



**Universidad  
Europea** MADRID

# **Trastorno de Relación Social Desinhibida en un adolescente institucionalizado: estudio de caso único**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

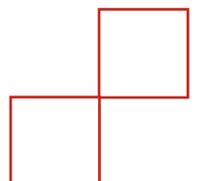
---

Paula Palacian Pérez

Pablo Roca Morales

**Campus Villaviciosa de Odón**  
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón  
28670 Madrid  
[universidadeuropea.com](http://universidadeuropea.com)

**Campus Alcobendas**  
Avenida Fernando Alonso, 8  
28108 Madrid



28 de febrero de 2022

A mi familia y amigos.

Por hacer el camino más fácil.

## Índice

|   |    |
|---|----|
| Resumen.....  | 5  |
| Palabras clave.....                                   | 5  |
| Abstract.....   | 6  |
| <i>Keywords</i> .....                                 | 6  |
| Introducción.....                                     | 7  |
| Identificación del paciente y motivo de consulta..... | 12 |
| Estrategias de Evaluación.....                        | 14 |
| Formulación clínica del caso.....                     | 19 |
| Tratamiento.....                                      | 20 |
| Valoración del tratamiento.....                       | 24 |
| Discusión y conclusiones.....                         | 27 |
| Referencias bibliográficas.....                       | 30 |

## **Resumen**

El apego es un sistema conductual innato en los individuos que se desarrolla desde la infancia a través de la seguridad y protección que proporcionan las figuras principales (Bolwby, 1988), y supone un aspecto fundamental para el correcto desarrollo del individuo desde su nacimiento (Monfort- Ecrig y Pena-Garijo, 2021). Aunque existen diferentes taxonomías, se suele distinguir entre cuatro grandes tipos de apego: el apego seguro, el inseguro, el ansioso/ambivalente y el desorganizado (González, 2019; Benlloch, 2020). Mientras que el apego de tipo seguro tiene consecuencias positivas en el desarrollo de la persona (Cámaras, 2017), las otras tres categorías producen diferentes efectos negativos que pueden desencadenar o mantener diversas psicopatologías (Morera Vargas, 2020; Seim et al., 2020). En el presente trabajo se presentan los datos de un adolescente institucionalizado con Trastorno de Relación Social Desinhibida (TRSD), un trastorno derivado del apego inseguro que se presenta como una disposición a interactuar con el entorno de forma indiscriminada y que resulta inadecuada en su contexto sociocultural (Romero-González et al., 2020). En el presente estudio se ha diseñado una intervención desde el modelo Cognitivo-Conductual al que se han añadido técnicas de relajación, Psicoeducación y arteterapia entre otras. Con ella se ha buscado tratar a un menor institucionalizado, con TRSD, sin escolarización y sin apoyo familiar. En cuatro meses de tratamiento se han podido observar avances en el sistema de apego del menor y mejoría en su sintomatología psíquica.

## **Palabras clave**

Apego, adolescencia, menores institucionalizados, psicopatologías, Trastorno de Relación Social Desinhibida.

## **Abstract**

Attachment is an innate behavioral system in individuals that develops from childhood through the security and protection provided by the main figures (Bowlby, 1988), and is a fundamental aspect for the correct development of the individual from birth (Monfort - Ecrig and Pena-Garijo, 2021). Although there are different taxonomies, four main types of attachment are usually distinguished: secure attachment, insecure attachment, anxious/ambivalent attachment, and disorganized attachment (González, 2019; Benlloch, 2020). While secure-type attachment has positive consequences on the development of the person (Cámaras, 2017), the other three categories produce different negative effects that can trigger or maintain various psychopathologies (Morera Vargas, 2020; Seim et al., 2020). . In the present work we present the data of an institutionalized adolescent with Disinhibited Social Relationship Disorder (TRSD), a disorder derived from insecure attachment that is presented as a disposition to interact with the environment indiscriminately and that is inadequate in its sociocultural context. (Romero-González et al., 2020). In the present study, an intervention has been designed from the Cognitive-Behavioral model combined with relaxation techniques, psychoeducation and art therapy, among others. This intervention was designed in order to treat an institutionalized minor, with TRSD, without schooling and without family support. In four months of treatment, progress has been observed in the child's attachment system and improvement in his mental symptoms.

## ***Keywords***

Attachment, Adolescence, Disinhibited Social Engagement Disorder, Institutionalized minors, Psychopathology.

## Introducción

El apego se define como la tendencia a crear vínculos afectivos con individuos, siendo una característica central de los seres humanos (Pena-Garijo y Monfort- Ecrig , 2021). La habilidad de crear vínculos con otras personas es una capacidad que se desarrolla en los primeros años de vida (Hornor, 2019). El afecto y los cuidados en los primeros años de vida son decisivos para el adecuado desarrollo físico, emocional y social de los niños (Morera Vargas, 2020). Aunque la capacidad para formar nuevos vínculos se mantiene a lo largo de la vida (González, 2019), las primeras experiencias que establecen los niños con sus cuidadores principales afectan a la forma de establecer vínculos durante la edad adulta (Hornor, 2019; Benlloch, 2020). Sin embargo, como señalan Lafuente y Cantero (2015), aunque la calidad de los primeros vínculos es muy relevante, no determina por completo la calidad de las relaciones posteriores, ya que intervienen otros muchos factores tanto internos y externos (ej. resiliencia de los niños, estilo educativo parental, etc).

Bowlby (1988) desarrolló la teoría del apego para definir un sistema conductual innato en los individuos, el cual estaría dirigido a la obtención de seguridad y protección mediante figuras con las que instauran vínculos duraderos que permiten desarrollar representaciones de uno mismo y de los demás (Burutxaga et al., 2018). El proceso de apego se inicia desde el nacimiento y se desarrolla en distintas fases (Ferreyros Peña, 2017): (1) Entre las seis semanas y los siete meses los bebés pueden ser consolados por adultos desconocidos, aunque manifiestan preferencia ante una presencia habitual. (2) Entre los siete y nueve meses, los bebés muestran desconfianza ante los extraños y ansiedad por separación, momento en el cual se dice que se ha establecido el apego primario con sus cuidadores. La capacidad de un bebé para establecer vínculos con sus cuidadores parece estar restringida a un número determinado, debido a que es necesaria una interacción física y real; y (3) A partir de los nueve meses los vínculos preferidos con los cuidadores pueden establecerse en cualquier momento, siempre que los cuidados sean de calidad. Bowlby, Ainsworth y Bell (1970) desarrollaron una situación experimental conocida como la “situación extraña” con la que investigaron el equilibrio entre las conductas de exploración y apego en situaciones de elevado estrés (Benlloch, 2020). En base a los datos de este experimento, establecieron tres categorías de apego: seguro, evitativo (inseguro) y ansioso/ambivalente (inseguro) (González, 2019; Benlloch, 2020). Posteriormente Main y Salomon (1990), añadieron una cuarta categoría de apego desorganizado (inseguro) (Hornor, 2019).

El apego seguro tiene efectos positivos en el desarrollo del infante, sin embargo, el apego que establecen los niños con sus figuras vinculares puede verse alterado por algunos factores como la negligencia infantil y/o el maltrato, dando lugar a problemas psicosociales (Morera Vargas, 2020; Seim et al., 2020). Los entornos donde se producen maltratos, los recursos económicos son escasos y existen historias familiares de abuso de sustancias suelen desembocar en dificultades por parte de los niños para formar vínculos sanos y adaptativos (Zeanah et al., 2016; González, 2019). La manifestación de los problemas de apego puede ser tanto de rasgos emocionalmente retraídos e inhibidos (i.e., trastorno del apego reactivo), como de rasgos emocionalmente desinhibidos (i.e., trastorno de relación social desinhibida) (Zeanah y Gleason, 2015). El presente estudio de caso se centra en un caso de Trastorno de Relación Social Desinhibida.

