación, por lo que se enseñarán diversos métodos viables para que el paciente aprenda a calmarse cuando le asalte ansiedad, estrés o pensamientos negativos. Los ejercicios a trabajar serán:

- Relajación muscular de Jacobson: es especialmente útil porque se basa en la premisa de que la tensión muscular viene originada por la ansiedad, de modo que aprender a reducir esa tensión tendrá una respuesta psicológica que calme el estado ansioso. Se dividirá el cuerpo en en grupos musculares y se procederá a contraer unos segundos y soltar el músculo, prestando atención a la sensación de contraste producida.
- Respiración diafragmática: es un método de respiración que consiste en llenar de aire la parte baja de los pulmones, de manera que se infle el diafragma y aumente la zona del estómago. Respirar de este modo tiene efectos fisiológicos calmantes con evidencia científica.

Fases 3 a 7. Evaluación, Desensibilización, Instalación, Exploración Corporal y Cierre

En todas las sesiones desde la séptima hasta la quinceava se realizan estas fases, ya que forman parte de un protocolo unificado que requiere de esta continuidad para afianzar su eficacia. Uno de los puntos fuertes de este método es que se adapta a la perfección a las necesidades de cada sujeto, ya que se trabaja directamente sobre sus propios recuerdos y con los sentimientos y emociones que estos le producen siendo, por tanto, una terapia íntegramente personalizable. De este modo, el devenir del proceso determinará las necesidades que surjan, readaptándose continuamente según sea conveniente.

Fase 3.

Es la fase de evaluación, en la que el paciente selecciona un suceso que le produce malestar en su vida junto con una imagen mental que lo represente, así como y una cognición negativa asociada a ese suceso, la cual será el blanco del tratamiento. Por otro lado, escogerá una cognición positiva alternativa que, durante la fase 5, sustituirá a la negativa. El paciente se centrará en los sentimientos y emociones que le produce ese suceso, puntuando el grado de malestar que le produce en una escala del 1 al 10 (según el criterio subjetivo del propio sujeto).

Fase 4.

Se llevará a cabo la desensibilización. El terapeuta realizará series de estimulación bilateral, propias de la técnica EMDR, preguntando al final de cada serie por el grado de malestar y por sus sensaciones al recordar el suceso, hasta que ese malestar se reduzca considerablemente. Cuando el malestar asociado a la cognición negativa inicial se haya mitigado durante la estimulación bilateral, de manera que el paciente lo puntúe como 0, podemos pasar a la siguiente fase.

Fase 5.

Es la fase de instalación, y se realiza una vez se ha eliminado el malestar asociado a la cognición negativa. Durante esta fase se refuerza la cognición positiva, acentuando e incrementando su fuerza. El clínico realiza, de nuevo, series de estimulación bilateral hasta que el convencimiento de esa cognición alcance un 7 de puntuación (según el criterio subjetivo del propio sujeto), considerándose consolidada. La cognición positiva puede variar espontáneamente según el devenir de la terapia y los sentimientos del paciente. El objetivo de esta fase es debilitar la cognición negativa a la par que se fortalece la positiva haciéndola más y más vívida, aumentando la confianza del paciente en sí mismo para dar validez a sus creencias; de este modo, las creencias que se asocian al suceso adquieren un tono positivo y

se reduce el malestar cuando rememora ese recuerdo, ya que se habrá almacenado de forma positiva y realista.

Fase 6.

Es la exploración corporal. El paciente recuerda el suceso y la cognición positiva al tiempo que explora su cuerpo buscando tensiones musculares o corporales residuales que, por lo general, se resolverán al momento de descubrirlas, con estimulación bilateral. También cabe la posibilidad de que éstas revelen información disfuncional nueva. Esta fase se sujeta en la teoría de que la fisiología y la psique están interconectadas. El autoconocimiento corporal nos ayuda a conocernos, y eso nos proporciona más tranquilidad y seguridad respecto a nosotros mismos y nuestros problemas. Una vez el paciente se haya auto examinado corporalmente, pasamos a la última fase.

Fase 7.

Es el cierre del proceso. En ciertas ocasiones, una sesión no permite concluir con todas las fases, pero es imprescindible realizar un cierre que sintetice lo trabajado y restituya el equilibrio emocional, pues el objetivo final de este protocolo es restaurar y regular al paciente. Se le puede pedir que capture mentalmente un momento de la sesión anterior para continuar trabajándolo en la siguiente. En cualquier caso, se realizará un resumen de la sesión y se concluirá el proceso.

