



**Universidad
Europea** MADRID

TRATAMIENTO EMDR PARA ABORDAR EL TRAUMA EN PACIENTE CON ADICCIÓN A SUSTANCIA

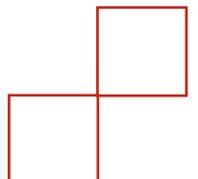
Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: María José Pardo Esteban
Tutoras: Natalia de Miguel Cortés

Fecha de realización del trabajo:
febrero de 2021

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Agradecimientos (apartado opcional)

Correr, correr y correr entre la niebla y el frío.
Frente a mí siempre un camino, no tiene final, ni parada.
Huida, rápida es la carrera, jadeando desde el inicio.

Hallazgo en una gruta escondida,
en un lugar ancestral, una caja polvorienta.
En ella habitan los tormentos olvidados para poder seguir el camino,
allí fueron depositados.

Herida profunda de infancia
terror, decepción, injusticia
Ansía bálsamo, reparación.
Tal es la quemazón, que la esperanza se apaga
como el día de tempestad que abre violentamente ventanas y fulmina de un soplo las velas.
Queda la oscuridad y el silencio.

Lágrimas petrificadas se van derritiendo,
hierven y queman la piel a su paso. Lágrimas corrosivas,
condensadas de impotencia
desde el pico más alto quieren vociferar el daño sufrido en silencio.
El dolor amordazado no aprendió a hablar
perdió las cuerdas vocales.
A través de grandes y abiertos ojos de niño,
anhela y demanda refugio.

El miedo hiela y hace temblar, empuja a la huida y a la insensatez.
El alma tiene sobrecogida sin dejarla respirar.
Solo anhela la calma un día poder parar.

Travesía del alma
de aquello que quedó enterrado.
En la oscuridad, un destello de luz.
Adela G. M. (superviviente de abuso sexual infantil (A.S.I.))

A todas las personas que han vivido situaciones difíciles, sobre todo en la niñez, sin tener el apoyo suficiente de sus cuidadores y sin entender lo vivido.

A Adela, mi gran amiga y maestra, que me ha enseñado tanto sobre la resiliencia y la supervivencia personal. Que aprender sobre el trauma y hacer de ello su profesión es todo un arte.

A mis hijos, por su mirada amorosa hacia mí y lo que me enseñan cada día.

A Tony, siempre. Por ser el que me ayuda a restaurar mi apego. Por compartir los ratos del camino.

Resumen

El trauma es definido como cualquier situación estresante en el ser humano que escapa a los mecanismos de afrontamiento de la persona que lo vive. En las investigaciones previas estudiadas, se observa una correlación de hasta un 41% entre los eventos traumáticos y los trastornos de consumo de sustancias. Esta relación nos hace pensar que abordando el trauma con profundidad así como los eventos desencadenantes de éste, podrá favorecer la abstinencia y posterior rehabilitación en una persona con trastorno de consumo de sustancias tóxicas.

El presente trabajo aborda el tratamiento psicológico con un joven con trastorno de consumo de sustancias que presenta eventos traumáticos en su infancia no abordados en sus tratamientos de intervención previos y que tienen una relación significativa con el consumo de alcohol, cocaína y cannabis y su posterior abuso y desarrollo de dicho trastorno.

El tratamiento que proponemos para el caso que presentamos muestra dos objetivos de intervención: abordar y profundizar en el trauma que el joven padeció en su infancia y su integración y asimilación psicológica a través del tratamiento con EMDR, favoreciendo el reconocimiento de sus recursos personales lo que redundará en el segundo foco de intervención que será la deshabituación y rehabilitación física y psicológica del trastorno de consumo de sustancias que el joven tiene.

Palabras clave

EMDR, trastorno por consumo de sustancias, trauma.

Abstract

Trauma is defined as any stressful situation in the human being that escapes the coping mechanisms of the person who experiences it. In previous research studies, a correlation of up to 41% is observed between traumatic events and substance use disorders. This relationship makes us think that addressing the trauma in depth, as well as its triggering events, may favor abstinence and subsequent rehabilitation in a person with a substance use disorder.

The present work deals with the psychological treatment of a young person with a substance use disorder who presents traumatic events in his childhood not addressed in his previous intervention treatments and which have a significant relationship with the consumption of alcohol, cocaine and cannabis and their subsequent abuse. and development of said disorder.

The treatment that we propose for the case that we present shows two intervention objectives: addressing and deepening the trauma that the young person suffered in his childhood and his integration and psychological assimilation through treatment with EMDR, favoring the recognition of his personal resources, which It will result in the second focus of intervention, which will be the detoxification and physical and psychological rehabilitation of the substance use disorder that the young person has.

Keywords

EMDR, substance use disorder, trauma

Índice

Resumen	3
Abstract	4
1 Introducción.....	8
1.1 Adicción.....	8
1.1.1 Definición del trastorno por consumo de sustancias.	8
1.1.2 Prevalencia.....	9
1.1.3 Factores predisponentes y disparadores de consumo de sustancias.	10
1.1.4 Modelos explicativos del trastorno de consumo de sustancias.....	13
1.1.5 Tratamientos efectivos para el trastorno por consumo de sustancias.	15
1.2 Trauma.....	15
1.2.1 Qué es un trauma.....	15
1.2.2 Elementos que componen el trauma.	16
1.2.3 El cerebro en el trauma.	16
1.2.4 Clasificación de los eventos traumáticos.....	17
1.2.5 Tratamiento del trauma con EMDR. Qué es el EMDR.....	18
1.2.6 Componentes básicos del procedimiento EMDR.	19
1.2.7 Fases del EMDR.....	20
1.2.8 Investigaciones que validan la psicoterapia EMDR.	20
2 Identificación del paciente y motivo de consulta.....	22
3 Estrategias de Evaluación.	23
3.1 Instrumentos de evaluación.	23
4 Formulación clínica del caso.....	29
4.1 Análisis psicológico del problema.....	29
4.1.1 Áreas problema del joven.....	29
4.2 Variables moduladoras.	29
4.2.1 Variables disposicionales.....	29

4.2.2	Variables ambientales.	30
4.2.3	Factores de protección.	30
4.3	Hipótesis de origen del problema.	30
4.4	Hipótesis de mantenimiento del problema.	31
4.4.1	Propuesta de intervención. Conductas a eliminar.	34
4.4.2	Objetivos y técnicas de intervención.	35
5	Tratamiento.	39
5.1	Objetivos generales de tratamiento de desintoxicación y rehabilitación del trastorno de consumo de sustancias tóxicas.	40
5.2	Objetivos generales para el tratamiento del trauma con sesiones de EMDR.	42
6	Valoración del tratamiento.	46
6.1	Adherencia al tratamiento.	46
6.2	Intervención específica.	46
6.2.1	Área problema 1. Trastorno por consumo de sustancias tóxicas.	46
6.2.2	Área problema 2. Inseguridad e incapacidad para aceptar su cuerpo.	47
6.2.3	Área problema 3. Dificultad para buscar pareja y relaciones sexuales con las mujeres debido a las secuelas de las quemaduras de su cuerpo.	49
7	Discusión y conclusiones.	50
8	Referencias bibliográficas.	56
9	Anexos.	59
9.1	ANEXO 1.	59
9.2	ANEXO 2.	62
9.3	ANEXO 3.	64
9.4	ANEXO 4.	65

Índice de tabla

Tabla 1. Análisis topográfico de la conducta-problema.....32

Tabla 2. Objetivos y técnicas de intervención.....35

Tabla 3. Plan de tratamiento específico para el trastorno de consumo de sustancias tóxicas y para el trabajo con el trauma a través de las técnicas con EMDR.....42

1 Introducción

1.1 Adicción

La adicción se define por la Real Academia Española (RAE) como “la dependencia de sustancias nocivas para la salud o el equilibrio psicológico” (REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]. [consultado en 19 de febrero de 2022] <<https://dle.rae.es>>).

Según la Asociación Psicológica Americana (APA, 2021), la adicción se define como “un estado de dependencia psicológica o física (o ambas) del uso del alcohol y otras drogas” (Asociación Psicológica Americana (APA) [consultado en 19 de febrero de 2022] <https://dictionary.apa.org/addiction>).

Según Becoña (2019), la pérdida de control es uno de los factores más importantes de los trastornos relacionados con sustancias. Echeburúa (1999) citado en Becoña (2019) establece las siguientes características en un comportamiento adictivo:

- Pérdida de control.
- Fuerte dependencia psicológica.
- Pérdida de interés por otras actividades placenteras.
- Interferencia grave en la vida cotidiana.

Los trastornos relacionados con sustancias, según el DMS-5, se dividen en dos grandes grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. En el primer caso, que es el que nos va a ocupar, el clínico tiene que reflejar qué tipo de sustancia específica es la que el paciente consume. Se elimina la palabra adicción como diagnóstico y se usa un término más neutro que incluya desde el consumo leve hasta el grave. Se debe incluir también si hay intoxicación y síndrome de abstinencia.

1.1.1 Definición del trastorno por consumo de sustancias.

El trastorno por consumo de sustancias se podría definir como un patrón problemático manifestado en al menos dos de los once síntomas que definen este trastorno durante un periodo mínimo de 12 meses. Los síntomas son los siguientes:

1. Se consume a menudo mayor cantidad o más tiempo del esperado.
2. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por dejar o controlar el consumo de sustancia.
3. Dedicación gran parte de su tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Craving, fuerte deseo o urgencia de consumir la sustancia.
5. Consumo recurrente de la sustancia que le lleva a fracaso en el cumplimiento de obligaciones como trabajo, escuela o casa.
6. Continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales causados o exacerbados por los efectos de esta.
7. Deja de hacer o reduce importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
8. El consumo es recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. Continúa con el consumo de la sustancia a pesar de conocer que tiene un persistente o recurrente problema físico o psicológico que es probablemente causado o exacerbado por la misma.
10. Tolerancia, definida como uno de estos dos modos:
 - a. Necesidad de incrementar la cantidad de sustancia consumida para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Disminución del efecto con el uso continuo de la misma cantidad de la sustancia.
11. Síntoma de abstinencia manifestado por uno de los siguientes:
 - a. El característico síndrome de abstinencia de esa sustancia.
 - b. La sustancia o sustancia similar (ejemplo benzodiazepinas para alcohol) se toma para aliviar o evitar los síntomas del síndrome de abstinencia.

Se considera el nivel de gravedad en función de si es leve (cuando tiene 2 o 3 síntomas) moderado (cuando tiene de 4 a 5 síntomas) y grave (cuando tiene 6 o más síntomas) (Becoña, 2019).

1.1.2 Prevalencia

Los recientes resultados hallados por el Observatorio Español de Drogas y Adicciones en una muestra nacional de una población de 15 a 64 años señalan que:

- El 93 % de la población manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, lo que convierte al alcohol en la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo.
- Por detrás, se encuentra el consumo de tabaco, que supone que un 70% de la población ha consumido alguna vez tabaco.
- Le sigue el consumo de cannabis con un 37,5% de consumo, y posteriormente los hipnosedantes con o sin receta, con una prevalencia del 22,5%.
- La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida en España, siendo un 11,2% de la población de entre los 15-64 años que reconoce haberla probado al menos una vez en su vida.
- En cuanto a género, todos los consumos de sustancias psicoactivas están más extendidos entre los hombres, salvo el consumo de hipnosedantes y los analgésicos opioides.
- En cuanto a la edad de inicio de consumo, el alcohol y el tabaco son las sustancias que se inician en el consumo con 16 años, y los hipnosedantes comienzan a consumirse a una edad más avanzada, siendo la media de 34 años.
- Por género, los hombres comienzan a consumir sustancias con mayores niveles de prevalencia (alcohol, tabaco, cocaína y cannabis) e incluso los hipnosedantes son los hombres los que comienzan a usarlo antes que las mujeres.

1.1.3 Factores predisponentes y disparadores de consumo de sustancias.

Hay muchas investigaciones que informan que el estrés se relaciona directamente con enfermedades psicológicas además de las físicas. Se observa mayor frecuencia de acontecimientos vitales estresantes en personas que inician su consumo de drogas (O'Doherty y David, 1987) citado en El-Shikh y colaboradores (2004) comparados con grupos control.