El Trastorno de Relación Social Desinhibida (en adelante TRSD) se define como una disposición a interactuar con el entorno de forma indiscriminada, expresando excesiva familiaridad en el lenguaje y en el comportamiento social, la cual resulta inadecuada en determinados contextos sociales y culturales (Romero-González et al., 2020). La prevalencia del TRSD se desconoce con exactitud (González, 2019). Entre las poblaciones de alto riesgo (ej. orfanatos), el trastorno se presenta en menos del 20% de los niños, aunque se necesita más investigación al respecto (APA, 2013). Además, la prevalencia de trastornos emocionales y la frecuencia de problemas psicosociales son más altas entre los adolescentes que presentan TRSD que en la población general (Seim et al., 2020). El curso de los niños con diagnóstico de TRSD es variable (Zeanah et al., 2016). Los datos sugieren que los signos del trastorno persisten en la adolescencia en niños criados en instituciones (Seim et al., 2020), especialmente si tuvieron cambios de ubicación y si pasaron más tiempo institucionalizados (Guyon-Harris et al., 2018). Por otro lado, se considera que los niños tendrán mejorías en su desarrollo cuanto antes sean acogidos en un entorno propicio (Zeanah et al., 2016). A pesar del escaso número de estudios referidos al curso del trastorno, existe un estudio llevado a cabo con una muestra de niños criados en instituciones rumanas que muestra que los síntomas del TRSD pueden persistir hasta la edad adulta (Guyon-Harris et al., 2018). No obstante, es importante tener en cuenta las diferencias individuales así como los factores de protección que afectan a cada infante (Zeanah et al., 2016).

Las características del apego desorganizado-desinhibido concuerdan con los síntomas del “Trastorno de relación social desinhibida” descrito en el DSM-5 (ver Tabla 1). Las carencias sociales o maltratos a lo largo de la primera infancia provocan alteraciones

conductuales, emocionales y/o de interacción social que caracterizan el TRSD (Romero-González et al., 2020). Los individuos presentan simpatía y confianza, tratando del mismo modo tanto a personas conocidas como desconocidas (González, 2019). La excesiva amabilidad de los niños y adolescentes que presentan TRSD puede resultar incómoda para sus cuidadores, y a su vez pueden presentar comportamientos agresivos en la búsqueda de atención (Zeanah et al., 2016). En cuanto a las relaciones con sus iguales, suelen ser numerosas pero superficiales (González, 2019). El desarrollo social de estos niños se ve gravemente alterado, siendo incapaces de permanecer en grupo, lo que en muchas ocasiones dificulta la escolarización y procesos de socialización (Brisch et al., 2019).

### **Tabla 1**

*Criterios Diagnósticos del Trastorno de Relación Social Desinhibida según DSM-5 (APA, 2014).*

---

#### **Trastorno de relación social desinhibida 313.89 (F94.2)**

---

A. Patrón de comportamiento en el que un niño se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños y presenta dos o más de las características siguientes:

1. Reducción o ausencia de reticencia para aproximarse e interactuar con adultos extraños.
2. Comportamiento verbal o físico demasiado familiar (que no concuerda con lo aceptado culturalmente y con los límites sociales apropiados a la edad).
3. Recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños.
4. Disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.

B. Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad) pero incluyen un comportamiento socialmente desinhibido.

C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
  2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
-

---

3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan tras el cuidado patógeno del Criterio C).

E. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Especificar si:

**Persistente:** El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

*Especificar* la gravedad actual: El trastorno de relación social desinhibida se especifica como **grave** cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

---

Respecto a la comorbilidad, el TRSD se asocia con problemas emocionales como la ansiedad o la depresión. Además, existe una gran comorbilidad con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (Seim et al., 2020), siendo necesario realizar un diagnóstico diferencial entre los comportamientos socialmente desinhibidos y la impulsividad que caracteriza el TDAH (Hornor, 2019). Algunos estudios sugieren que en los individuos con TRSD los niveles dopaminérgicos son superiores a los de los individuos con TDAH, por lo que en el comportamiento de ambas patologías subyacerían mecanismos biológicos diferentes (Kay y Green, 2013., Mizuno et al., 2015). Junto al TRSD también pueden aparecer otras dificultades como retrasos cognitivos, del lenguaje y estereotipias (APA, 2013).

Para la evaluación del apego existen diversas escalas que se podrán emplear en el contexto clínico dependiendo de la edad del paciente, la convivencia con sus progenitores, o su proceso de institucionalización. Para adolescentes institucionalizados no se han encontrado herramientas específicas, ya que gran parte de los instrumentos tienen como población diana a menores en edad infantil y a sus padres. En la Tabla 2 se resumen las principales pruebas encontradas en la literatura para población adolescente con TRSD. Debido a las características de nuestro sujeto de estudio, escogemos la prueba CaMir-R como la mejor

porque es breve, está validada en muestras hispanoparlantes y europeas, es autoaplicada y se centra en el sujeto evaluado, es decir, no depende de padres ni tutores para valorar el apego. La versión original es de Pierrehumbert et al., (1996) y la adaptación en formato reducido en español es de Balluerka et al., (2011).

## Tabla 2

*Instrumentos de evaluación de apego adolescente más empleados.*

| <b>Instrumento</b>   | <b>Breve descripción</b>  |
|--|---|
| Cuestionario CaMir-R (Balluerka, et al., 2011)   | Adolescentes de 13 a 19 años, autoaplicado, versión reducida de la prueba CaMir de Pierrehumbert et al., (1996). Mide representaciones de apego y funcionamiento familiar en la adolescencia mediante la metodología Q Sort.      |
| Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) (Angold A., et al., 1986)           | Niño/as y adolescentes de 9 a 18 años, aplicación en 90 minutos por profesional, traducida al español. Entrevista semiestructurada que proporciona definiciones operacionales detalladas de síntomas psiquiátricos y su gravedad. |
| Adolescent Attachment Questionnaire (AAQ) (West et al., 1998)                          | Adolescentes de 11 a 20 años, breve, versión española. Cuestionario autoaplicado tipo Likert que evalúa el apego mediante tres escalas: disponibilidad, metas compartidas y enfado-angustia en el contexto familiar.              |
| Inventario de Apego Adolescente para Padres y Pares (IPPA) (Armsden y Greenberg, 1987) | Adolescentes de 12 a 18 años, breve. Cuestionario para medir el apego adolescente en contexto familiar y entre iguales según los tres principales tipos de apego establecidos por Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978).        |
| Cuestionario de Relación (Bartholomew y Horowitz, 1991)                                | Adolescentes y adultos. Cuestionario autoaplicado para medir el apego. Adaptación española de Alonso-Arbiol   |

En relación al tratamiento para el TRSD, existen diversas terapias basadas en el apego desarrolladas para infantes y adultos, como por ejemplo el Círculo de Seguridad Parental (COSP; Hoffman, Cooper y Powell, 2007) centrado en fortalecer la forma en que los adultos educan y se relacionan con sus hijos e hijas mediante la reflexión y la conexión emocional guiadas por especialistas y con el fin de formar vínculos de apego seguros entre padres y niños, o la Terapia basada en la Mentalización (Fonagy y Bateman, 2004) de tipo psicodinámico y apoyada en las teorías de apego de Bowlby, empleada especialmente en el abordaje del Trastorno Límite de la Personalidad. Sin embargo, no disponemos de programas empíricamente validados diseñados de manera específica para adolescentes con TRSD. Por ello, se ha partido de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ya que es la forma de terapia que mayor evidencia empírica acumulan (Echeburúa, Corral y Salaberría, 2010) para intervenir por objetivos en el caso de J.

En base a la revisión bibliográfica realizada, el presente TFM describe un estudio de caso con TRSD extraído de la práctica clínica. La selección del caso se ha llevado a cabo por la importancia de realizar estudios sobre TRSD, ya que los estudios de adolescentes institucionalizados con problemas de apego y sin la colaboración parental son casi inexistentes. Se necesitan de nuevos abordajes que puedan solventar las limitaciones actuales en la práctica clínica con este tipo de perfiles, como pueden ser las dificultades en la evaluación y el diseño del tratamiento.

### **Identificación del paciente y motivo de consulta**

El presente Trabajo Final de Máster presenta los datos de un paciente con TRSD (J. en adelante), cuyos datos personales han sido alterados en base a la ley orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, con la finalidad de proteger su anonimato e impedir su identificación.

