

Volumen VI
Número 2
Septiembre
2016



*Early life trauma,
Attachment and
Eating Disorders*

Trauma de Apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria

A propósito de un caso

Esther Montero Manzano

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Extremadura

Especialista en Psiquiatría

Experto en Psicoterapia Breve con niños y adolescentes por la SEMPYP

Abstract: From a bio-psycho-social point of view, we need to interact with other people to achieve our identity.

The attachment relationship established between individuals and their primary caregivers' module their structural and neuronal configuration, developing a schema (response set) which permits being aware of the own and others' internal/external experiences.

Avoidant and ambivalent attachment patterns are prevalent styles in eating disorders and they are implicated in the nuclear psychopathology of the trouble.

The therapeutic approach is based on the secure attachment relationship. Therefore, Mentalization-Based Treatment and Mindfulness let us know about trouble dimension, as well as they can modify previous attachment patterns increasing emotional self-regulation competences, and going through a secure attachment model.

Keywords: trauma, attachment, eating disorders, mentalization-based treatment.

Resumen: Desde un punto de vista bio-psico-social, necesitamos de la interrelación con los demás para poder constituirnos como personas. La relación de apego con las figuras de referencia modela la organización estructural y neuronal de nuestro cerebro y con ello permite crear una identidad desde la que explorar y ser conscientes tanto de nuestras experiencias internas/externas como de las de los demás.

En los trastornos de la conducta alimentaria, la relación de apego se constituye a partir de mecanismos defensivos de tipo evitativo o ambivalente, los cuales dan paso al desarrollo de las alteraciones psicopatológicas nucleares de dicho trastorno. Para su abordaje, se propone un trabajo terapéutico sobre la base de una relación de apego seguro. Por ello, los aportes que nos ofrece la terapia basada en la mentalización y en la atención plena permiten tomar consciencia de la problemática del trastorno, reconstituir los modelos previos de apego y potenciar la capacidad de autorregulación emocional y afectiva avanzando hacia un modelo de apego seguro.

Palabras clave: trauma, apego, trastornos de la conducta alimentaria, terapia basada en la mentalización.

INTRODUCCIÓN

El estudio de los trastornos de la conducta alimentaria ha sido abordado desde múltiples puntos de vista abarcando siempre una perspectiva biopsicosocial. Gran parte de la literatura científica se ha centrado en la comprensión de los factores individuales, principalmente desde un punto de vista biológico sin olvidar aspectos de personalidad y traumas acaecidos en el desarrollo evolutivo de la persona. Otros aspectos, como los familiares, en términos relacionales, y los contextuales, han aportado hipótesis de trabajo en el campo de la investigación científica ofreciendo una comprensión etiológica más holística.

En este encuadre, la teoría del apego, descrita por el psicoanalista inglés John Bowlby (Bowlby, 1989), permite, de algún modo, entender el funcionamiento de los factores psicológicos subyacentes a este tipo de trastornos. Con posterioridad, diversos autores han ido añadiendo matices a la teoría inicial, desarrollándose más tarde conceptos como: los modelos de trabajo interno, la teoría de la mente y la relevancia de las neuronas espejo, que forman parte de la configuración del apego y que serán desarrollados con posterioridad en este trabajo.

Las investigaciones más recientes en el campo de la neurobiología del apego destacan que la calidad del apego que las figuras de referencia son capaces de establecer con el individuo, pueden modular la expresión genética y con ello la psicobiología humana, favoreciendo por tanto una estructuración hemisférica a nivel cerebral y modulando el sistema neuroendocrino, de manera que permita afrontar las situaciones de estrés tanto físico como emocional de la forma más adaptativa posible. A este respecto, ya ha sido estudiada la división cerebral atendiendo a una clasificación hemisférica izquierda-derecha y a un orden espacial superior-inferior.