El-Shikh y colaboradores (2004) establecen una correlación significativa entre sucesos vitales y desarrollo de conductas adictivas. Las variables que se relacionan con este consumo son:

1. Acontecimientos negativos en la niñez y situación de vulnerabilidad:
 - a. Tasas altas de duelo y enfermedad, así como abusos sexuales infantiles son más prevalentes en adolescentes consumidores de droga que en los que no lo son.

- b. El impacto de los estilos de parentalidad. Dinámicas familiares de alta conflictividad, divorcios disruptivos, comunicación negativa, disciplina inconsistente y violencia familiar.
 - c. El abandono temprano del centro escolar.
 - d. La morbilidad psiquiátrica infantil independientemente de la patología en sí.
 - e. Niños de padres que abusan con sustancias presentan mayor riesgo de consumo, incluido el alcohol.
2. Eventos traumáticos en la madurez:
- a. Manera en la que se interpretan los acontecimientos traumáticos. Se observa que no es tanto lo que ocurre, sino cómo lo interpreta la persona que lo vivió.
 - b. Embarazo en adolescentes como factor de riesgo.
 - c. Acoso sexual, violaciones y otras experiencias traumáticas correlacionan con un mayor nivel de consumo de alcohol (Resnick et al. 1997).
 - d. Individuos expuestos a situaciones violentas.
 - e. Clark y colaboradores (2001) encontraron correlación entre trastorno de estrés postraumático (TEPT) con consumo de drogas grave y depresión.

Según Becoña recoge (2002), se dan factores de riesgo y de protección ante el consumo de sustancias tóxicas:

1. Factores familiares:
 - a. Factores de riesgo:
 - Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres.
 - Baja supervisión familiar y conflicto familiar.
 - Historia familiar de conducta antisocial y actitudes favorables hacia éstas.
 - Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias.
 - Bajas expectativas para los niños o para el éxito.
 - Abuso físico.
 - b. Factores de protección:
 - Apego familiar y oportunidad para la implicación en la familia.

- Altas expectativas parentales.
 - Dinámica familiar positiva.
2. Factores individuales.
- a. Factores de riesgo.
 - Biológicos.
 - Psicológicos y conductuales.
 - Rasgos de personalidad.
 - b. Factores de protección.
 - Creencia en sí mismo: autoeficacia y valores personales.
 - Habilidades y flexibilidad para el cambio.
 - Orientación social positiva.
 - Aspiraciones personales.
 - Buen rendimiento académico e inteligencia.
 - Resiliencia.
3. Factores sociales.
- a. Factores de riesgo.
 - Deprivación económica y cultural.
 - Cambios y movilidad social.
 - Creencias, normas y legislación comunitaria en torno al consumo y las drogas.
 - Disponibilidad y accesibilidad de las drogas.
 - Baja percepción social del riesgo de consumo de drogas.
 - b. Factores de protección.
 - Sistema de apoyo externo activo.
 - Colaboración en las redes/actividades comunitarias.
 - Bajo acceso a la sustancia.
4. Factores escolares.
- a. Factores de riesgo.

- Bajo rendimiento académico y poca motivación asistencia a centro escolar.
 - Conducta antisocial en la escuela.
 - Tamaño del centro escolar.
- b. Factores de protección.
- Escuela de calidad y alto nivel de implicación.
 - Clima positivo y aumento del cuidado/refuerzo de los profesores.
 - Creencias saludables.
5. Factores entre iguales.
- a. Factores de riesgo.
- Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo/consumidores.
 - Conducta antisocial o delincuencia temprana.
 - Rechazo por parte de los iguales.
- b. Factores de protección.
- Apoyo ante el no consumo.
 - Implicación en asociaciones de iguales que favorecen la ayuda y la implicación en acciones sociales y educativas.
 - Resistencia a la presión de grupo entre iguales.
 - No ser fácilmente influenciable por los otros.

1.1.4 Modelos explicativos del trastorno de consumo de sustancias.

Dentro de los modelos que explican el consumo de sustancias tóxicas, es importante observar que no hay una causa única tanto en su inicio como en su mantenimiento. Se dan los siguientes modelos explicativos:

1. **Modelos biomédicos. Orientados a la enfermedad.**

Estos modelos comprenden que el enfermo lo es para toda la vida y la única vía de solución es la abstinencia hasta el final de su vida.

- a. **Modelos basados en la enfermedad cerebral (Levine, 1978, Pons 2008).** Propone una predisposición genética a la enfermedad de la adicción.
 - b. **Modelos de automedicación (Khantzian, 1985).** El paciente se administraría dosis debido a desordenes de otra naturaleza con el objeto de paliar o minimizar estas dificultades.
 - c. **Modelos basados en la exposición (Becoña y Cortés, 2010).** La droga es un reforzador primario sobre los centros cerebrales de recompensa y se mantiene por este efecto neurológico.
2. **Modelos psicológicos.**
- a. **Modelo de aprendizaje social (Bandura, 1999).** Se da importancia al aprendizaje que se da en la cultura y fundamentalmente en las figuras de crianza. Qué se permite y qué no en su familia.
3. **Modelo cognitivo social (Shippers, 1991).**

La conducta adictiva está mediada por cogniciones (expectativas, creencias, etc) recogidas a través de la interacción social y de los significados funcionales de esta conducta.

4. **Modelos sociológicos-culturales (Becker, 1953 o Funes y Romaní, 1985).**

Se da importancia a la cultura y al contexto social en la que se da determinada adicción o comportamiento adictivo. Se trabajan con términos como desviación y subcultura de la droga. Hay una interacción entre la persona, el contexto y la sustancia.

5. **Modelo bio-psico-social (Zinberg, 1972, Secades, 2007).**

Este es el modelo más actual y más aceptado por los expertos en adicciones (García, 2015) (citado en Apud y Romani, 2016). Recoge todo los aspectos que intervienen en el trastorno por consumo. Se da importancia al aspecto biológico, al psicológico (rasgos de personalidad, construcciones mentales, impactos en la vida de la persona y cómo quedaron registrados) y al área social (normas sociales, aprobación social, legalidad, etc). Todos los factores serán tenidos en cuenta a la hora de intervenir con la persona en sí, dando igualmente importancia en función de las características del paciente que acuda a tratamiento y solicite ayuda terapéutica (Secades et al., 2007).

1.1.5 Tratamientos efectivos para el trastorno por consumo de sustancias.

De las terapias de intervención eficaces para abordar los trastornos por consumo, según el metaanálisis de Lefio y colaboradores (2012), el tratamiento Cognitivo Conductual que incluye estrategias de prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, análisis y funcionamiento del consumo de drogas, ha mostrado un efecto positivo sobre los resultados terapéuticos de abstinencia en alcohol, marihuana, cocaína y opioides cumplidos los 12 meses posteriores a la finalización de la terapia.

En el caso de la terapia conductual de pareja, tiene mayores resultados en trastornos de dependencia en alcohol, opioides y poliadicciones en comparación a enfoques individuales (fundamentalmente cognitivo-conductuales). Las estrategias de refuerzo comunitario y entrenamiento familiar que dan importancia al manejo de contingencias y al seguimiento con personas de apoyo importantes para la persona, muestran una eficacia frente a las terapias alternativas de alcohólicos anónimos o similar.

En cuanto al tratamiento farmacológico, la naltrexona ha mostrado efectos diversos siendo en algunos casos favorecedores de la abstinencia pero en otros no se da con efectividad (Lefio et al., 2012).

De entre todos los tratamientos enfocados al trabajo con adictos, el tratamiento familiar se considera esencial para favorecer la abstinencia del consumo, para reforzar la adherencia terapéutica, disminuye el uso de sustancias en tratamiento y mejora el funcionamiento familiar y normalización en la incorporación social del paciente (Marcos y Garrido, 2009).

1.2 Trauma

1.2.1 Qué es un trauma

El término “trauma” procede del griego y significa literalmente “herida”. Según la Real Academia Española, se define como “un choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente”, y también “emoción o impresión negativa, fuerte y duradera” (REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]. [consultado el 19 de febrero de 2022] <https://dle.rae.es>).

Según la Asociación de Psicología Americana consiste en “cualquier experiencia perturbadora que resulte en miedo significativo, impotencia, disociación, confusión u otros sentimientos perturbadores lo

suficientemente intensos como para tener un efecto negativo duradero en las actitudes, el comportamiento y otros aspectos del funcionamiento de una persona. Los eventos traumáticos incluyen los causados por el comportamiento humano (p. Ej., Violación, guerra, accidentes industriales) así como por la naturaleza (p. Ej., Terremotos) y, a menudo, desafían la visión de un individuo del mundo como un lugar justo, seguro y predecible” (APA, definición 1 [consultado el 19 de febrero de 2022, <https://dictionary.apa.org/trauma>]).

El trauma, según recoge Salvador (2009), supone un evento estresante, una experiencia humana inevitable que sobrepasa a los mecanismos personales de afrontamiento; provocando un déficit en la integración del recuerdo (dejándolo fragmentado y poco coherente) e instalándose la percepción emocional de forma inconsistente. El trauma queda recogido en función de las emociones que lo percibieron y así queda registrado en nuestro cerebro como experiencia negativa.

1.2.2 Elementos que componen el trauma.

Según recoge Salvador (2016), los elementos que componen el trauma son los siguientes:

- Evento y/o situación estresante que afecta física/psicológicamente. Amenaza vital.
- Evento del que no se puede escapar.
- Que sobrepasa a los mecanismos de afrontamiento de la persona en el momento.

1.2.3 El cerebro en el trauma.

Cuando se produce una situación traumática o cuando nos encontramos ante una situación de amenaza, el cerebro activa su sistema de defensa a través de la amígdala, respondiendo ante dichas situaciones con tres tipos de respuesta: huida, ataque y congelación o parálisis. Esta experiencia, si no está regulada emocionalmente, si no fue integrada de manera saludable, se almacena en el hipocampo de manera desregulada (Salvador, 2016). El sistema nervioso central incluye tres tipos diferentes de cerebro:

- Reptiliano. La parte más antigua de nuestro cerebro. El que facilita la fuerza vital y la respiración.

- Límbico. Es el llamado “cerebro emocional”. En este caso, resaltamos la amígdala que viene a ser el detector de humo ante una situación amenazante. Está completamente madura cuando nacemos. También nos encontramos con el hipocampo que se encarga de la consolidación de la memoria emocional. Tiene tres tareas importantes:
 - Contextualización. Pone la experiencia basada en un contexto determinado. Esto ocurrió aquí y ahora.
 - Secuenciación. Principio-desarrollo-final. Nos informa de la secuencia de la experiencia. Toda experiencia es transitoria.
 - Simbolización. Traduce la experiencia somatosensorial en palabras.
- Neocortical. El cerebro racional y más evolucionado. El área orbito-frontal es importante para el trauma. Se recoge la metaobservación, metarreflexión y madura después de la adolescencia.

Según recoge Salvador (2009) el cerebro recoge todas las experiencias vividas. Los tres tipos de cerebros se desarrollan de manera jerárquica, de forma que la maduración del cerebro se realiza desde el “cerebro reptiliano” hasta el “neocortical”.

1.2.4 Clasificación de los eventos traumáticos.

Kira y colaboradores (2008) establecen una clasificación sobre los eventos traumáticos:

- a. Clasificación de la experiencia traumática en función del desarrollo que quede afectado el trauma:
 - Identidad (personal y colectiva)
 - Apego
 - Interdependencia.
 - Autorrealización.
 - Supervivencia física.
- b. En función de las características de los eventos traumáticos:

- Trauma acumulativo.
- Trauma interno.
- Trauma provocado por la naturaleza.
- Trauma provocado por el hombre.
- Traumas provocados por la persona:
 - Traumas puntuales/un solo episodio (por ejemplo una violación).
 - Traumas complejos:
 - Traumas repetidos que cesan.
 - Traumas repetidos que no cesan.
 - Traumas provocados por la sociedad (por ejemplo la pobreza extrema).