J. es un varón de 17 años de etnia gitana, originario de Pamplona, y que actualmente se encuentra hospitalizado en el Hospital de Salud Mental PRISMA ITA (en planta de agudos) de Zaragoza, bajo la tutela de los Servicios Sociales de Navarra. J. es el segundo hijo de una familia formada por los padres y sus ocho hijos. Actualmente, los padres no conviven juntos, ya que la familia ha sido intervenida en numerosas ocasiones por Servicios Sociales debido a violencia en el hogar. J. no mantiene relación con su núcleo familiar a excepción de su tía y abuela paternas, con las que mantiene contacto telefónico regular. El nivel sociocultural y económico de la familia es muy bajo, careciendo J. de graduado escolar. La

madre se dedica al cuidado del hogar, mientras que el padre ha mantenido negocios fraudulentos. Poseen un largo recorrido de intervenciones por parte de Servicios Sociales y de Protección del Menor, debido a negligencias en el cuidado de los hijos y a episodios de violencia intrafamiliar y violencia de género. Se desconocen los antecedentes de salud mental familiares, aunque la madre refiere encontrarse en un estado anímico “malo” de forma persistente, que la incapacita para ocuparse de sus hijos adecuadamente.

J., ha pasado en los últimos años por cuatro centros de internamiento diferentes, así como varios ingresos en urgencias hospitalarias debidos a problemas conductuales (ataques de ansiedad, fugas). Durante las estancias en dichos centros, el menor se ha dejado cuidar por los profesionales, mostrando un comportamiento demasiado familiar, como besos, abrazos y dar regalos a desconocidos. Además, presentaba conductas agresivas y fugas de manera imprevista. El trabajo que se ha realizado con los padres es escaso, ya que la colaboración del padre y fue nula, y la madre desarrolló una serie de problemas personales que dificultaron el proceso.

El 29 de noviembre de 2018 J. ingresa en el Hospital de Salud Mental ITA PRISMA presentando una sintomatología caracterizada por: (1) Aspectos vinculares desinhibidos con desconocidos; (2) Conductas agresivas; (3) Intentos de fuga frecuentes; (4) Déficit en capacidad cognitiva general debido al bajo nivel educativo y (5) Crisis de ansiedad.

Tras la valoración por parte del equipo de Salud Mental del centro, se le diagnostica TRSD y se le recomienda tratamiento psicológico y psiquiátrico. El tratamiento psiquiátrico incluye los siguientes fármacos: Olanzapina 10mg, Tranxilium 50mg, Trileptal 300mg, Invega 6mg, Mirtazapina 30mg y Lormetazepan 2mg si precisa. Se tiene como objetivo reducir la medicación actual mediante tratamiento psicológico.

La gravedad del caso hizo necesario un psicólogo realizará funciones de acompañante terapéutico casi todo el tiempo. Este se ha ido complementando con un abordaje terapéutico grupal. Así mismo, se prevé el traslado de J. a un centro cercano a la familia paterna con el objetivo de ayudar en su proceso terapéutico. En la tabla 3 se resumen los datos de J.

### **Tabla 3**

*Resumen de datos sociodemográficos de J.*

---

#### **Datos sociodemográficos**

---

|  |  |
|--|--|
| <b>Edad</b>                              | 17 años  |
| <b>Lugar de procedencia y residencia</b> | Pamplona, reside en Hospital de Salud Mental ITA PRISMA  |
| <b>Nº de internamientos</b>              | 4 internamientos   |
| <b>Factores de vulnerabilidad</b>        | Bajo nivel socioeconómico y educativo<br><br>Vínculos primarios desadaptativos<br><br>Entorno familiar negligente y violento |
| <b>Factores de protección</b>            | Individuo que se deja cuidar<br><br>Participa activamente en actividades grupales  |

### **Estrategias de Evaluación**

El protocolo de evaluación se diseñó siguiendo tres pasos: 1) evaluación inicial, diagnóstico y diseño de intervención; 2) valoración de seguimiento a corto plazo durante el periodo de tratamiento; y 3) evaluación de seguimiento a largo plazo tras la intervención.

La evaluación inicial se realizó en 2 sesiones individuales de 60 minutos durante dos semanas seguidas. El protocolo de evaluación incluyó los siguientes instrumentos: entrevista semiestructurada Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) (Leffler et al., 2014; Seim et al., 2019; Seim et al., 2020), el cuestionario Symptom Checklist-90 en español (SCL-90-R), el Cuestionario CaMir-R (Santelices M., et al., 2008; Balluerka et al., 2011; Bobbio, A. y Arbach, K., 2019) para la evaluación del apego y el Cuestionario Adolescent Attachment Questionnaire en versión española (AAQ) (Morán et al., 2014; Pittí-Caballero, 2020) que complementará la evaluación del apego del sujeto. Dado el bajo nivel educativo de J., las pruebas se realizaron con la guía del psicólogo del centro. Al necesitar ayuda para rellenar los

cuestionarios, se han seleccionado los más breves tratando de evitar que la evaluación se alargue y J. se canse o quiera abandonarla.

La entrevista semiestructurada CAPA (Leffler et al., 2014; Seim et al., 2019; Seim et al., 2020) es una herramienta diagnóstica que determina la presencia de psicopatologías en niños y adolescentes según el manual diagnóstico DSM-IV TR. Esta entrevista recoge datos sobre el inicio sintomatología, su duración, frecuencia e intensidad incluyendo preguntas abiertas y cerradas (Leffler et al., 2014; Seim et al., 2019; Seim et al., 2020). Sin embargo, finalmente descartamos su uso ya que el psicólogo del centro ya realizó una entrevista inicial cuando comenzó a tratar a J en (2018). Aunque no tuvimos acceso a los registros de esa entrevista, contamos con los datos reflejados en el informe aportado por el profesional y su testimonio.

El test SCL-90-R (Derogatis et al., 1974) permite valorar la presencia de 90 síntomas y su intensidad en una escala tipo Likert que va de ausencia total (0) a intensidad máxima (4). Se utiliza tanto en evaluaciones iniciales como para medir el progreso de los pacientes durante la intervención. Se compone de 9 dimensiones: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. Esta herramienta fue diseñada para ser interpretada en términos de tres niveles diferentes de información: el global, el dimensional y el de síntomas discretos, aportando así un perfil multidimensional de síntomas. Su tiempo de aplicación es de 12 a 15 minutos y se emplea para población adulta a partir de 17 años. Aunque el Cuestionario no tiene atribuciones diagnósticas per se, existe una buena correlación entre los picos en sus perfiles y el diagnóstico psiquiátrico con criterios CIE-10 (De las Cuevas, 1991).

También se administró el cuestionario CaMir-R. Esta es una escala breve que se compone de 32 ítems con respuesta tipo Likert que se agrupan en siete dimensiones. Se aplica a adolescentes de 13 a 19 años e indica el tipo de apego del adolescente: seguro, inseguro, evitativo y desorganizado (Santelices M., et al, 2008; Balluerka et al., 2011; Bobbio, y Arbach, 2019). El CaMir-R puede ser administrado independientemente de la estructura familiar, por lo que resulta ideal para el caso de J. Proporciona medidas continuas de las dimensiones de apego: La dimensión 1 se asocia al apego seguro, las dimensiones 2 y 3 al apego inseguro (preocupado), la dimensión 6 al apego evitativo y la dimensión 7 al apego desorganizado. Las dimensiones 4 y 5 se centran en las representaciones de la estructura familiar (Balluerka et al., 2011). El CaMir-R es un cuestionario que aporta información muy

útil y completa sobre el apego pero, para realizar las medidas de seguimiento de J., creímos conveniente utilizar otro instrumento de apego más breve como es el AAQ.