Este procedimiento, con todas sus fases unificadas, se realizará en grupos de tres sesiones, en las que se trabajarán recuerdos y experiencias negativas del pasado, sucesos actuales que generan malestar y angustias y expectativas sobre el futuro:

Trabajo del Pasado. Sesiones 7, 8 y 9. Se trabajará con el pasado del paciente, con todos aquellos recuerdos que generen malestar y que estén relacionados con la situación actual o que puedan influir en el problema, manteniéndolo o agravándolo. Se pedirá al paciente que piense en una experiencia aversiva de su vida que tenga asociada a un

pensamiento negativo, a través de la técnica de estimulación bilateral EMDR previamente mencionada se tratará de sustituir esa cognición negativa por una más positiva, adaptativa o realista, minimizando el malestar que le generaba inicialmente. Cogniciones del tipo “mis padres nunca estuvieron orgullosos” o “no fui suficiente para mis padres” se confrontarán con algunas como “hice las cosas lo mejor que supe” o “fui un hijo responsable”. Será el propio paciente el que decida qué cognición negativa desea trabajar y por qué cognición positiva desea sustituirla. Al final de la novena sesión se hará una breve síntesis de las cogniciones trabajadas para reforzar los avances y solidificar las creencias y pensamientos positivos antes de pasar a la siguiente fase terapéutica.

Trabajo del Presente. Sesiones 10, 11 y 12. Se explorará la sintomatología actual y aquellas circunstancias que le producen ansiedad al paciente. Se planteará el perfeccionismo como diana terapéutica del presente y se ahondará y trabajará con aquellas autoexigencias generadas por el paciente. A través del método EMDR de estimulación bilateral previamente expuesto, se buscará sustituir cogniciones del tipo “no soy suficiente”, “debo realizar esta tarea a la perfección”, “los fallos y defectos son intolerables”, “si quiero algo bien hecho debo realizarlo yo”, etcétera, por otras cogniciones que fortalezcan la flexibilidad y debiliten la rigidez, del tipo: “soy suficiente”, “me esfuerzo por hacer las cosas y me siento orgulloso con el trabajo realizado”, “delego las tareas y me siento tranquilo”, etcétera. De nuevo, será el paciente el que escoja las afirmaciones a trabajar, adaptando la terapia a sus necesidades. Al final de la duodécima sesión se hará una breve síntesis de las cogniciones trabajadas para reforzar los avances y solidificar las creencias y pensamientos positivos antes de pasar a la siguiente fase terapéutica.

Trabajo del Futuro. Sesiones 13, 14 y 15. Se inspeccionarán las aspiraciones del paciente, de cara a modificar su necesidad de seguridad y de poder elaborar un programa óptimo de trabajo en su día a día que le aleje, paulatinamente, del constreñimiento propio de

su personalidad. A través de la técnica EMDR de estimulación bilateral ya expuesta anteriormente, se pedirá al paciente que se visualice de manera ideal en el futuro, sin sintomatología, en el lugar en el que desearía estar, emocional y mentalmente liberado y pleno. Trabajar estas cogniciones a la vez que se estimula bilateralmente permite reforzar la confianza en ese ideal y tener mucha mayor seguridad de cara al futuro y a sus aspiraciones personales. La quinceava sesión se dedicará, además de a sintetizar lo trabajado durante las últimas tres sesiones dedicadas al futuro, a realizar un programa de trabajo flexible, asequible y ordenado para simplificar las autoexigencias del paciente y que este disponga de una referencia a la que ajustarse, en lugar de presionarse en exceso por sus obligaciones autoimpuestas.

A lo largo de todas las sesiones, el clínico podrá utilizar recursos más complejos que los expuestos en función de su experiencia profesional y de los requerimientos de la terapia. Esta estructura es tan sólo una columna vertebral que se ramificará de forma individualizada según las necesidades de cada caso, y el especialista utilizará las técnicas terapéuticas de EMDR que considere apropiadas para adaptarse a los requerimientos oportunos. Esto permite una mayor flexibilidad y capacidad de adaptación de la terapia a cada caso particular, pues es sumamente importante personalizar cada tratamiento para potenciar su eficacia y aumentar su probabilidad de resultados.

Fase 8. Reevaluación.

A esta fase se le dedicará una sesión, consistente en localizar los objetivos trabajados por el paciente a lo largo del programa y explorar la situación actual, cómo se siente, si ha mejorado, si han perdurado los efectos del tratamiento, etc.

Esto servirá para comprobar superficialmente la eficacia del programa de intervención y la satisfacción del paciente con el proceso. No obstante, se dedicará el final de la sesión para cumplimentar de nuevo los cuestionarios que se realizaron en el proceso de selección y

comprobar empíricamente si se redujo la ansiedad asociada a las exigencias y el perfeccionismo, y si las variables de personalidad obsesiva se han atenuado. También rellenarán un cuestionario de satisfacción global diseñado específicamente para el proyecto.

Fin del programa de intervención.