Cuando hay una situación de peligro en el niño, la amígdala permanece hiperactivada aun incluso cuando la amenaza se haya eliminado. Cualquier trabajo que vaya en la consonancia de reprocesar neurológicamente los recuerdos y experiencias vividos de manera traumática, favorece la integración de los aspectos que se dieron en la experiencia (tanto corporales, emocionales y cognitivos).

1.2.5 Tratamiento del trauma con EMDR. Qué es el EMDR.

El Eye Movement Dessensitization and Reprocessing: Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) es un enfoque psicológico creado por Shapiro (1987) que trabaja sobre estos impactos en todos los niveles. Aporta un modelo donde el cliente es el protagonista de su curación y no promueve los abordajes predeterminados de trabajo. Es una técnica que facilita que la estimulación bilateral cerebral acceda a la información almacenada y de salida activa a dicha experiencia favoreciendo la integración de los aspectos desajustados logrando una integración más adaptativa para el cliente (Shapiro, 1989).

Su propuesta está basada en el modelo teórico del Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI) (Shapiro, 1993) citado en Shapiro (2004) que establece los fundamentos teóricos para explicar el desarrollo

de la personalidad. Según el PAI, cada uno de nosotros tiene un sistema mental interno que está orientado a procesar todos los eventos para alcanzar un estado de salud, permite reducir el estrés y los eventos negativos tratando de integrarlos de forma más adaptativa para el organismo. Cuando ocurre un evento traumático, se da un desequilibrio en el sistema nervioso provocando un cambio neuroquímico. El sistema de procesamiento de información deja de funcionar y la información del suceso (sensaciones, imágenes, pensamientos, sentimientos, etc) se mantiene neurológicamente en una forma perturbadora y poco integrada.

La intervención que se lleva a cabo busca la evocación de recuerdos de sucesos negativos, permaneciendo en la escena desagradable mientras se realiza el procesamiento y estimulación ocular, auditiva y/o táctil de ambos hemisferios cerebrales.

La estimulación de los movimientos oculares horizontales (EM) se realiza en la fase de desensibilización, facilitando la exploración de sensaciones, emociones y pensamientos que la persona tiene relacionada con el evento. El profesional debe ir repitiendo series con alguna variación si se estima conveniente hasta lograr que la Unidad Subjetiva de Perturbación (USP) (Wolpe, 1958) citado en Shapiro (2004) se encuentre en cero.

Shapiro (2004) considera que en el momento en que se aborda con el paciente el recuerdo o los recuerdos del trauma, se está vinculando la toma de conciencia cortical con la información que quedó almacenada en su cerebro y a través de la estimulación dual, se permite que esta vinculación ocurra. Con estas estimulaciones “desplazamos la información perturbadora (a un ritmo acelerado) a lo largo de los caminos neurofisiológicos apropiados, hasta que se resuelve por medio de la adaptación” (Shapiro, 2001 p.31).

1.2.6 Componentes básicos del procedimiento EMDR.

- La imagen. Pensar en un suceso y dentro de él, una imagen que concentre o represente la situación estresante o traumática. No tiene por qué ser nítida.
- Cogniciones negativas. La interpretación de lo que sucedió en dicho evento. La comprensión cognitiva que dio.

- Cogniciones positivas. Se miden con la Escala de Evaluación de la Cognición (EVC). Desde el 1 (completamente falso) al 7 (completamente verdad). Es importante evitar la palabra “no” en dichas cogniciones.
- Emociones y su nivel de distorsión en la persona. Se mide a través del USP.
- Sensaciones físicas.
- Activación del sistema de procesamiento de la información a través de los EM.

1.2.7 Fases del EMDR.

El EMDR consta de 8 fases estructuradas basándose en tres momentos importantes en el paciente, que son los eventos pasados que generaron el trauma, las situaciones del presente que actualizan éstos y proyectos futuros.

Fases:

- 1. Historial clínico del paciente. Plantificación del tratamiento.** El objetivo es obtener información e idoneidad del paciente para tratamiento EMDR.
- 2. Preparación.** Se establece la alianza terapéutica y preparación para lo que va a suceder. Psicoeducación del tratamiento.
- 3. Evaluación.** Se busca el lugar de seguridad y rescate de la creencia negativa que se tiene en el presente y en su pasado.
- 4. Desensibilización.** Se realiza el procesamiento de los movimientos oculares en el trauma.
- 5. Instalación.** El objetivo es aumentar las creencias positivas del paciente.
- 6. Exploración corporal.** Revisión de cualquier situación que aún se quede traumática.
- 7. Término/Clausura.** Chequeo y realización de preguntas acerca de su comodidad al finalizar la sesión.
- 8. Revalorización.** Revisión de los objetivos terapéuticos.

1.2.8 Investigaciones que validan la psicoterapia EMDR.

Hase y colaboradores (2008) citado en Pérez-Dandieu y Tapia (2014) sugieren que la psicoterapia con EMDR refuerza el tratamiento que se realiza para las adicciones, reduciendo el deseo de consumir y de

tener recaídas en un plazo de 6 meses. Marich (2009) citado en Pérez-Dandieu y Tapia (2014) confirmó la abstinencia de consumo de alcohol durante 18 meses en un caso clínico con trauma de agresión sexual en caso clínico.

La prevalencia en sujetos que tienen trastorno por abuso de sustancias que hayan sufrido experiencias traumáticas en su vida, según varios estudios puede llegar hasta un 41% (Medrano, Ramírez & Pineda, 2018). Esto significa que el paciente tendrá mayores dificultades para abordar su adicción si no tenemos presente esta situación, al mismo tiempo que será importante trabajar aquellos eventos traumáticos desde el inicio del tratamiento, estableciendo qué correlación tuvo la aparición del trauma con el consumo de sustancias tóxicas en su historia biográfica.

Muchos de los profesionales que trabajan en los trastornos de adicción observan que el modelo de enfermedad de la adicción está desactualizado (Perez-Dandieu & Tapia, 2014), considerando que debe darse cada vez más importancia abordar el trauma que lo generó.

En concreto el caso clínico que nos ocupa, el paciente presenta un trauma concreto con 2 años teniendo posteriormente dificultad por parte de los adultos de acercarse y tener contacto con él. Posterior a este hecho, el joven queda con secuelas que generan consumo de sustancias para poder desinhibirse y relacionarse en la intimidad con las mujeres. Consideramos que el EMDR podría facilitar el trabajo terapéutico de mejora de su trastorno de abuso a sustancias tóxicas.

2 Identificación del paciente y motivo de consulta

Pedro, su nombre es ficticio para proteger la identidad del paciente según expone la Ley Orgánica de Protección de Datos, es un hombre de 34 años, natural de un pueblo de Córdoba y desde su nacimiento hasta hace unos meses ha estado viviendo en dicha localidad.

Pedro está soltero, habiendo tenido relaciones de pareja que no han sido muy duraderas. El joven reside en el domicilio familiar con sus padres previo al ingreso hospitalario, y, debido al ingreso al centro, el joven deja de vivir con ellos. Tiene dos hermanos mayores y ambos residen fuera del domicilio familiar.

En cuanto al ámbito académico, Pedro no finalizó sus estudios obligatorios de la Educación Secundaria Obligatoria. A nivel laboral, desde que abandonó sus estudios, comenzó trabajando como transportista y conductor de carretillas en la empresa familiar, iniciando su baja médica cuando ingresa en el centro de tratamiento en septiembre de 2021.

En el mes de diciembre, el joven comienza en una empresa de Torremolinos (Málaga) como conductor de transporte logrando cierta estabilidad laboral.

Pedro acudió al centro de tratamiento de adicciones MonteAlminara por iniciativa propia para rehabilitación de su trastorno de consumo de sustancias tóxicas y su total reinserción social. El día 25 de septiembre de 2021 ingresa en el centro hospitalario comenzando por la primera fase del tratamiento (manteniéndose aislado y desintoxicándose durante las primeras semanas de rehabilitación) por problemas de consumo de sustancias psicoactivas tales como cannabis (desde los 15 años), alcohol (desde los 15 años) y consumo de cocaína (desde los 18 años). El tratamiento actual es el tercero que mantiene, después dos intentos previos de tratamiento de rehabilitación tanto en Proyecto Hombre de Córdoba como en Narconón en Sevilla. Según refleja, en el primer tratamiento no tenía motivación para el cambio y lo hizo fundamentalmente para callar a sus padres de los problemas que decían que presentaba. En Narconón, sin embargo, manifiesta haber tenido motivación para el cambio de conducta y quiso hacer todo el trabajo terapéutico de manera correcta.

El joven manifiesta no tener antecedentes de tratamiento farmacológico y/o psicológico, y a nivel familiar no hay presencia de trastornos de consumo de sustancias ni otras patologías diagnosticadas.

3 Estrategias de Evaluación.

3.1 Instrumentos de evaluación.

La evaluación es fundamental en cualquier tipo de tratamiento psicológico. Identificaremos las variables que iniciaron y mantuvieron el consumo de Pedro, estableceremos los objetivos y las técnicas de tratamiento más adecuadas.

Desde el inicio de tratamiento de Pedro, una vez ingresado en el centro de tratamiento con ingreso hospitalario (primera fase); el joven mantiene varias entrevistas con los profesionales que trabajan en dicha institución: médico, psicólogo/a y psiquiatra.

Una vez que se incorpora a las actividades programadas diarias del centro, se mantienen las primeras entrevistas de acogida y evaluación con la psicóloga responsable de su tratamiento y seguimiento posterior. Las sesiones de evaluación inicial se realizaron durante las primeras sesiones, siendo seis las primeras que se utilizaron para tal fin fundamentalmente.

En las primeras entrevistas se toman los datos personales, familiares, escolares, sociales y laborales. Al mismo tiempo, el psiquiatra establece si hay necesidad o no de tratamiento farmacológico. El joven solicita no mantener ningún tratamiento médico y así lo estima también el psiquiatra.

1. Entrevista semiestructurada.

Se aborda con el joven en las primeras sesiones, recogiendo los datos necesarios para abordar su tratamiento:

- **Área personal.** Pedro muestra una motivación hacia el cambio de conducta de ahí que él sea el que acuda al centro por iniciativa propia. Su nivel de comprensión hacia su trastorno es profundo y es consciente del paso que está dando. Solicita no mantener ningún tratamiento para la desintoxicación física y así se estima por parte del médico y psiquiatra. Cuando acude al centro se encuentra triste y abatido por los intentos previos de deshabitación.

- Al explorar su historia previa, el joven refiere un episodio traumático que tuvo cuando contaba con 2 años en donde se cae de un barreño de agua hirviendo y se quema gran parte de sus genitales, glúteos y piernas. El joven es llevado rápidamente al centro de salud, de ahí al hospital de Córdoba y de ahí a Sevilla donde se queda ingresado en la UCI durante un mes y posteriormente continua en planta debido a las quemaduras, injertos y operaciones que tienen que hacer. En este ingreso, el joven permanece inicialmente solo, sin contacto con los cuidadores lo que implica falta de contacto y cariño y dificultad en la forma de entender lo que le sucede. No le dan una explicación.

- **Área familiar.** Los padres llevan juntos desde hace 44 años. La madre se dedica a las labores domésticas y ha estado muy implicada en el cuidado de Pedro. La madre se siente culpable de lo que sucedió con 2 años porque se encontraba en la casa de la tía materna y ella no estaba. La madre ha justificado muchas de las actitudes de Pedro durante toda su vida, manteniendo conductas negativas tapando algunas acciones y otras cosas.
El progenitor no muestra mucho afecto ni implicación emocional. Regenta un negocio familiar de transporte con cierta prosperidad y está centrado en los aspectos laborales. Su carácter es retraído y aislado.
Tiene dos hermanos mayores, un hombre y una mujer, de 9 años y 5 años de diferencia. El hermano está casado y tiene dos hijos. Vive en la misma localidad que sus padres. La hermana vive soltera en Madrid.