La prueba AAQ (West et al., 1998) es un instrumento elaborado a partir del modelo de apego de Mary Ainsworth y John Bowlby. Se compone de 9 preguntas en escala de tipo Likert que valoran la percepción de disponibilidad de la figura de apego. Esta prueba posee 3 subescalas de medida: (1) disponibilidad de la figura de apego; (2), rabia y malestar como respuestas del adolescente ante la falta de disponibilidad de la figura de apego; y (3) la corrección de metas compartidas, haciendo referencia al nivel de empatía y preocupación del menor respecto a su figura de apego. Este instrumento muestra una buena consistencia interna para cada una de las dimensiones (Disponibilidad =0.80, Rabia y malestar =0,62 y Corrección de metas compartidas =0.74) (Morán et al., 2014; Pittí-Caballero, 2020). Esta prueba permite pensar en figuras de apego diferentes al padre o la madre, por lo que la usamos teniendo como referencia la relación de J con su terapeuta, para analizar los procesos de transferencia y contratransferencia del paciente.

Los resultados del cuestionario SCL-90-R se recogen en la Tabla 4. En la tabla podemos observar las puntuaciones directas (PD) de las diferentes dimensiones, así como de los tres índices globales con las puntuaciones centiles (Pc) y típicas (T) según el baremo de población general y muestra psiquiátrica. Se han resaltado en negrita las puntuaciones T de J que se distancian en más de una desviación típica (1DT) por encima o por debajo de la media poblacional y psiquiátrica.

**Tabla 4.**

*Resultados del paciente en la prueba SCL-90-R en la evaluación inicial.*

|              |        | SOM       | OBS       | INT       | DEP       | ANS       | HOS       | FOB       | PAR       | PSI       | GSI       | PSDI      | PST       |
|--------------|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| PD           |        | 1,83      | 1,77      | 0,11      | 2,60      | 3,58      | 2,87      | 1,26      | 2,86      | 2,10      | 3,08      | 3,44      | 86        |
| Población    | Centil | 99        | 99        | 20        | 99        | 99        | 99        | 90        | 99        | 97        | 99        | 99        | 99        |
| General      | T      | <b>75</b> | <b>75</b> | <b>42</b> | <b>75</b> | <b>75</b> | <b>75</b> | <b>63</b> | <b>75</b> | <b>70</b> | <b>75</b> | <b>75</b> | <b>75</b> |
| Muestra      | Centil | 80        | 75        | 10        | 85        | 97        | 80        | 65        | 95        | 85        | 97        | 95        | 97        |
| psiquiátrica | T      | 58        | 57        | <b>37</b> | 60        | <b>70</b> | 58        | 54        | <b>67</b> | 60        | <b>70</b> | <b>67</b> | <b>70</b> |

*Nota:* SOM: índice de síntomas de Somatización, OBS: índice de síntomas de Obsesiones y Compulsiones, INT: índice de síntomas de Sensitividad Interpersonales, DEP: índice de síntomas de Depresión, ANS: índice de síntomas de Ansiedad, HOS: índice de síntomas de Hostilidad, FOB: índice de síntomas de Fobias, PAR: índice de síntomas de

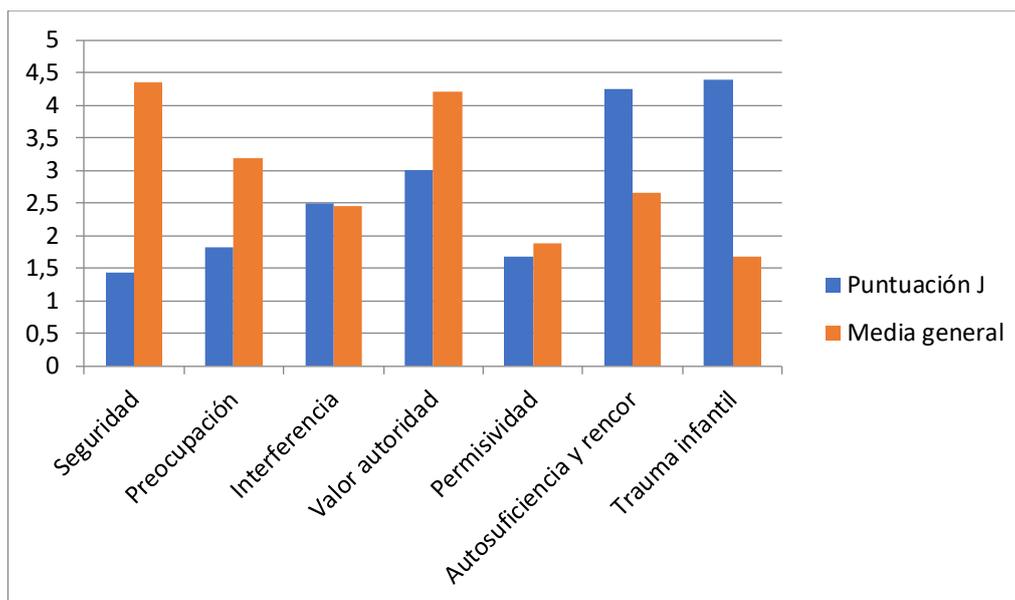
Paranoia, PSI: índice de síntomas de Psicoticismo, GSI: índice global de severidad, PSDI: índice positivo de malestar, y TP: total de síntomas positivos.

Los tres índices globales de la prueba se encontraban por encima de la media, tanto en comparación con población general como en la comparación con la muestra clínica. Esto nos indicaba que J. presentaba sintomatología psicológica que debía ser tratada. Las dimensiones sintomáticas que más destacaron fueron la de Ansiedad, Paranoia y Sensitividad Interpersonal. Las dos primeras superaban la media tanto general como clínica en más de 1DT. J, presentaba unos altos niveles de ansiedad y sintomatología paranoide. Por otro lado, la Sensitividad Interpersonal destacó por situarse debajo de la media en más de 1DT. Esto nos indicaba que J. era una persona con problemas relacionales de tipo desinhibido.

En segundo lugar, los resultados del cuestionario CaMir-R se presentan en la Figura 1, incluyendo tanto la puntuación media como la puntuación T obtenida por J en las siete dimensiones que evalúa el cuestionario. Si atendemos a las puntuaciones T con media =50 y DT =10, se observa que cinco de las siete dimensiones se desvían significativamente de la media. En las dimensiones de seguridad, preocupación familiar y valor de autoridad de los padres, J puntúa de 2 a 3DT por debajo de la media, mostrando graves problemas con la sensación de disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, una baja preocupación por su situación familiar y un bajo nivel de autoridad percibida por parte de sus padres. En las dimensiones de autosuficiencia y rencor hacia los padres y en la de trauma infantil, se han obtenido puntuaciones de 2 a 4DT por encima de la media. Estos datos nos indican un alto nivel de rencor o resentimiento hacia sus figuras de apego y un grado severo traumas en la infancia.

Figura 1.

Representación gráfica de los resultados en el cuestionario CaMir-R de J.



*Nota.* El eje X corresponde a las dimensiones evaluadas en el cuestionario CaMir-R. El eje Y corresponde a la puntuación total obtenida por J. en cada dimensión en comparación con la media general.

Finalmente, la Tabla 6 presenta los resultados del AAQ teniendo en cuenta al psicólogo del centro como principal figura de apego. Esta primera medida sirvió como línea base respecto al apego de J con su terapeuta y se comparó con las medidas tomadas posteriormente. La medida de disponibilidad se encontraba por debajo de la media pero muy próxima a ella. Ocurría lo mismo con la medida de cooperación en la que se reflejaba cierta voluntad por parte de J a trabajar y desarrollar su apego de una forma más segura y adaptativa. En la medida de enojo y angustia se vio que su nivel estaba significativamente por encima de la media, indicándonos la presencia de problemas de regulación de emociones negativas. Teniendo en cuenta el contexto vital de J y sus resultados en pruebas anteriores, era esperable encontrar puntuaciones inferiores a la media en las tres dimensiones.