- **Área social y de pareja.** Pedro ha tenido varias relaciones de pareja, no siendo duraderas. Una de las consecuencias que provocan las quemaduras es su dificultad para quedarse desnudo y para estar manteniendo relaciones de intimidad con las mujeres, mostrando vergüenza y rechazo ante su cuerpo. El consumo de drogas posterior también ha generado dificultad para mantener relaciones de pareja duraderas por las mentiras y propósitos de cambio que no se dan por parte de Pedro. En muchas ocasiones ha recurrido a la prostitución para poder tener relaciones

sexuales no sintiéndose digno de tener relaciones de pareja sin pagar. Por otro lado, a nivel relacional, desde los 15 años sus relaciones sociales son de consumo y de fiesta. Hace cinco años, cuando él contaba con 30 años, tiene un accidente de tráfico con dos amigos perdiendo la vida ambos y él quedando ileso. Durante muchos años se ha sentido culpable de este hecho puesto que él era propietario del coche y dejó que lo condujese su amigo. En su localidad ha sido muy señalado por este hecho, lo que ha generado mayores consumos de drogas para evadir el sentimiento de dolor y culpa que estaba experimentando.

- **Área laboral.** Pedro ha trabajado desde los 18 años con su padre en la empresa familiar de transporte descuidando en muchas etapas de su vida sus responsabilidades laborales. Actualmente se encuentra trabajando en una empresa de transporte en Torremolinos ganando la mitad del salario que anteriormente cobraba en su empresa, pero logrando una independencia y responsabilidad económica significativamente superior.
- **Área de salud.** El joven lleva consumiendo desde los 15 años sustancias como alcohol, cannabis y cocaína (18 años). Presenta varias zonas quemadas en su cuerpo debido al episodio que tuvo cuando contaba 2 años (las quemaduras suponen un 60% de su cuerpo). No refiere haber tenido ningún problema significativo de salud física o mental posterior a este hecho. Nunca ha tomado tratamiento farmacológico.

2. Observación conductual.

Durante todo el proceso de ingreso terapéutico, y más específicamente al inicio del tratamiento (primeros días) todo el equipo multidisciplinar del centro MonteAlminara evalúa la integración y la adaptación de los pacientes. Se detectan así situaciones y problemas de integración, dificultad para abordar ciertas temáticas y conflictos interpersonales.

En el caso de Pedro, en esta primera etapa, se constató una fuerte motivación por participar y por abordar las cuestiones relacionadas con su proceso, pero el equipo detectó indicios de incomodidad,

nerviosismo e inquietud, especialmente cuando expresaba situaciones de su pasado. En general, se apreciaban los siguientes síntomas:

- Dificultad para conciliar el sueño. Insomnio. Despertares nocturnos. Sueños vívidos en relación a sus sucesos traumáticos y el consumo.
- Hiperactivación motora.
- En los grupos terapéuticos realizaba comentarios jocosos cuando se relataban momentos dolorosos (aunque fueran de otros compañeros/as).

En las sesiones grupales e individuales esto era más patente cuando se trataba de abordar los eventos traumáticos, mostrando comportamientos tales como: desvío de la mirada, tartamudeo, risa nerviosa y, en el discurso, cambiando bruscamente del tema.

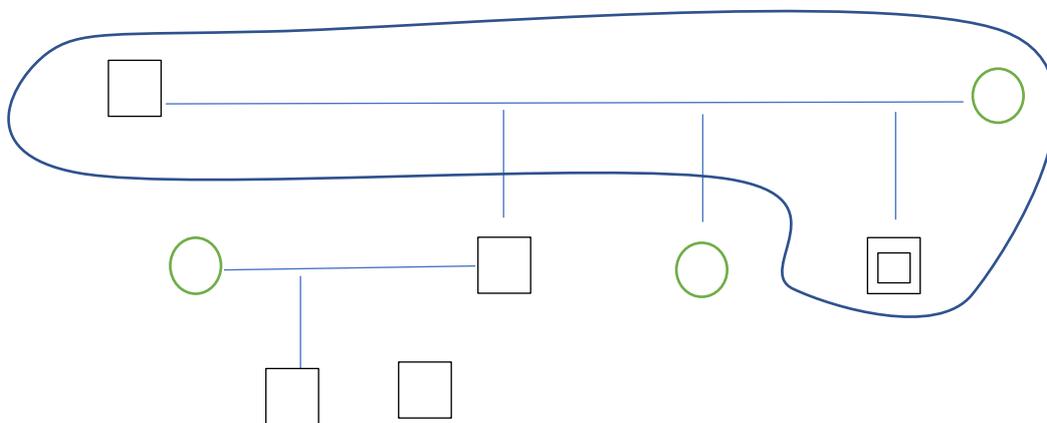
3. Línea de vida (Biografía emocional).

La historia de su vida es narrada por escrito para luego ser vista en las sesiones con la psicóloga. Los hitos más importantes son:

- Menor de tres hermanos. Protección y mimo por parte de su progenitora.
- Accidente a los 2 años. Hospitalización y estancia posterior en domicilio con fajas para evitar el despellejamiento.
- Recuerdos positivos de vacaciones en familia. Reuniones familiares con primos.
- Dificultad en los estudios desde primaria. Castigo en vacaciones de verano por tener que estudiar.
- En su infancia y adolescencia no tenía actividades extraescolares. No estaba inscrito en deportes o asociacionismo.
- No siente que forme parte nunca de ningún grupo de referencia. Necesidad de pertenencia con los grupos disruptivos de su localidad y consumo de drogas.
- Relación con las mujeres desde la inseguridad.
- Primera relación sexual con una prostituta.

- 2015 primer ingreso en centro de rehabilitación.
- Accidente de tráfico con la muerte de dos amigos en su coche.
- 2019 segundo ingreso en el centro Narconón.
- 2021 ingreso en el centro MonteAlminara.

4. **Genograma. Historia familiar y mandatos/mensajes familiares. Roles asumidos.**



Mensajes y roles asumidos del joven desde un enfoque sistémico:

- Mensajes: “No eres capaz, tienes que dejarte ayudar”. “No te esfuerces”. “El mundo de fuera es duro, en casa te vamos a querer”.
- Rol: El protegido y el dependiente. El centro de atención familiar. El necesitado. Es el paciente identificado. El portavoz del problema, sintiendo que los demás no tienen problema salvo él.

5. **Trabajos sobre su relación con la droga.**

Estas tareas y reflexiones tienen una doble función: de manera prioritaria pretenden explorar y profundizar en aspectos problemáticos del pasado y de la vivencia del joven y también ayudan a la elaboración e integración de dichos aspectos de manera que ya suponen una intervención terapéutica:

- Carta a cada uno de sus familiares, en especial a su padre y a su madre. Relación de cómo se encuentra con cada uno de los miembros de su familia y qué se puede trabajar a nivel relacional.
- Carta a “mi yo del futuro”. Con este trabajo se evalúan los objetivos y actividades que quiere abordar en su vida.
- Dibujo sobre mi árbol. El dibujo enumera cuáles son sus recursos personales de afrontamiento y los factores de protección frente a su problema.
- Mensajes internos y pensamientos negativos que tiene sobre sí mismo.
- Cómo identificar mis introyectos. Trabajo sobre los mensajes familiares y roles asignados en su familia.
- Rasgos de personalidad que han influido en mi consumo.
- Trabajo sobre el autoconcepto: Cómo me veo. Cómo me ven.

6. Registros analítica consumos.

Se han efectuado al inicio del ingreso y en cada permiso de salida que ha tenido. Cuando regresaba de estancias con sus padres y hermanos también se evaluaba de esta manera y posteriormente se realizan de manera esporádica y por señales de alarma o situaciones de riesgo que estima la psicóloga o el equipo de profesionales que trabajan con Pedro. En todo momento, el joven ha dado negativo en todo tipo de consumo de sustancias tóxicas.

4 Formulación clínica del caso.

4.1 Análisis psicológico del problema.

4.1.1 Áreas problema del joven.

- Área problema 1. Trastorno por consumo de sustancias tóxicas.
 - Conflicto interno por no controlar su impulso de consumo.
 - Sentimientos de culpa y aislamiento al no cumplir su compromiso de abstinencia.
 - Necesidad de mentir y ocultación de los problemas.
 - Discusiones en la familia cuando detectan su ingesta e intoxicación.
- Área problema 2. Inseguridad e incapacidad para aceptar su cuerpo.
 - Miedo a relacionarse con los demás si no hay consumo de por medio. Desinhibición social a través de la ingesta de sustancias.
 - Evitación de mostrar su cuerpo a cualquier persona incluida familia y no estar con poca ropa.
 - Excesiva preocupación por que la ropa le cubran las cicatrices y quemaduras.
- Área problema 3. Dificultad para buscar pareja y relaciones sexuales con las mujeres debido a las secuelas de las quemaduras de su cuerpo.
 - Relaciones sexuales con prostitutas.
 - Miedo para quedarse desnudo en la relación sexual con las mujeres.
 - Dificultad para mantener relaciones de pareja estables.

4.2 Variables moduladoras.

4.2.1 Variables disposicionales.

Las variables disposicionales de Pedro son las siguientes:

- Quemaduras en el 60% de su cuerpo, especialmente en la zona de genitales, glúteos y piernas.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Sentimientos de inseguridad, falta de pertenencia grupal y baja autoestima.

- Bajo nivel académico, reduciendo su perspectiva de desarrollo laboral.
- Temor a quedarse desnudo y dificultad para aceptar su cuerpo.

4.2.2 Variables ambientales.

- Falta de exigencia por parte del entorno laboral relacionado con el hecho de ser familia directa del joven.
- Sobreprotección por parte de la familia del joven, especialmente la madre.
- Falta de apoyo a la autonomía personal y a las iniciativas propias por parte de los padres de Pedro.
- Falta de actividades de ocio y tiempo libre y deportivas en su infancia y adolescencia.
- Ausencia de referentes positivos en su entorno social.

4.2.3 Factores de protección.

- Existencia de una familia estructurada y normalizada.
- Nivel socioeconómico alto.
- Inteligencia y capacidad de adaptabilidad.
- Motivación personal hacia el cambio.

4.3 Hipótesis de origen del problema.

El trauma vivido cuando Pedro contaba con dos años ha generado que el ingreso hospitalario en la UCI conllevara una falta de contacto familiar en dicho periodo, dificultad para integrar cognitivamente lo que sucedió, con la consiguiente significación emocional desintegrada. Las quemaduras del 60% de su cuerpo, fundamentalmente en zonas genitales y glúteos, hizo que tuviera aversión a su cuerpo y a determinadas partes íntimas, dificultad para quedarse desnudo, inseguridad en las relaciones sociales y temor a mostrarse expuesto en intimidad en cualquier relación sexual. A su vez, provocó una ingesta de sustancias tóxicas para desinhibirse y relacionarse con mujeres y otros amigos y evitación del sufrimiento ante el rechazo que pudiera ocasionarse.

4.4 Hipótesis de mantenimiento del problema.

EC: Sentimiento de inferioridad y culpa. Miedo a la exposición de los demás de las partes quemadas.

RC: Pensamiento rechazo de los demás. Sentimiento de vergüenza.

Ed: EC+RC

R. operante: Consumo de sustancias para desinhibirse y poder encontrarse seguro en las relaciones sociales.

No ducharse delante de los demás después de una actividad intensa.

C: Aumento de las habilidades sociales y conseguir pertenencia a los grupos sociales (refuerzo positivo). Alivio al no mostrar sus partes dañadas (refuerzo negativo).

EC: Sentimiento de rechazo hacia su cuerpo.

RC: "No va a quererme nadie con este cuerpo". Vergüenza.

Ed: EC+RC

R. operante: No quedarse desnudo ante nadie, especialmente con ninguna mujer. Pagar para estar en una relación sexual con una mujer.

C: Tranquilidad por conseguir tener sexo aunque sea con dinero por medio(refuerzo positivo) y evitación de sentimientos de rechazo por parte de las mujeres (refuerzo negativo).

EC: No tiene responsabilidades en su trabajo.

RC: sentimiento de inferioridad y dificultad para considerar que puede cumplir con sus obligaciones laborales.

Ed: EC + RC.

R. operante: no cumplir las normas y horario laboral. Salir a consumir en horario de trabajo.

C: Mantiene el puesto de trabajo (refuerzo positivo).

EC: Accidente tráfico con su coche y muerte de dos amigos.

RC: Sentimiento de culpa.

Ed: EC + RC

R. operante: Mayor consumo de sustancias tóxicas y evitación de las relaciones sociales que le puedan culpar.

C: Tranquilidad (refuerzo positivo) y no pensar en lo sucedido (refuerzo negativo).

Tabla 1. Análisis topográfico de la conducta-problema

ANTECEDENTES	PENSAMIENTOS EMOCIÓN CONDUCTA	CONSECUENTES
<p>Quemadura en zonas íntimas. Falta de contacto y cuidado de los progenitores en hospitalización. Permanencia en hospitalización muchas épocas de su vida. Burlas de los compañeros de clase por no quedarse desnudo en clases deportivas. Burlas de los compañeros cuando alguno veía sus zonas quemadas. Insultos de los compañeros. Mantener relaciones de intimidad con mujeres.</p>	<p>Pensamientos: “Van a rechazarme en cuanto vea mis quemaduras”. “Si se enteran de lo que me sucede, me rechazarán”. “No quiero que vean mi cuerpo”. “Si me quedo desnudo, no seré aceptado”. “Soy culpable de lo que les ha sucedido a mis amigos”. “No soy adecuado para mis relaciones sociales y para las chicas”. “Solo puedo tener sexo si pago”.</p>	<p>A corto plazo: <i>Consumo de sustancias tóxicas (alcohol, cocaína y cannabis):</i> Desinhibición y establecimiento de relaciones sexuales (R+). Aumento de la seguridad a la hora de comenzar una relación (R +). Alivio de la tensión y rechazo (R -). Relajación ante la exposición (R -). Reducción de la ansiedad anticipatoria (R -).</p>

<p>Temor a quedarse desnudo. Rechazo a su cuerpo. Socialmente estereotipos de belleza (causa lejana). Dificultad para relacionarse con los amigos. Dificultad para cumplir con sus compromisos laborales. Sobreprotección materna. Accidente de tráfico y muerte de dos amigos.</p>	<p>“Necesito sentirme formando parte de un grupo y para eso tengo que hacer lo que ellos quieren”. “Nunca voy a formar parte de ningún grupo de amigos”. “Si soy valiente, me admitirán”.</p> <p>Emociones/Sentimientos: Miedo al rechazo. Sentimientos de no pertenencia a ningún club y/o asociación. Inquietud y nerviosismo. Culpa. Rechazo. Juicio y temor. Inseguridad. Inferioridad. Frustración. Fracaso.</p> <p>Conducta:</p>	<p>Impostar una imagen de seguridad (R+). Evitación de situaciones de rechazo y conflicto (R -). Evitación de situaciones donde sentirse inseguro (R -).</p> <p>A largo plazo: Necesidad de consumo para intimar. Insatisfacción personal. Evitación de la desnudez y la intimidad con otra persona. Baja autoestima y baja autovaloración. Aumento del consumo para relacionarse. Labilidad emocional. No responsabilizarse de los compromisos laborales. Evitación de situaciones que puedan generarle rechazo o tensión.</p>
---	--	--

	<p>Beber para desinhibirse y poder relacionarse sin mucha toma de conciencia.</p> <p>Acercamiento a grupos disruptivos para sentirse aceptado.</p> <p>Realizar actividades de riesgo para sentirse aceptado.</p> <p>Consumo de drogas para poder estar en relación y olvidar mis dificultades.</p> <p>Ocultar determinadas partes de su cuerpo.</p> <p>No relacionarse con determinadas personas del pueblo que puedan juzgarle o rechazarle.</p> <p>Ausentarse de su lugar de trabajo.</p> <p>Aislamiento.</p>	<p>Evitación de realización de actividades diferentes al consumo que puedan ser gratificantes para él.</p> <p>Consumo para evitar sentirse culpable del consumo.</p>
--	---	--

4.4.1 Propuesta de intervención. Conductas a eliminar.

Consideramos que el trauma que tuvo Pedro con dos años generó un bloqueo emocional en sus recuerdos, una aversión a su cuerpo y una dificultad en encontrarse en intimidad con otras personas y un problema

en la socialización hacia los demás. Consideramos que el trabajo que se lleve a cabo con EMDR, favorecerá la integración de los recuerdos traumáticos que tiene almacenados de forma disgregada, logrará una asimilación de sus recuerdos de manera contextual y funcional, poniendo a su disposición los recursos personales que tiene y los pensamientos positivos hacia sí mismo. Esto favorecerá el trabajo terapéutico de tratamiento en adicciones ya que correlaciona directamente con sus vivencias. El joven ha consumido inicialmente para conseguir unas relaciones sociales y afectivas sin sentir el rechazo, la culpa o el miedo. Este trabajo además ayudará a sentirse mejor consigo mismo debido a la integración de su cuerpo y facilitará la comunicación más honesta y sincera con las personas con las que se encuentre. La variable de intervención con EMDR podrá ayudar a que su rehabilitación se haga efectiva después de dos tratamientos infructuosos.

Las conductas a abordar serán las siguientes:

- Abordar la desnudez y la exposición en las relaciones sexuales con mujeres.
- Abstinencia en consumo de sustancias tóxicas.
- Autonomía e independencia tanto en su forma de vida como en la económica.
- Aceptar su cuerpo y poder tratarlo de una forma amable y cuidadosa.

4.4.2 Objetivos y técnicas de intervención.

Tabla 2. *Objetivos y técnicas de intervención.*

OBJETIVOS	TÉCNICAS
Área problema 1. Trastorno por consumo de sustancias tóxicas.	
Mantener la abstinencia de consumo de sustancias tóxicas	Control de estímulos. Psicoeducación trastorno. Entrevista motivacional. Firma contrato-compromiso. Establecimiento de estadio de cambio.

<p>Evaluar acerca de las áreas más deficitarias que tiene Pedro. Evaluación inicial sobre lo que espera conseguir y evaluación de la implicación familiar/social.</p>	<p>Entrevista semiestructurada donde se enfoquen las áreas más deficitarias.</p> <p>Autoinformes y autobiografía emocional.</p> <p>Trabajos sobre evaluación específicos.</p> <p>Examen médico y psiquiátrico.</p>
<p>Acudir con continuidad a las terapias individuales y grupales que se determinen, participando activamente en éstas y reflexionando sobre sus dificultades y proyectos futuros.</p>	<p>Técnica de modelado entre iguales.</p> <p>Grupos con temas específicos: entrenamiento en solución de problemas, reducción del estrés, reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento en habilidades sociales.</p>
<p>Establecer nuevas relaciones sociales positivas.</p>	<p>Estructuración y autorregistro actividades semanales realizadas.</p> <p>Refuerzo positivo cuando lo lleve a cabo.</p> <p>Habilidades sociales de inicio de relaciones.</p>
<p>Estructurar un horario y cumplirlo.</p>	<p>Organizar agenda y cumplimiento de actividades que se diseñen con él.</p> <p>Autorregistro.</p>
<p>Organizar actividades de ocio y tiempo libre.</p>	<p>Revisión de las actividades propuestas para cada semana.</p> <p>Autorregistro.</p>

Favorecer la búsqueda activa de empleo y cuando lo tenga, favorecer el cumplimiento de las normas y horarios.	Realización de actividades de búsqueda de empleo. Revisión de los horarios laborales.
Trabajar la prevención de recaídas posibles	Psicoeducación de la recaída. Establecimiento de controles para la supervisión de la recaída. Entrevistas para detección de posibles conductas de recaída.
Área problema 2. Inseguridad e incapacidad para aceptar su cuerpo.	
Integrar la vivencia traumática como un recuerdo no distorsionador.	Psicoeducación del trauma. Sesiones de EMDR.
Favorecer la mirada amable y tierna ante su cuerpo.	Exposición y desensibilización sistemática. Ejercicios de aceptación de su cuerpo.
Favorecer la desnudez como parte de su vida	Ejercicios de exposición en vivo (frente al espejo, en la playa, etc).
Área problema 3. Dificultad para buscar pareja y relaciones sexuales con las mujeres debido a las secuelas de las quemaduras de su cuerpo.	
Reflexionar sobre las relaciones de pareja y la importancia de otros aspectos diferentes al corporal.	Psicoeducación de las relaciones de pareja. Reestructuración cognitiva y búsqueda de sesgos cognitivos acerca de lo importante en las relaciones de pareja.

Favorecer la honestidad y claridad en sus relaciones de intimidad.	Role playing y habilidades de comunicación.
--	---

5 Tratamiento

Según el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1994), se establecen diferentes estadios o fases para la persona que se encuentra ante un problema de conducta de consumo de sustancias tóxicas. Dependiendo del estadio, es conveniente intervenir y motivar hacia una determinada acción ya que de lo contrario puede crear reactancia y dificultar el proceso terapéutico de rehabilitación. Los estadios son los siguientes:

- Precontemplación. La persona no tiene ninguna intención de cambiar su conducta en este momento ni en un futuro próximo.
- Contemplación. La persona es consciente de que tiene un problema, pero aún no hay un compromiso hacia el cambio.
- Preparación. Hay una intención clara de ir hacia la acción. “Se combina la intención y criterio de comportamiento (Prochaska y DiClemente, 1994. p. 3).
- Acción. Es la etapa en la que la persona modifica su comportamiento de consumo a abstinencia. Se dan las conductas más visibles y emplean energía y recursos para llevarlo a cabo.
- Mantenimiento. Etapa en la que hay una consolidación de la acción abstinentes y se profundiza para la prevención de recaídas y posibles incidentes o situaciones estresantes que puedan generar un retroceso en el estadio. Se establece que se da a partir de los seis meses de mantenimiento de una conducta abstinentes.

Cuando Pedro ingresa a finales de septiembre en la unidad de ingreso de MonteAlminara, el joven se encuentra en el estadio de preparación. Se da una intención de cambio pero no ha podido llevarla a cabo en su localidad. Una vez que comienza su ingreso, el joven se encuentra en el estadio de acción.

Actualmente, Pedro se encuentra en el estado de mantenimiento ya que ha consolidado su abstinencia y se mantiene en ésta aun a pesar de que ya que encuentre en tratamiento ambulatorio.

De forma habitual en el centro de tratamiento, cuando un paciente ingresa en el centro, recibe de dos sesiones semanales de terapia individual con la psicóloga sanitaria. Una vez que finaliza su fase inicial en hospitalización y empieza el tratamiento ambulatorio (segunda fase o segundo nivel), se pasa a una sesión de terapia individual siendo evaluada la periodicidad por parte de la psicóloga.

En el centro hospitalario, además, cada interno tiene cuatro grupos terapéuticos cada día para diferentes objetivos:

1. En la mañana, nada más levantarse y antes de desayunar, un breve encuentro para evaluar el sueño, pesadillas, estado de ánimo y compartir lo que quieren trabajar en el día.
2. A las 11:30 tienen grupo terapéutico psicológico. Se trabajan temas específicos: genograma y relaciones familiares, codependencia, dependencia y tolerancia, habilidades sociales y solución de problemas, fases del tratamiento, etc.
3. A las 16 h tienen de nuevo un grupo terapéutico para evaluar su estado emocional y trabajo de autoayuda compartido.
4. Al finalizar la cena, sobre las 21:30 h tienen reunión para evaluar qué tal ha sido el día, estado emocional con el que se acuestan y si hay algún conflicto interno entre los pacientes, podemos cerrarlo en el grupo.

5.1 Objetivos generales de tratamiento de desintoxicación y rehabilitación del trastorno de consumo de sustancias tóxicas.

El tratamiento de desintoxicación y rehabilitación del trastorno de consumo de sustancias tóxicas suponen un tratamiento global hacia el camino de la integración y cambio de hábitos y de forma de vida de Pedro.