**Tabla 6.**

*Resultados de J en la prueba AAQ respecto a su terapeuta en el momento inicial.*

|              | Disponibilidad |         | Cooperación    |         | Señales de enojo y angustia |          |
|--------------|----------------|---------|----------------|---------|-----------------------------|----------|
| X y DT       | X= 12.31       | DT=2.77 | X=13.04        | DT=1.88 | X= 6.09                     | DT= 2.52 |
| Rango normal | 10 a 15 puntos |         | 12 a 15 puntos |         | 0 a 8 puntos                |          |

| <b>Puntuación de J</b> | <b>9 puntos</b> | <b>10 puntos</b> | <b>10 puntos</b> |
|------------------------|-----------------|------------------|------------------|
|------------------------|-----------------|------------------|------------------|

*Nota.* X hace referencia a la media. DT es la desviación típica. Con Rango normal se refiere al rango medio de puntuación de jóvenes de 17 a 20 años sin problemas de apego. Datos extraídos del estudio de Morán, J.; Lecannelier, F.; Rodríguez, J. (2014). Estudio de validación de un cuestionario de apego en adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 2014; 85 (4): 437-442.

Dados los resultados obtenidos en la entrevista inicial y las pruebas administradas, así como la información aportada por parte del terapeuta de J, se concluye que J presenta un estilo de apego desadaptativo, de tipo inseguro-desinhibido, cumpliendo los criterios diagnósticos para TRSD, ya que encaja no solo con el estilo de apego del menor, sino también con los síntomas psicológicos asociados, tales como la ansiedad, la paranoia, la desregulación emocional y la ambivalencia entre la confianza total con desconocidos y la ira/rencor hacia las figuras de apego ante cualquier inconveniente.

### **Formulación clínica del caso**

Como hipótesis de origen se pueden considerar las tempranas experiencias traumáticas a las que se vio sometido el menor. Desde que J. era pequeño sufrió negligencias graves en su entorno cercano que se han manifestado en forma de atención insuficiente, privación socio-cultural, violencia y conflictos en el hogar, unido a constantes cambios de residencia. Estas experiencias traumáticas se relacionan con la incapacidad de J para poder formar vínculos saludables.

Por otro lado, hay que tener en cuenta otros factores relevantes que han podido contribuir al desarrollo de la patología como las institucionalizaciones o la desestructuración familiar del paciente. Se pone de manifiesto la relación entre los diversos contextos vivenciados por el paciente y el desarrollo del trastorno de relación social desinhibida (Honor. G., DNP., CPNP, 2019), existiendo evidencia empírica de que los signos del trastorno de apego pueden persistir en la adolescencia en niños que han sido criados en instituciones, incluso si luego han sido reubicados en casas de acogida (Lehman et al., 2018).

En cuanto a la hipótesis de mantenimiento, se han observado diferentes factores que pueden estar contribuyendo al mantenimiento del problema. La conducta problemática

principal que presenta J. es la actitud desinhibida de manera indiscriminada. Al no disponer de estrategias adecuadas para gestionar sus emociones, lleva a cabo conductas disruptivas y fugas al no saber gestionar sus emociones de manera saludable. Esta forma de actuar, a corto plazo se ve reforzada mediante reforzamiento negativo, ya que disminuyen las emociones negativas. Sin embargo, a largo plazo el problema se cronifica, generando frustración y malestar que contribuyen a que el problema perdure. Otros factores que pueden estar perpetuando el problema pueden ser la escasa vinculación con su familia y el ver que la mayoría de sus compañeros con los que mantiene una relación reciben el alta, mientras que el lleva un largo periodo de internamiento.

## **Tratamiento**

Existen diversas intervenciones inspiradas en los estudios de Ainsworth y Bowlby destinadas al tratamiento de pacientes con trastornos del apego. Sin embargo, la mayor parte de estas intervenciones están formuladas en base a la teoría psicodinámica y cuentan con poco apoyo empírico. Además, la mayor parte de estas terapias están dirigidas a infantes y/o a padres, como por ejemplo el *Círculo de Seguridad Parental* de Hoffman, Cooper y Powell (2007) o la *Terapia basada en la Mentalización* de Fonagy y Bateman, (2004). Sin embargo, hasta donde sabemos, en la actualidad no disponemos de un programa de intervención específico para menores con TRSD institucionalizados, donde no se cuenta con la presencia y apoyo de sus padres y familiares. Es por ello que decidimos diseñar nuestra propia intervención en conjunto con el centro en el que reside J, utilizando técnicas de diferentes orientaciones terapéuticas. Dada la amplia evidencia empírica con la que cuenta la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) (Echeburúa, Corral y Salaberría, 2010), usamos este enfoque como marco para extraer técnicas aplicables al caso de J en conjunto con otras técnicas desarrolladas a partir de la teoría del apego (Rodríguez-Marcos, 2021) y algunas recomendaciones de manuales específicos (Malchiodi y Crenshaw, 2014).

El objetivo general del tratamiento no fue restaurar los vínculos afectivos con los progenitores de J., ya que cuando cumpla la mayoría de edad, continuará institucionalizado y sin mantener contacto regular con sus padres. Por el contrario, el objetivo que planteamos fue enseñarle a desarrollar vínculos de apego adaptativos con sus figuras de referencia (ej. terapeuta) y compañeros del centro. Otro de los objetivos centrales de la intervención fue mejorar las habilidades de J. para regular sus emociones y así reducir las conductas disruptivas derivadas de una mala gestión emocional (ej. explosiones de ira, agresiones

verbales, fugas...). Como objetivo secundario, y dado que próximamente cambiará de centro y cumplirá la mayoría de edad, quisimos promover su inserción en el mundo laboral, para lo cual necesitaba obtener el graduado escolar. Para esto último, utilizamos la orientación de los programas educativo y laboral de la Fundación Secretariado Gitano de Pamplona, a los que accederá una vez abandone el centro en el que reside actualmente.

Guiamos nuestro diseño en base a las orientaciones de Marrone sobre los objetivos de la terapia breve del apego (Rodríguez-Marcos, 2021). Estos son: a) crear una base segura durante un tiempo prolongado (el terapeuta en este caso); b) ayudar a que el paciente explore las circunstancias presentes y el papel que él juega en ellas; c) examinar cómo el paciente interpreta la conducta de los demás y qué espera de ellos; y d) explorar las posibles conexiones entre pasado y presente. La terapia buscaba fomentar el autoconocimiento de J. y sus circunstancias vitales, promoviendo el cambio desde la aceptación y la confianza en uno mismo y en los demás.

Para lograr estos objetivos se utilizaron técnicas como: a) la psicoeducación en apego, dinámicas familiares sanas vs. tóxicas y sus consecuencias en el desarrollo de los niños; b) creación de una historia de vida que señale los hechos más traumáticos para J y trabajar directamente sobre ellos en terapia; c) la aceptación de las propias emociones y su regulación mediante técnicas de relajación tipo Mindfulness; d) la reestructuración cognitiva sobre creencias e ideas distorsionadas sobre uno mismo y el resto de personas; e) actividades grupales que fomenten la creación de vínculos seguros entre iguales; y f) actividades educativas y artísticas que favorezcan la estructuración del pensamiento y la expresión de emociones e ideas por parte de J.

En la Tabla 7 se exponen los objetivos terapéuticos que se propusieron para el caso de J. junto con las técnicas empleadas.

**Tabla 7**

*Diseño de plan de tratamiento a través de objetivos y técnicas para J.*

| <b>Objetivos</b>  | <b>Técnicas</b>   |
|---|---|
| Entender el origen del problema y el papel de la formación del apego en sus relaciones personales y | Historia vital<br>Psicoeducación<br>Validación de emociones |

| estado emocional.   | Reestructuración cognitiva  |
|---|---|
| Desarrollar vínculos de apego seguros y adaptativos con el terapeuta y los compañeros | <p>Trabajar sobre el desarrollo de alianza terapéutica</p> <p>Reestructuración cognitiva: creencias sobre el funcionamiento psicológico de los demás</p> <p>Activación conductual: incorporación de actividades gratificantes a través de talleres grupales</p>                             |
| Disminución de conductas disruptivas (por ejemplo: nº de fugas)                       | <p>Desarrollo de conductas alternativas incompatibles: ejercicio físico, relajación, actividades artísticas.</p> <p>Sistema de recompensas para premiar las aproximaciones y las conductas positivas frente a las negativas</p>   |
| Desactivación fisiológica   | <p>Entrenamiento en respiración y mejora del manejo y expresión emocional a través de Mindfulness y actividades creativas.</p> <p>Entrenamiento en valores y gratitud como marco vital para alejarse de emociones negativas muy intensas o explosivas</p>                                   |
| Integración social: educación y trabajo   | <p>Talleres de lectoescritura y razonamiento lógico para mejorar su nivel educativo y con ello también su capacidad de toma de decisiones.</p> <p>Orientación laboral: cómo solicitar un puesto de empleo, cómo llevar a cabo las asignaciones, derechos y deberes de los trabajadores.</p> |
| Prevención de recaídas  | Diseño de protocolo propio de prevención mediante solicitud de ayuda externa, técnicas de relajación y actividades gratificantes.   |

La intervención se aplicó en el contexto clínico de las consultas individuales con J. en el centro, una vez por semana durante 4 meses (15 Septiembre 2021 - 19 Enero 2022). Además, J. pudo poner en práctica sus nuevos conocimientos, tanto en las actividades grupales del centro como en su tiempo libre gracias a la supervisión del personal del centro.