Para el tratamiento del trastorno, los objetivos que se han llevado a cabo con Pedro han sido los programados previamente, focalizando en las siguientes cuestiones:

- Reconocimiento y aceptación de Pedro de su problema de adicción y de su pérdida de control ante el consumo. Analizar la demanda de Pedro y sus antecedentes personales/familiares psicológicos respecto al trastorno.
- Evaluar y abordar los factores relacionados con la conducta adictiva, los problemas asociados al trauma, así como cualquier otra temática conflictiva que aparezca durante el tratamiento.
- Desintoxicación de Pedro de las sustancias.
- Deshabitación psicológica del paciente.
- Normalización de las relaciones sociales y afectivas de Pedro.
- Cambiar a un estilo de vida saludable que vaya en consonancia con sus valores y su proyecto vital.

Esto supone trabajar sobre los siguientes aspectos:

- Abordar la abstinencia con el joven: esto supone tener en cuenta en sesiones la prevención de conductas de recaída y realizar seguimiento de analíticas de orina para detectar el consumo.
- Control de estímulos: inicialmente se mantiene un control sobre el dinero y sobre el teléfono cuando ingresa en centro hospitalario, ya que no tiene derecho a él salvo llamadas a familiares y siempre bajo supervisión de un profesional. Posteriormente se va flexibilizando en función de lo que la profesional estime. Se van estableciendo controles de dinero y de llamadas telefónicas.
- Psicoeducación de la adicción y mecanismos subyacentes derivados (reforzamientos positivo y negativo, extinción, castigo positivo y negativo). Búsqueda de conductas alternativas incompatibles con el consumo como realización de ejercicio, red social positiva, comunicación de deseo de consumo a personas de confianza.
- Autocontrol, con las siguientes actividades para llevarlo a cabo:
 - Autoobservación. Comunicación de situaciones de riesgo en el momento en que se inicien.
 - Evitar contratos negativos: se trabaja para que no se establezcan comunicaciones con personas negativas que faciliten las actitudes de recaída, o no mentir sobre asuntos sin importancia, o comunicar determinados comportamientos que se hayan dado en su vida anterior (quedarse con parte de dinero sin comunicar, etc).
 - Contrato conductual. Tanto en ingreso hospitalario como en tratamiento ambulatorio realizar contratos de cumplimiento de normas y límites.
 - Autoreforzamiento y autocastigo
- Entrenamiento en solución de problemas: búsqueda de situaciones que generen dificultad y búsqueda de soluciones posibles ante el mismo problema. Decisión posterior de la mejor y evaluación de ésta.
- Habilidades sociales para conocer personas del entorno de su nueva localidad positivas y saludables. Role playing.
- Técnicas de reducción de ansiedad y estrés ante situaciones de riesgo.
- Prevención de recaídas. Según Marlatt y Gordon (1985) citado en Becoña (2019) la recaída sería cualquier actitud de retomar conductas de aproximación al consumo o actividades de su vida anterior

(mentiras, ausencias de trabajo, etc) que vienen previas a una etapa anterior de abstinencia y control de consumo y que generan una pérdida de control y de consumo. Con Pedro se trabajarán las situaciones de riesgo previas a las recaídas (amenazas de consumo en Navidad, en celebraciones importantes familiares, en estados de euforia y reconocimiento personal), los estados emocionales estresantes y conflictos interpersonales a nivel familiar.

5.2 Objetivos generales para el tratamiento del trauma con sesiones de EMDR

Tabla 3. *Plan de tratamiento específico para el trastorno de consumo de sustancias tóxicas y para el trabajo con el trauma a través de las técnicas con EMDR*

FECHA	NÚMERO SESIÓN	TÉCNICAS Y DESARROLLO SESIONES
Finales de septiembre 2021 (27 al 1 de octubre)	Primera y segunda sesión	Datos personales y encuesta de evaluación inicial. Situación de partida. Genograma y recogida de historia personal/salud/familiar. Autobiografía emocional. Motivación para el cambio. Entrevistas de evaluación.
Primera semana de octubre de 2021 (6 al 8 de octubre)	Tercera y cuarta sesión	Entrevistas de evaluación. Descripción del problema y situación de partida con respecto al trauma. Grado de incomodidad y distorsión en su vida con respecto a las escenas desagradables.
Segunda semana de octubre de 2021 (11 al 15 de octubre)	Quinta y sexta sesión	Búsqueda de lugar seguro. Enraizamiento. Qué movimientos y tempo son los adecuados para él.

		<p>Visualización y relajación. Evaluación de su nivel de relajación.</p> <p>Búsqueda de mensajes positivos que se pueda decir.</p>
Tercera semana de octubre de 2021 (18 al 22 de octubre)	Séptima y octava sesión	<p>Descripción del evento inicial/eventos de UCI y hospitalización. Movimiento ocular horizontal.</p> <p>Búsqueda de sensación de seguridad. Anclajes positivos.</p>
Cuarta semana de octubre 2021 (25 al 29 de octubre)	Novena sesión	<p>Continúa el trabajo de movimientos oculares horizontales y relatos de otras situaciones dramáticas (rechazos en la clase y accidente de tráfico).</p>
Primera semana de noviembre 2021 (1 al 5 de noviembre)	Décima sesión	<p>Trabajo relacionado con otras áreas que no tienen que ver con el trauma. Establecimiento de objetivos familiares y laborales antes de pasar a segunda fase (tratamiento ambulatorio).</p>
Segunda semana de noviembre de 2021 (8 al 12 de noviembre)	Décimo primera sesión	<p>Chequeo de los traumas. Se abordan las secuelas referentes a la intimidad en las relaciones de intimidad con sus parejas. Niveles de USP bajos.</p> <p>Establecimiento de entorno en Málaga. Vivienda.</p> <p>Búsqueda de trabajo. Área social (gimnasio y horario de relaciones sociales).</p>

Tercera semana de noviembre 2021 (del 15 al 19 de noviembre)	Décimo segunda sesión	Pasa a segunda fase (fase ambulatoria). Acondicionamiento y objetivos en esta fase. Prevención de recaídas.
Cuarta semana de noviembre de 2021 (22 al 26 de noviembre)	Décimo tercera sesión	Evaluación de la semana de tratamiento ambulatorio. Objetivos y prueba analítica de orina para detección de consumo. Abordaje de los cambios familiares ante su independencia y búsqueda de trabajo.
Primera semana de diciembre (del 29 de nov al 3 de diciembre)	Décimo cuarta sesión	Integración de los cambios relacionados con el trauma. Evaluación de cada situación negativa y estresante vivida en estas semanas. Niveles bajos de USP.
Segunda semana de diciembre (del 6 al 10 de diciembre)	NO HAY SESIONES	
Tercera semana de diciembre (del 13 al 19 de diciembre)	Décimo quinta sesión	Evaluación de la intervención terapéutica a nivel ambulatorio. Evaluación de cada área. Prueba de orina.
Cuarta semana de diciembre y primera de enero (del 23 al 27 de diciembre y	NO HAY SESIONES POR VACACIONES DE LA PSICÓLOGA	

del 3 al 7 de enero de 2022).		
Segunda semana de enero (del 10 al 15 de enero).	Décimo sexta sesión	<p>Se pasan las sesiones cada dos semanas.</p> <p>Evaluación y chequeo USP. Continúan los niveles bajos.</p> <p>Evaluación de las áreas de tratamiento.</p> <p>Analítica de orina.</p> <p>Resolución de problemas.</p>
Cuarta semana de enero (del 24 al 27 de enero).	Décimo séptima sesión.	<p>Analítica de orina para seguimiento.</p> <p>Evaluación de las áreas laboral y relaciones sociales.</p> <p>Prevención de recaídas. Posibles actitudes que deriven en recaídas.</p>

6 Valoración del tratamiento

6.1 Adherencia al tratamiento

Pedro está implicado y motivado en el tratamiento y en la intervención que se lleva a cabo con él. El joven reconoce que las sesiones de EMDR enfocadas a ver el trauma le están ayudando en muchos aspectos de su vida, especialmente a mirar con mayor cuidado y atención a su cuerpo.

El joven ha acudido puntualmente a todas las sesiones, completando todas y cada una de ellas. Además, ha llevado a cabo las distintas propuestas y tareas pautadas por la psicóloga.

El paciente ha mostrado interés por las sesiones de EMDR, llegando a preguntar al principio de la semana cuándo tendrían lugar.

6.2 Intervención específica.

El trabajo que se ha llevado y que se sigue manteniendo con Pedro ha ido y está enfocado a dos tipos de intervenciones:

6.2.1 Área problema 1. Trastorno por consumo de sustancias tóxicas.

Se ha mantenido la abstinencia de consumo de sustancias tóxicas. Se le han realizado controles de sustancias tóxicas en varias ocasiones dando en todos ellos resultados negativos en consumo. Se han mantenido entrevistas de psicoeducación del trastorno y Pedro firmó los contratos compromisos tanto en el ingreso hospitalario como la pasar a la fase ambulatoria cumpliendo los compromisos adquiridos. Se ha realizado control de estímulos con Pedro en el teléfono y en el dinero. Cuando ingresó en centro, el joven entregó el teléfono y posteriormente en una sesión se le pidió que eliminara de sus contactos aquellas personas que él consideraba negativas dentro de su círculo y que podían causar interferencia en su reinserción. Cuando pasó a segunda fase (ambulatoria) empezó a tener control sobre su propio teléfono y dinero.

Pedro ha acudido a todas las terapias individuales y grupales establecidas, firmando en cada una de ellas para llevar un control de su asistencia y participación. Pedro ha participado en los temas trabajados con buen nivel de comunicación, participación y reflexión de lo que se ha establecido:

- Psicoeducación de las adicciones.
- Entrenamiento en solución de problemas: fiestas de Navidad en familia y con amigos en su localidad, participación en el gimnasio y creación de nuevas relaciones de amistad positivas.
- Reducción del estrés mediante respiraciones y relajaciones.
- Entrenamiento en habilidades sociales con técnicas de role playing.

En cuanto al establecimiento de nuevas relaciones sociales positivas, Pedro se ha inscrito en el gimnasio cercano a su vivienda, teniendo encuentros con dichas personas después de los domingos en el pádel y en varias salidas de fines de semana. El joven ha contado su situación con claridad y honestidad siendo aceptado por el resto de las personas del gimnasio. Pedro no se ha apuntado a ninguna otra actividad.

Pedro ha cumplido un horario que era diseñado por él y por la psicóloga. Ha mantenido el trabajo desde diciembre y ha cumplido tanto con dicho horario como el de descanso y realización de actividades deportivas y de ocio y tiempo libre.

Con respecto a la búsqueda de empleo, Pedro consiguió rápidamente en una empresa de la localidad de Torremolinos un trabajo como transportista de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas, teniendo unos ingresos económicos menores a cuando trabajaba para la empresa familiar, pero según él manifiesta con un grado mayor de bienestar ya que es capaz de cumplir con los compromisos que se le establecen y valora mucho su autonomía e independencia.

6.2.2 Área problema 2. Inseguridad e incapacidad para aceptar su cuerpo.

Con respecto a integrar la vivencia traumática del evento, Pedro tuvo las sesiones específicas de EMDR. En estas primeras sesiones, se abordó el lugar seguro (técnica de enraizamiento) visualizando un lugar en donde sentirse seguro y acudir en cualquier momento de tensión o estrés. Este abordaje se realizó además con la orientación de enseñarle a respirar profundamente y poder meditar y relajarse. En dicha técnica

también se aborda el EM y la figura de “la mariposa”, donde realiza a lo largo de los días siguientes movimientos táctiles hacia su torso para afianza el lugar de seguridad y anclar éste para el trabajo posterior.

En las siguientes sesiones se trabajaron las secuencias que tenían vivencias de sufrimiento y trauma en Pedro. Se trabajaron las siguientes situaciones:

- Caída en el barreño. Dolor físico y emocional inesperado. Miedo. Tensión.
- Estancia en la UCI. Soledad, culpa ante dicha soledad (pensamiento distorsionado de “ser culpable de que su madre no se encuentre con él”). Dolor físico. Falta de contacto físico con los cuidadores.
- Estancia posteriormente hospitalizado en planta. Dolor físico. Desajuste cognitivo (no entender qué supone lo que le está pasando). Falta de contacto físico.
- Ponerse fajas a diario para evitar el despegue de la piel quemada. Sufrimiento y dolor. Opresión y dificultad para entenderlo.
- Situaciones de rechazo en el centro escolar. Situaciones en donde temía quedarse desnudo en la natación, después de las actividades deportivas en la ducha, ante el cambio de cualquier indumentaria era señalado por los demás como “guarro”. Rechazo y dolor emocional. Pérdida del sentimiento de pertenencia.
- Relaciones sociales en su localidad. Sentimiento de no pertenencia y de dificultad para entablar comunicación. Consumo de drogas por medio para socializar y desinhibirse.
- Evitación de la relación sexual con su primera pareja. Rechazo y fin de la relación. Retraumatización de su rechazo a su cuerpo y sentimiento de indignidad. Mayor consumo. Pagar por mantener relaciones sexuales y su juicio hacia la prostitución.
- Accidente de tráfico en el que mueren dos de sus amigos y él queda ileso. Culpa. Rechazo de algunas personas de su localidad.

Se abordó también las secuelas que se quedaron en su cuerpo y el sentimiento de repulsa y rechazo de dichas partes de su cuerpo quemadas que generaban consecuencias a largo plazo de evitación de intimidad, evitación de desnudarse consigo mismo y con otra persona y mantener el consumo para desinhibirse y socializar. Se le propusieron ejercicios de exposición en su casa donde se estableció una jerarquía de menor a mayor grado de sufrimiento con respecto a su desnudez y a la exposición en casa. El grado de exposición fue cada vez mayor llegando incluso a encontrarse desnudo con otras personas con la luz encendida. Queda pendiente acudir a la playa en verano y también valorar si se da un rechazo de alguien de su entorno, cómo lo puede vivir él.

6.2.3 Área problema 3. Dificultad para buscar pareja y relaciones sexuales con las mujeres debido a las secuelas de las quemaduras de su cuerpo.

También se abordó el problema de las relaciones de pareja y la dificultad de mantener relaciones sexuales con mujeres quedándose desnudo y hablando desinhibidamente de su problema.

Se logró profundizar con Pedro acerca de las relaciones de pareja y lo que aporta la persona más allá de su físico o de la atracción inicial. Se eliminaron mitos y creencias irracionales sobre el amor y las relaciones de pareja tales como “en la pareja te tiene que gustar físicamente todo de ella”, “si tienes defectos en la pareja los tienes que ocultar”, “sin atracción física inicial, no se puede dar posteriormente”, etc.

Al abordar con EMDR el trauma inicial y las secuelas, se observó que no había sufrimiento ante su cuerpo y un grado de aceptación superior al que mostraba en anteriores sesiones. Mantuvo algunos encuentros sexuales con mujeres, llegando a hablar sobre sus quemaduras en los primeros momentos del encuentro e incluso en algunas ocasiones con algunas mujeres logró mantener la luz encendida teniendo relaciones sexuales y dejándose tocar las cicatrices y zonas quemadas por ellas.

7 Discusión y conclusiones

La intervención que se ha llevado durante el ingreso de Pedro, y que se sigue manteniendo durante la fase ambulatoria se ha estructurado en torno a dos ejes fundamentales, siendo estos los objetivos generales de dicha intervención:

- Lograr la recuperación total respecto al comportamiento adictivo, desde la desintoxicación física hasta la rehabilitación bio-psico-social, incluyendo la deshabitación psicológica del trastorno de consumo de sustancias.
- Integrar de manera equilibrada los eventos traumáticos sucedidos en la infancia del paciente y todas las secuelas y consecuencias que éstos han generado en toda su vida, y especialmente en su proceso de adicción a las drogas. En este caso hemos abordado los dos problemas relacionados con el rechazo a su cuerpo y la dificultad para estar en relaciones de intimidad con mujeres.

En ambas intervenciones, hemos tenido en cuenta la situación de partida del joven, siendo conscientes de no intervenir de forma rápida y abrupta sobre los asuntos que traía a consulta y considerando que con anterioridad a este tratamiento, Pedro había acudido a otros centros de tratamiento para poder abordar su trastorno por consumo de sustancias siendo infructuoso hasta el momento.

Hemos dado mucha importancia a no retraumatizar, siendo cuidadosas en el acercamiento a las situaciones de vida estresantes y traumáticas que ha vivido en su vida. Se ha tenido en cuenta y se ha puesto el acento en cómo él se iba encontrando con la narración de sus experiencias traumáticas y en valorar conductualmente su evolución posterior en el centro tanto en ingreso como en ambulatorio.

También hemos tenido en cuenta que Pedro partía de una experiencia en centros de tratamiento de adicciones, lo que supone al mismo tiempo una ventaja y un hándicap en su recuperación. Por un lado, Pedro muestra una motivación interna importante para el cambio, hay una necesidad que genera que se tome en serio su implicación y activación hacia una mejora personal. Por otro lado, tenemos en cuenta que el joven cuenta con una experiencia negativa sobre sí mismo y sus mecanismos de control y de voluntad

que hacen que se sienta más inseguro y con menos percepción de cambio y control debido a sus fracasos previos.

Nuestra hipótesis de partida con Pedro es que consideramos que el trauma vivido cuando contaba con 2 años había generado una ausencia de significación emocional integrada, una aversión hacia su cuerpo y hacia determinadas partes íntimas; una dificultad para la socialización y temor a quedarse desnudo o expuesto en algún lugar con sus amigos; una dificultad importante y significativa para mantener relaciones sexuales con sus parejas y quedarse desnudo con ellas. Una relación con la droga utilitarista en donde el consumo le llevaba a sentirse seguro, a relacionarse con mayor desinhibición y sentimiento de pertenencia, a una desensibilización ante la exposición con amigos y pareja y una dificultad para abordar y trabajar con profundidad sus heridas infantiles.

La intervención que fue diseñada, y que sigue manteniéndose a día de hoy, tiene presente que el EMDR favorecerá la asimilación de sus recuerdos traumáticos, la integración en sus recuerdos de manera contextual y no generalizada y generará nuevas maneras de relacionarse con sus redes sociales y con sus futuras parejas y a aceptar su cuerpo de una manera más amable y cuidadosa consigo mismo y por tanto con los demás.

Hasta este momento, la intervención que se ha llevado con Pedro ha conseguido los siguientes objetivos/actividades:

1. El joven está trabajando fuera del negocio familiar. Está haciéndose cargo de su responsabilidad en el horario y en la normativa. Aunque a nivel económico no ingrese lo mismo, siente mejoría en cuanto a su libertad y autonomía y ganancia en responsabilidad.
2. El joven está viviendo en una localidad diferente a su familia, logrando una autonomía y responsabilidad sana y estable. Está haciéndose cargo de sus gastos mensuales y del pago de su vivienda y los gastos que se ocasionan.
3. Ha comenzado a tener relaciones sexuales con mujeres. Se inscribió en una plataforma de citas a través de una aplicación móvil. Los cambios producidos son los siguientes:
 - a. En las conversaciones iniciales con las chicas, Pedro informa que habla con honestidad y claridad sobre lo que le sucedió, informando de las partes dañadas.

- b. También informa que se queda con las mujeres desnudo (anteriormente Pedro no podía, se cubría rápidamente).
 - c. Además dice encontrarse en las relaciones sexuales con la luz encendida, hecho que hasta el momento del trabajo con EMDR era incapaz.
 - d. Manifiesta además que se mantiene desnudo después de la relación y deja ser acariciado en sus genitales, siendo consciente del cuidado y atención que recibe en este tiempo. Se muestra muy satisfecho con esta situación que a su vez refuerza positivamente la adquisición de esta nueva conducta.
4. Mantiene relaciones sociales nuevas ya que se encuentra viviendo en Málaga, ciudad en la que no tenía ningún tipo de conexión ni vínculo afectivo previo.
 5. Pedro se ha inscrito en el gimnasio, manteniendo un horario fijo de deporte, conociendo a nuevos amigos con perfil sano y saludable. El joven comunica a estos nuevos amigos que no puede consumir ningún tipo de sustancia tóxica (incluido el alcohol) y es aceptado.
 6. Pedro continúa acudiendo a las sesiones individuales y grupales del centro de tratamiento de adicciones, abordando con mayor tranquilidad su historia de vida con sus dificultades personales. El joven participa activamente en estas sesiones y muestra las dificultades que va teniendo con claridad y transparencia.
 7. El joven ha solicitado cita para hacerse un trasplante de pelo en la cabeza. Tiene ganas de cuidarse y de mejorar en su imagen corporal.
 8. El joven habla con naturalidad sobre sus traumas, no viviendo el dolor ocasionado de forma manifiesta, pudiendo sostener el discurso con coherencia.
 9. Sus relaciones familiares han mejorado a raíz de encontrarse con mayor autonomía y control sobre sí mismo. Es capaz de hablar con claridad sobre lo que necesita y ajustar sus objetivos y actividades en función de éstas. Está poniendo límites a su madre quien está aceptando su nivel de autonomía que inicialmente le costaba mucho sostener.
 10. El EMDR ha ayudado a hablar de los recuerdos traumáticos teniendo un nivel USP por debajo del 1.

11. Se ha conseguido bajar de niveles de sufrimiento ante su cuerpo y su desnudez a 1, teniendo un grado de sufrimiento de 8-9 inicialmente.

Por otro lado, Pedro inició su rehabilitación en septiembre de 2021 y aún a pesar de haber estado en tratamiento de adicciones previamente lo que conlleva una introspección y un conocimiento de lo que supone el esfuerzo y el trabajo sobre sí mismo y el cambio radical que ha de llevar el trabajo profundo y de cambio de hábitos de vida, de valores, de proyecto vital; se necesita al menos un año y medio para ser evaluado positivamente y observar el trabajo a largo plazo.

Por tanto, queda mucho trabajo pendiente de realizar a nivel de evaluación y seguimiento de su tratamiento por consumo de sustancias, así como conocer a medio y largo plazo si el trabajo con el trauma a través de EMDR ha facilitado su abstinencia y la consecución de sus objetivos personales, así como el mantenimiento de esta relación con su cuerpo y las relaciones sexuales con otras mujeres.

De los objetivos y actividades que aún no se han podido evaluar y quedan pendientes de intervención son las siguientes:

1. Valoración de la abstinencia en consumo con mayor longitud/tiempo. Hasta la fecha, Pedro no ha consumido ni ha tenido ninguna recaída, pero es un proceso que se contempla como posible dentro de una intervención de tratamiento de rehabilitación y deshabituación de drogas.
2. El EMDR se ha tenido que llevar inicialmente en el centro de tratamiento debido a los efectos adversos que pueden tener después de la intervención. En el caso de Pedro, entre sesiones informaba de dificultad para dormir y deseos de consumo de cocaína más acuciantes. Esto implica que la técnica debe ser empleada, según mi modo de ver, junto con otros aspectos cognitivos y emocionales que sostengan lo que suceda entre sesiones.
3. El EMDR ha permitido hablar del suceso sin evasión ni aversión. Desconocemos si a largo plazo seguirá manteniendo esta sensibilidad.
4. Queda pendiente la revisión de sus relaciones sociales a medio y largo plazo. Actualmente se encuentra en una fase inicial de encuentro con personas, por lo que es lógico que no informe a

todos de su situación personal y de qué proceso está llevando a cabo. Por tanto, otro de los aspectos a trabajar será el sentimiento de pertenencia/rechazo del tejido social o de algunas personas de dicha red que está creando.

5. Evaluar la exposición a la desnudez y a la intimidad con un mayor número de personas, siendo posible que en algún caso no haya la aceptación que hasta ahora ha tenido en todas las relaciones esporádicas que ha mantenido. Esto supondría un hito importante en el caso de poder superarlo y lograr igualmente sentirse pleno y satisfecho consigo mismo.
6. Con respecto a las variables ajenas al estudio, puede darnos a entender que tanto el joven como la psicóloga tienen muchas expectativas puestas en la psicoterapia EMDR y esto puede generar un sesgo de intervención que influya en la intervención de manera más objetiva. Los aspectos centrales de las sesiones de EMDR se han evidenciado como positivos para Pedro, logrando ver puntos fuertes y recursos personales que no había visto hasta dicha intervención. Considero que el EMDR puede ayudar a abordar los traumas que se dan en las personas con trastorno de consumo de drogas, si bien las variables implicadas se desconocen aun claramente, por lo que deben ser objeto de estudio en otras investigaciones futuras.
7. No se han podido evaluar variables cuantitativas que faciliten la objetividad del trabajo llevado a cabo por la psicóloga.