El primer paso tras la evaluación fue hacer que J. comprendiera el origen de su problema y su manifestación clínica. Para ello, se empleó la psicoeducación y se trabajó en la

validación de sus emociones, tanto por parte del profesional como por parte del propio J. Se incluyeron aquí técnicas de reestructuración cognitiva para trabajar las creencias y esquemas sobre sí mismo y sus seres queridos. Se trabajó en base a una historia de vida que fue elaborando J. conjuntamente con el terapeuta.

Se recomendó que para poner en práctica lo trabajado en cuanto a la cognición social, J. participase en actividades grupales que se llevaban a cabo en el centro en el que reside. Esto permitió no solo la puesta en práctica de buenos hábitos relacionales, sino también la creación de nuevos vínculos afectivos con sus compañeros bajo la supervisión de profesionales que regularon las interacciones para evitar conflictos. Esta última medida fue muy beneficiosa para el tercer objetivo: disminuir las conductas disruptivas.

Dado que nos encontramos ante un trastorno de apego, J. necesitaba volver a aprender a vincularse con los demás de una forma más sana y adaptativa. Para ello, se creó una sólida alianza terapéutica con el profesional, convirtiéndose en la principal figura de apego de J. En esta ocasión se empleó reestructuración cognitiva enfocada a las creencias sobre el funcionamiento y las intenciones de los demás. Se buscaba también reeducar en habilidades sociales y otros hábitos relacionales desadaptativos que J. había desarrollado mediante psicoeducación, role-play y práctica real supervisada con compañeros y profesionales del centro.

Para reducir la activación fisiológica y ansiedad se emplearon ejercicios de relajación y la práctica de Mindfulness. No solo se practicó Mindfulness en los talleres grupales del centro, sino que también se utilizaron técnicas de TCC como el entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson. También se optó por llevar a cabo el entrenamiento en valores y gratitud. Mediante estos dos objetivos se consiguió crear un marco vital más positivo en el que J. podía guiar sus conductas y su toma de decisiones regulando sus emociones a través de la gratitud y el respeto.

El bajo nivel educativo de J. se debe a la falta de escolarización del menor durante su infancia. Para ello, se organizaron talleres de lectoescritura y grupos de trabajo que resolvían actividades de razonamiento lógico. Tanto J como otros compañeros con bajo nivel de estudios pudieron encontrar cierta motivación en aprender los recursos básicos educativos. Lo mismo ocurrió con la orientación laboral. Se crearon unos talleres de 3 a 4 sesiones en los que se informaba al grupo sobre cómo buscar empleo, cómo presentarse a una entrevista, cuáles

eran sus puntos fuertes y débiles relacionados con el trabajo, y cuáles eran sus derechos y deberes como trabajadores. Estos talleres educativos y laborales pretendían ser la base para la futura participación de J. en el programa Promociona y el programa ACCEDER de la Fundación Secretariado Gitano. Ambos se encuentran dentro del Programa Operativo Plurirregional de Lucha contra la Discriminación y están financiados por el Fondo Social Europeo. Tienen como objetivo garantizar la finalización de los estudios obligatorios para los jóvenes y su posterior inserción en el mundo laboral. La Fundación Secretariado Gitano busca romper el círculo de la pobreza y discriminación del pueblo gitano mediante la educación y la inserción laboral. Actualmente se desarrolla en 49 ciudades españolas, entre ellas Pamplona, de donde proviene J.

Para evitar las recaídas en las conductas desadaptativas como las fugas, las explosiones de ira o los ataques de ansiedad, se elaboró junto al propio J. un protocolo de prevención que contemplase la solicitud de ayuda al personal del centro y a los compañeros cuando él mismo detectase que no era capaz de gestionar bien sus emociones e impulsos. También fueron útiles las técnicas de relajación que se enseñaron en terapia y la práctica de actividades gratificantes.

Las actividades diseñadas y los objetivos planteados se desarrollaron a lo largo de los cuatro meses en los que se realizaron las prácticas curriculares del Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad Europea en el centro PRISMA ITA. Se realizó la evaluación de J. junto con su terapeuta en las dos primeras semanas de Septiembre de 2021 y se comenzaron a intervenir a partir de la segunda mitad de Septiembre de 2021 hasta la segunda mitad de Enero de 2021. Las sesiones de terapia individual se daban una vez por semana durante una hora. Las actividades grupales siguieron el orden habitual que presentaban en el centro. Diariamente se realizaban actividades de lectoescritura y razonamiento lógico durante dos horas. En días alternos se realizaban actividades creativas y gratificantes (ej. pintura creativa, papiroflexia, manualidades...) y actividades físicas (ej. ejercicio físico, actividades de juego por equipos como fútbol o baloncesto...).

### **Valoración del tratamiento**

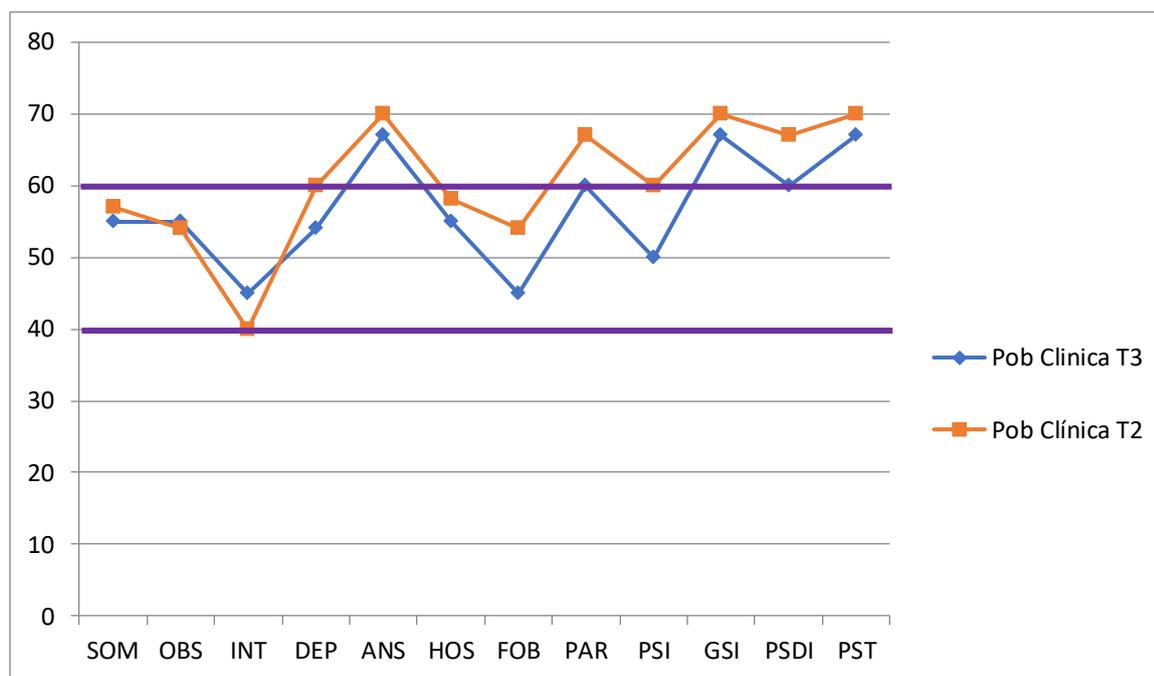
Una vez iniciado el tratamiento con J., se programaron dos evaluaciones de seguimiento para monitorizar los cambios durante el tratamiento.

La primera medida de seguimiento se realizó a los dos meses de iniciar el tratamiento, es decir, a mediados de Noviembre de 2021. Como cabía esperar dada la gravedad del caso, no se observaron grandes cambios en esta segunda evaluación, aunque se observaron tendencias de mejora y una buena dirección, por lo que decidimos continuar como estaba planeado.

La segunda medida de seguimiento se realizó a los 4 meses de iniciar el tratamiento, es decir, a mediados de Enero de 2022. Se puede observar una mejoría en varias de las dimensiones del cuestionario SCL-90-R que en la evaluación inicial mostraban puntuaciones elevadas (ver Figura 2). Por ejemplo, aunque los niveles de ansiedad no llegaron a puntuar dentro de la media normal, sí se redujeron los síntomas de paranoia.

### Figura 2.

*Resultados del paciente en la prueba SCL-90-R en Noviembre 2021 y Enero 2022.*



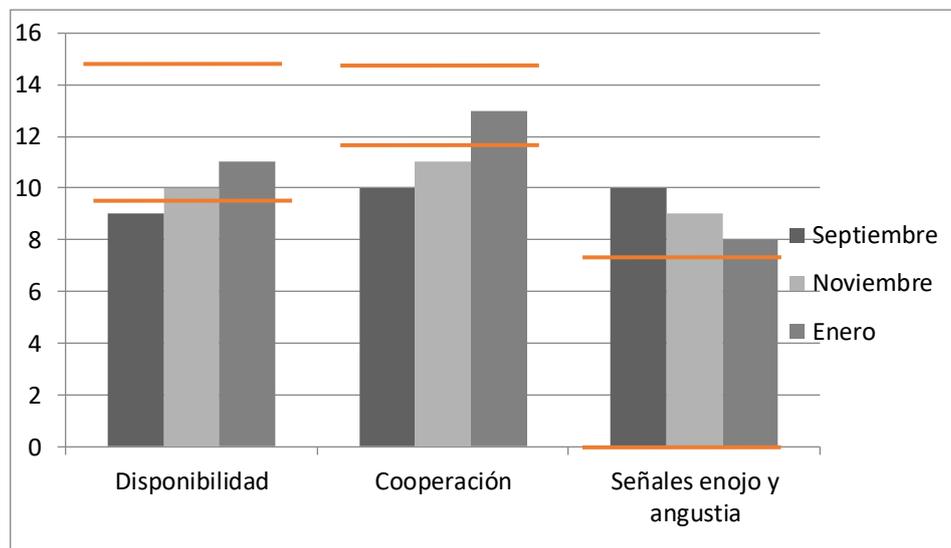
**Nota.** En el eje Y se reflejan las puntuaciones T del baremo de Población Clínica del cuestionario SCL-90-R que obtuvo J. En el eje X observamos las dimensiones que contempla el cuestionario ya mencionadas anteriormente. La línea naranja corresponde a las puntuaciones de J. en T2 (Noviembre de 2021) y la azul corresponde a las de T3 (Enero de 2022). Al ser puntuaciones T, la media es 50 y la desviación típica es de 10 siendo el rango de puntuaciones normales de 40 a 60 puntos como reflejan las líneas moradas.

Lo mismo ocurre con las medidas en apego del AAQ: la sensación de disponibilidad de la figura de apego principal (el terapeuta) y las señales de rencor y angustia entran dentro del rango de la normalidad, aunque sean en el límite inferior. Por otro lado, la medida de cooperación se encuentra en la media esperada para un joven de su edad, lo que nos indica la buena actitud y motivación de mejora que ha presentado J. durante la intervención.

En la Figura 3 se refleja una evolución lenta pero constante hacia un estilo de apego cada más seguro respecto a su figura principal. Las líneas en color naranja señalan el rango de normalidad en población de 17 a 20 años con la que se comparan los resultados de J.

### Figura 3.

*Resultados de J en la prueba AAQ respecto a su terapeuta en Noviembre 2021.*



Si bien es cierto que J. continua siguiendo un tratamiento psicofarmacológico fuerte, consideramos que ha habido una buena evolución en el caso. Pese a que las mejorías sean limitadas, es importante tener en cuenta de dónde partimos y cuánto tiempo hemos tenido para trabajar. Si J. pudiera seguir este tratamiento con pequeñas modificaciones según sus necesidades, cabría esperar una mejoría muy significativa en el plazo de un año.

La adherencia al tratamiento ha sido buena en general. No ha faltado a las sesiones individuales con el psicólogo ni a las actividades grupales sin motivo justificado. Sin embargo, sí se han dado algunas de las conductas disruptivas que tratábamos de prevenir. De

igual forma, aun sin quitarles la importancia que poseen, creemos que dadas las condiciones y el historial de J., el balance general es positivo.

Por otro lado, hemos encontrado dificultades mayores asociadas al contacto con la familia. J. recibe semanalmente llamadas por parte de su tía y su abuela paternas con las que mantiene relación. Sin embargo, en más de una ocasión, la tía o la abuela han puesto al teléfono al padre de J. sin avisar a los cuidadores. Estos encuentros telefónicos han tenido un impacto negativo significativo en J. de forma que su sintomatología empeoraba. Hubo que prohibir el contacto telefónico con el padre y supervisar las llamadas para cortarlas en caso de que el padre tratase de comunicarse con el hijo. Fue una medida de prevención que resultó efectiva.

## **Discusión y conclusiones**

En el presente estudio de caso se ha presentado el caso de J., un adolescente internado en el centro PRISMA (ITA). Los datos del caso aportan nueva evidencia sobre la relación establecida que existe entre la negligencia infantil grave y el desarrollo de psicopatologías relacionada con el apego (Brumariu, 2015; Benlloch, 2020; Seim et al., 2020). Además, el caso evidencia como la exposición a entornos de maltrato durante la infancia pueden causar alteraciones de tipo conductual, emocional y/o social desinhibida (Romero-González. M., Primé-Tous. M., Martín-Villalba. I y Martí-González. M. A, 2020), lo que explicaría algunos de los comportamientos de J. como las fugas o su baja capacidad de autorregulación.

En cuanto a los resultados del estudio, se ha encontrado elevados niveles de ansiedad y sensibilidad interpersonal en el cuestionario SCL-90, lo que podría relacionarse con los problemas de inhibidos que presenta J. Por otro lado, los resultados del Camir-R mostraron bajos niveles de disponibilidad y apoyo de sus figuras de apego, así como un alto nivel de rencor y resentimiento hacia sus padres. Esto nos indicaría la presencia de trauma ocasionado en la infancia, lo que se relaciona con las consecuencias que han tenido para J. el entorno familiar, en el que predominaban bajos recursos económicos, historia familiar de consumo de sustancias y de negligencia parental, desembocando en dificultades a la hora de formar vínculos adaptativos (Zeanah et al., 2016; González, 2019).

Tal y como era esperable en un caso de esta gravedad, los resultados de la medida de seguimiento mediante el SCL-90-R y el AAQ mostraron pequeñas mejoras. Sin embargo, los resultados de la segunda medida de seguimiento mostraron mejorías significativas en algunas dimensiones como en la paranoia y en las diferentes medidas de apego. Además, la dimensión de cooperación se encontraba en la media esperada. En conclusión, teniendo en cuenta la gravedad del caso, a lo largo de los cuatro meses se pudieron observar avances relevantes en el paciente, con expectativas de seguir mejorando en el futuro si el tratamiento se mantiene.