Conclusiones:

- El EMDR aplicado al trauma puede ser favorecedora para la intervención en personas con trastorno por consumo de sustancias tóxicas. En este estudio hemos comprobado que abordando el trauma inicial, conseguimos un aumento del objetivo de abstinencia en consumo.
- Se necesita una planificación mayor y más exhaustiva en casos de trastorno por consumo de sustancias tóxicas con trauma inicial para el trabajo con EMDR, de forma que sea aplicado como protocolo base en dichos problemas y pueda ser diseñado con intervenciones específicas.

- Los eventos vividos de forma traumática por los pacientes han de ser tenidos en cuenta en las intervenciones que se realicen con ellos. No darles importancia o minimizar éstos puede que no ayude a su total integración y recuperación personal.
- En líneas de investigación futuras se deberían estudiar las variables que están funcionando en el EMDR para establecer con mayor rigurosidad científica el proceso de reprocesamiento emocional.

8 Referencias bibliográficas

- American Psychological Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2014.
- Apud, I., & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125.
- Barral, D. M., Vázquez, A. I. G., y Rodríguez, I. V. (2012). Terapia EMDR en el trastorno límite de personalidad: reflexiones en torno a un caso de patología dual. *Revista española de drogodependencias*, (1), 81-96.
- Becoña Iglesias, E., y Cortés Tomás, M. (2016). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.
- Becoña, E. (2019). Tratamiento psicológico de las conductas adictivas. En Buceta, J.M. Editor y Mas, B. Editor (Eds.), *Psicología y Salud. Evaluación y Tratamiento*. (pp 329-365).
- Gonzales Carrasco, L. E., y Ruiz Mieses, H. N. (2019). Rasgos de personalidad en drogodependientes.
- Iglesias, E. B. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 58-61.
- El-Shikh, H., Fahmy, E., Michael, V. S., y Moselhy, H. F. A. (2004). Acontecimientos vitales y adicción: una revisión de la bibliografía. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 18(3), 162-170.
- Fernández, G. G., Rodríguez, O. G., y Villa, R. S. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del psicólogo*, 32(2), 159-165.
- Littel, M., van den Hout, MA y Engelhard, IM (2016). Adicción insensibilizante: uso de movimientos oculares para reducir la intensidad de las imágenes mentales relacionadas con las sustancias y el deseo. *Fronteras en psiquiatría*, 7, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00014>
- Lefio LA, Villarroel SR, Rebolledo C, Zamorano P, Rivas K. Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(4):257–66.
- Llorens, R., Morales, E., De Vicente, T., y Calatayud, M. D. (2002). Estrés post-traumático y adicciones. *Adicciones*, 14(4), 487-490. <https://doi.org/10.20882/adicciones.477>
- Lupo, Walter. «EMDR en el tratamiento de los traumas y trastornos de apego». *Intercambios, papeles de psicoanálisis / Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, [en línea], 2015, Núm. 35, p. 23-31,

- Marcos Sierra, J. A., y Garrido Fernández, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de psicología*, 27 (2-3), 339-362.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 243 p.
- Perez-Dandieu, B., y Tapia, G. (2014). Tratamiento del trauma en adicciones con EMDR: un estudio piloto. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(4), 303-309.
- Pernillo, E. Y. P., & Coz, C. S. G. (2021). Modelo psicoterapéutico EMDR aplicado a neurociencias. *Revista Académica CUNZAC*, 4(1), 33-37.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C., & Norcross, J. C. (1994). Cómo cambia la gente: Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *RET: revista de toxicomanías*, (1), 3-14.
- Ramirez, A., Medrano C., Pineda, D. (2018). Trauma y adicciones: A propósito de un caso. *Interpsiquis*. 19 (5).
- Robles, ME, Badosa, JM, Roig, A., Pina, B. y Feixas i Viaplana, G. (2009). La evaluación del estrés y del trauma: Presentación de la versión española de la escala de trauma acumulativo (CTS). *Revista de Psicoterapia*, 2009, vol. XX, núm. 80, pág. 89-104.
- Salvador, M. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de psicoterapia*, 20(80), 5-16.
- Salvador, M. (2016). *Mas allá del Yo: Encontrar nuestra esencia en la curación del trauma*. Editorial Eleftheria, S.L. España.
- Sánchez Alonso, J. (2021). Drogodependencia y desregulación emocional: una revisión sistemática. *MLS Psychology Research*, 4(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.33000/mlspr.v4i1.597>
- Sánchez-Hervás, E., Bou, N. M., Gurrea, R. D. O., Gradolí, V. T., & Gallús, E. M. (2002). Modelos teóricos y aplicados en la adicción a drogas. *Informació psicològica*, (80), 51-59.
- Shapiro, F. (2001). *Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. Editorial Pax México.
- Shapiro, F. (2014). El papel de la terapia de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR) en medicina: abordar los síntomas psicológicos y físicos derivados de las experiencias adversas de la vida. *The Permanente Journal*, 18 (1), 71.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R., & Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 29-40.

Seidler, G. y Wagner, F. (2006). Comparación de la eficacia de EMDR y la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en el tratamiento del TEPT: un estudio metaanalítico. *Medicina psicológica*, 36 (11), 1515-1522. doi: 10.1017 / S0033291706007963

Vargas, A. R., Tenor, D. P., & Arana, C. (2018). Trauma y adicciones: a propósito de un caso.

World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.

Zorrilla Larrainzar, I. (2015). Aplicación de EMDR en el Tratamiento de Pacientes con Sintomatología Traumática: Replicación con dos Estudios de Caso. *Revista De Psicoterapia*, 26(101), 161-178.

9 Anexos.

9.1 ANEXO 1

LISTA CONTROL DATOS CLIENTE Y EXAMENES PREVIOS EMDR

Nombre

Fecha

Tipo de tratamiento previo y tiempo de duración

Medicamentos actuales

Salud física

Sistemas control (familiar, social, laboral)

Consentimiento informado. Mencionar el hecho de que es posible que afloren recuerdos angustiosos aun no resueltos, reacciones que incluyan emociones y sensaciones perturbadoras y que pueden aflorar entre sesión y sesión tipo pesadillas y otros.

Poner a prueba los movimientos oculares del paciente. Qué prefiere: horizontales, verticales, transversales, circulares, en forma de 8. Qué movimientos deben evitarse. Qué estímulos alternos prefiere.

Lugar seguro de preferencia. Lugar y palabra.

Señal convenida para detener el procesamiento.

Alguna otra indicación.

9.2 ANEXO 2

LISTA CONTROL PARA PLANIFICAR EL TRATAMIENTO EMDR

Nombre

Fecha

Síntomas

Imágenes intrusivas

Cogniciones negativas

Duración

Causas iniciales

Sucesos adicionales (o los diez recuerdos mas importantes de su vida).

Problemas adicionales

Restricciones actuales

Personas significativas en su vida

Estado que desea alcanzar

Capacidades y técnicas que el cliente necesita aprender.

9.3 ANEXO 3

REGISTROS SESIÓN EMDR

FECHA	DETONADOR	IMAGEN	PENSAMIENTO	EMOCION	USP

9.4 ANEXO 4

Resumen del procedimiento EMDR

- **Explicaciones del método EMDR. Atención a la edad, nivel sociocultural, experiencia psicológica.**

Tipo: Cuando ocurre un trauma, permanece encerrado dentro del sistema nervioso con las imágenes, sonidos, pensamientos y emociones que se experimentó durante el suceso. Los movimientos oculares abren el SN y permiten que el cerebro procese la experiencia. S posible que esto sea parecido a la etapa REM del sueño (los movimientos oculares ayudan a procesar el material inconsciente). Su propio cerebro se encargará de curar y puedes controlar la situación desde el principio hasta el final. Lo que hacemos es revisar lo que estas experimentando. Necesito que digas exactamente qué está sucediendo tan claro como te sea posible. En algunas ocasiones las cosas no cambiarán, en otras sí. Te preguntaré cómo te sientes del 0 al 10 y en algunas ocasiones cambiará y en otras, no. Algunas veces surgirá algo nuevo, no hay nada predeterminado, así que te pido que me des toda la información lo más precisa que te sea posible. Haremos los movimientos oculares durante un rato y luego hablaremos sobre esto.

Si en cualquier momento sientes la necesidad de detener el procesamiento, solo levanta la mano. ¿Te parece que esa distancia y velocidad son adecuadas?

- **Sobre qué incidente vamos a trabajar hoy.**
- **Imagen que representa la peor parte del incidente.**
- **Cognición negativa (CN).** Qué palabras quedan mejor con la imagen y expresan tu creencia de ti mismo ahora.
- **Cognición positiva (CP).** Cuando evocas esta imagen/incidente, ¿qué te gustaría pensar de ti mismo?
- **Escala EVC.** Cuando piensas en esa imagen o incidente, ¿Cuánto de cierta te parece dicha CP en una escala del 1 al 7 en la que 1 representa falso y 7 totalmente verdadero?
- **Emociones y sentimientos.** Al evocar este incidente y estas CN ¿qué emociones sientes?

- **Escala USP:** Cuando 0 representa estado neutral donde no hay perturbación alguna y 10 el mayor nivel de perturbación, ¿cuánto de perturbador es ahora?
- **Localización sensaciones corporales.** En qué partes del cuerpo sientes ahora la perturbación.
- **Desensibilización.** Me gustaría evocar esta imagen, estas CN (repetir), fíjate en la parte del cuerpo que la sientes y sigue el movimiento de mis dedos.
 - Se inicia movimientos oculares lentamente. Se aumenta de velocidad a medida que el cliente puede tolerar cómodamente el movimiento.
 - Cada 12 movimientos o cuando se da un cambio aparente, comente al paciente: eso es, muy bien, eso es.
 - Sirve mucho hacer el siguiente comentario: Eso es material viejo. Solo fíjate en lo que está sucediendo.
 - Tras la serie de EM: bórralo de tu mente. Respira profundo.
 - Pregunta: qué percibes ahora. Qué es lo que notas ahora.
 - Si el cliente reporta movimientos, diga: “mantén eso en la mente”. Los clientes deben reportar un cero o 1 en escala USP antes de iniciar la fase de instalación.
- **Instalación de la CP.** Vinculación CP deseada con la imagen o recuerdo original:
 - Las palabras (CP) todavía se ajustan a lo que piensas o hay algún pensamiento positivo que se acerque más.
 - Piensa en el incidente original y estas palabras (CP). Desde el 1 como completamente falso, y el 7 completamente verdadero, ¿cuánto hay de cierto en éstas?
 - Mantén juntos. EM. Escala 1 al 7, ¿cuánto hay de cierto en este comentario positivo ahora que piensas en el incidente original?

- Escala EVC. Medimos la puntuación EVC después de cada serie. Aun cuando el cliente reporte una puntuación de 6/7, realizar otros EM para fortalecerlo y continuamos hasta que ya no se fortalezca más. Continuamos con la exploración del cuerpo.
- Si el cliente reporta una puntuación de 6 o más, revisamos si esto es apropiado y atendemos a la creencia bloqueadora (de ser necesario) al realizar un mayor procesamiento.
- **Exploración del cuerpo.** Cierra los ojos y concéntrate en el incidente y explora tu cuerpo mentalmente. Dime en qué puntos sientes algo. Si hay alguna sensación corporal, realizamos más EM. Si hay sensación positiva o agradable, seguimos reprocesando hasta que desaparezca la molestia.
- **Clausura.** Interrogar al cliente sobre la experiencia. El procesamiento que hemos llevado a cabo de hoy posiblemente continúe después de terminada la sesión. El posible que notes o no revelaciones nuevas, pensamientos, recuerdos, o sueños nuevos. De ser así, simplemente fíjate bien en lo que estás experimentando. Toma una fotografía de todo lo que sientes, piensas, detonantes, etc. así podemos trabajar sobre ello en la siguiente sesión.