Estas mejorías se deben en gran medida a las técnicas empleadas, como la historia vital, la psicoeducación o la validación emocional, con el objetivo de que J. pudiera entender las consecuencias de sus primeras experiencias vinculares. Por otra parte, para desarrollar vínculos de apego adaptativos se trabajó principalmente a través de la alianza terapéutica, así como la reestructuración cognitiva y la incorporación de actividades gratificantes. Para reducir las conductas disruptivas se consideró pertinente trabajar a través del desarrollo de conductas alternativas combinado con otras actividades como las actividades artísticas o el Mindfulness. Con el objetivo de mejorar el nivel educativo del paciente, se llevaron a cabo talleres de aula varias veces por semana. Por último, para gestionar las posibles recaídas se elaboró conjuntamente con J. un protocolo de prevención combinado con la aplicación de técnicas de relajación que había aprendido durante la intervención.

A partir de los resultados del presente estudio de caso, se concluyen importantes implicaciones para tener en cuenta en las intervenciones de personas con TRSD. El caso que presentamos en este trabajo tiene gran importancia por la información científicamente contrastada a cerca de la evaluación y tratamiento del apego. Para realizar la valoración y diseñar un plan de intervención para J., se ha tenido que investigar profundamente la literatura científica. Como se ha mencionado anteriormente, los instrumentos de evaluación, son numerosos pero pocos cumplen con las características necesarias para jóvenes que residen en centros de internamiento. Muchas de estas medidas se basan en el testimonio de los progenitores o tutores legales de los menores, o en las diadas padres-hijos observadas por un profesional. Sin embargo, los cuestionarios centrados en evaluar directamente el apego del menor independientemente del testimonio de los padres son menos numerosos. Futuros estudios deberán desarrollar nuevas medidas o adaptar las medidas existentes a casos como el de J., en donde no se cuenta con la participación de

los progenitores en el proceso. Además, en este caso se cuenta con un factor determinante que limita la elección de los instrumentos de evaluación, y es el bajo nivel educativo del sujeto, necesitando de la colaboración del psicólogo del centro para leer los ítems uno a uno y puntuarlos. Por ello, era importante utilizar pruebas que fuesen breves para no alargar demasiado la evaluación, con el riesgo de que el paciente se frustrase y decidiese abandonar el proceso. Al igual que sucedió con la evaluación, también encontramos dificultades a la hora de diseñar la intervención del caso. Al tratarse de un trastorno de apego, la búsqueda se centró en intervenciones diseñadas desde el marco teórico del apego. Sin embargo, gran parte de ellas se regían por modelos psicodinámicos que cuentan con escasa evidencia científica. Por ello, se optó por buscar otros modelos de tratamientos que tuviesen una eficacia contrastada. Sin embargo, ni la Guía Práctica de Tratamientos de APA ni la guía NICE contaban con estudios de referencia sobre el tratamiento del apego en adolescentes. Por ello, se decidió enfocar el diseño de intervención desde la perspectiva de la Terapia Cognitivo-Conductual, enriquecida con algunas técnicas desarrolladas desde la teoría del apego.

Existen limitaciones en el presente estudio de caso que merecen ser destacadas. En primer lugar, el acceso limitado a información previa del paciente así como de pruebas administradas anteriormente, lo que se ha intentado solventar utilizando pruebas más adecuadas para el caso de J. En segundo lugar, se resalta la limitación temporal. Aunque se han podido realizar avances en el periodo que han durado las prácticas, hubiera sido interesante poder aplicar el programa de tratamiento durante un periodo más largo de tiempo. En tercer lugar, algunos de los factores que están manteniendo la problemática deberían tenerse en cuenta como limitaciones. Entre ellos se destaca: la situación familiar del paciente, algunos de los compañeros o personas que conoce en periodos de fuga o la elevada medicación lo que hace más difícil el proceso de autorregulación.

Por todo lo anterior, se necesitan estudios futuros para entender mejor cómo se relacionan los entornos de cuidados negligentes en los primeros momentos de vida con los trastornos de apego en la adolescencia. Futuras líneas de investigación deberán desarrollar pruebas estandarizadas para adolescentes con trastornos de apego en entornos, institucionalizados, así como protocolos empíricamente validados para este tipo de casos.

## Referencias Bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª ed. (DSM-5)*. Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Washington, DC.
- Brisch, K. H., Erhardt, I., Kern, C., Formichella, A., Paesler, U., Ebeling, L., & Quehenberger, J. (2019). Como tratar a niños con trastornos de apego severos tras múltiples experiencias tempranas de trauma? Un modelo de tratamiento en una unidad de cuidado intensivo psicoterapéutico. *Aperturas Psicoanalíticas*, 61. <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001071>
- Burutxaga, I., Pérez-Testor, C., Ibáñez, M., de Diego, S., Golanó, M., Ballús, E., & Castillo, J. (2018). Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de psicoanálisis*, 15, 1-17. <http://www.temasdepsicoanálisis.org/wp-content/uploads/2018/01/I.-BURUTXAGA-C.-PÉREZ-TESTOR-M.-IBÁÑEZ-S.-DE-DIEGO-M.-GOLANÓ-E.-BALLÚS-J.A.-CASTILLO.-Apego-y-vínculo..pdf>
- Camps-Pons S., Castillo-Garayoa J., y Cifre I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25: 67-74. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2014a6>
- Delgado L., Penelo E., Fornieles A., Brun-Gasca C., y Ollé M., (2016). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Inventario de Apego a Padres y Pares para Adolescentes (IPPA). *Universitas Psychologica*, 15(1): 327-338. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-1.efci>
- Guyon-Harris, KL, Humphreys, KL, Fox, NA, Nelson, CA y Zeanah, CH (2018). Curso de Trastorno de Compromiso Social Desinhibido desde la Primera Infancia hasta la Primera Adolescencia. *Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 57 (5), 329–335.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.02.009>
- Honor, G. (2019). Attachment Disorders. *Journal of Pediatric Health Care*, 33 (5), 612-622. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.04.017>

- Lafuente, M., & Cantero, M. (2015). *Vinculaciones afectivas* (1st ed.). Madrid: Larousse - Ediciones Pirámide.
- Morán, J. K., Lecannelier, F., & Rodríguez, J. (2014). Validation study of attachment questionnaire in adolescents. *Revista Chilena de Pediatría*, 85(4). doi: 10.4067/S0370-41062014000400005
- Morera Vargas, Ileana. (2020). Uso de las técnicas de modelaje y refuerzo positivo para la regulación de la aproximación física indiscriminada en una niña de 5 años ubicada en un programa de acogimiento familiar: estudio de caso único. *Revista ABRA*, 40(60), 90-111. <https://dx.doi.org/10.15359/abra.40-60.4>
- Leffler, J. M., Riebel, J., & Hughes, H. M. (2014). A Review of Child and Adolescent Diagnostic Interviews for Clinical Practitioners. *Assessment*, 22(6), 690–703. <https://doi.org/10.1177/1073191114561253>
- Seim, A. R., Jozefiak, T., Wichstrøm, L., & Kaye, N. S. (2019). Validity of reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(10), 1465–1476. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01456-9>
- Seim, AR, Jozefiak, T., Wichstrøm, L. y Kaye, NS (2020). Validez del trastorno de apego reactivo y del compromiso social desinhibido en la adolescencia. *Psiquiatría europea de niños y adolescentes*, 29 (10), 1465–1476. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01456-9>
- Martí-González I, (2019). El Trastorno del Apego Reactivo: concepto, evaluación, relación con la violencia e intervención desde el ámbito educativo. *Revista Científico Profesional de la Pedagogía y Psicopedagogía*, 4; 65-82.
- Monfort-Escrig, C., & Pena-Garijo, J. (2021). Las dimensiones del apego predicen el funcionamiento social en personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia, independientemente de la gravedad de los síntomas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(6), 269-281.
- UNIR. (2021). *La importancia de las terapias basadas en el apego*. UNIR. <https://www.unir.net/salud/revista/terapias-basadas-en-el-apego/>

Zeanah, CH y Gleason, MM (2015). Revisión anual de la investigación: Trastornos del apego en la primera infancia: presentación clínica, causas, correlaciones y tratamiento. *Revista de psicología y psiquiatría infantil y disciplinas afines*, 56 (3), 207–222. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12347>

Zeanah, C. H., Chesher, T., & Boris, N. W. (2016). Medidas prácticas para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con trastorno reactivo de apego (TRA) y trastorno de compromiso social desinhibido (TCSD). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 55(11), 990-1003.