Por un lado, el hemisferio izquierdo representa el funcionamiento lógico, lingüístico, analítico y racional, mientras que el derecho podría considerarse como no verbal, se ocupa del reconocimiento emocional, la capacidad creativa y otorga significado a las experiencias vividas. Durante los tres primeros años de

vida, el desarrollo del hemisferio derecho es mucho más significativo que el del izquierdo, cuya evolución es más lenta. La interrelación entre ambas partes se produce, anatómicamente a través del cuerpo caloso. Por otro lado, la corteza cerebral, que se ubica superior al sistema límbico en un eje vertical trazado desde la cabeza a los pies, alberga las funciones superiores y procesos mentales más complejos, permitiendo, entre ellos, la regulación y control emocional. El sistema límbico, más primario e instintivo, está plenamente constituido al nacer, a diferencia el neocórtex que alcanza su máximo desarrollo al final de la adolescencia. Destacar también la función de la amígdala como sistema de potenciación de expresión emocional inmediata que interfiere la conexión entre ambas zonas cerebrales.

Cuando las distintas áreas del cerebro no aparecen integradas, y esto ocurre con frecuencia a lo largo del desarrollo infanto-juvenil, se accede a las experiencias de forma desigual desde las distintas zonas, dando lugar a problemáticas importantes, por ejemplo, negación de las emociones o pérdida de contexto por predominancia de hemisferio izquierdo o *acting* sin procesamiento cognitivo por mediación amigdalár entre cerero superior e inferior (Siegel, 2012). Para que todas estas funciones puedan ser integradas se hace necesario una relación de apego saludable o segura, preferentemente adquirida desde la primera infancia.

En definitiva, la relación que el apego guarda con los trastornos de la conducta alimentaria viene dado porque el primero juega un importante papel en la capacidad de regulación emocional, la cual se encuentra alterada en los trastornos de la conducta alimentaria de manera característica. No obstante, el hecho de que el apego se constituya en base de las diversas relaciones significativas experimentadas por el individuo, así como que éste pueda ser modificado a través del empleo de la psicoterapia, es de vital relevancia para el abordaje de la psicopatología subyacente a los trastornos de la conducta alimentaria. Particularmente, los estudios más recientes se centran en la aplicación de las técnicas de mentalización y de atención plena, también

conocida como Mindfulness. Éstas permiten trabajar la capacidad reflexiva del individuo sobre su propia experiencia emocional interna, la cual actúa como un modulador de la conducta finalmente expresada.

Al mismo tiempo ayudan a comprender la forma en que dicho mundo interno, que actuaría a modo de “mapa”, representa y se relaciona con el mundo externo, entendido éste como el “territorio” (Wallin, 2012). De esta forma, el trabajo de mentalización puede actuar como un marco común e integrador de las distintas corrientes psicoterapéuticas más relevantes: cognitivo-conductual, sistémica, psicodinámica, así como las de perspectiva social-ecológica, por lo que resulta interesante revisar su desarrollo.

Los objetivos a abordar a lo largo de la revisión bibliográfica son los siguientes:

GENERAL:

Actualizar la comprensión respecto a la repercusión del trauma de apego en la infancia sobre el desarrollo de la psicopatología asociada a los trastornos de la conducta alimentaria así como en la práctica clínica.

ESPECIFICOS:

- 1.- Revisión actualizada de la teoría del apego: tipología, transmisión intergeneracional e instrumentos de medida.
- 2.- Revisión actualizada de los trastornos de la conducta alimentaria: tipología y relevancia en el sistema familiar.
- 3.- Desarrollar las bases que establecen la relación existente entre los trastornos de la conducta alimentaria y el trauma de apego a través de los resultados de los trabajos más recientes en este campo.
- 4.- Revisión de las aportaciones de la teoría de mentalización y de atención plena a la clínica terapéutica para el abordaje de los trastornos del apego y de la conducta alimentaria.

TEORÍA DEL APEGO

A. Desarrollo y conceptos básicos

La teoría del apego fue postulada inicialmente por Bowlby, quien puso en valor el significado entre las relaciones tempranas y el funcionamiento psicológico posterior. Definió la relación de apego como una conducta de carácter instintivo que confiere proximidad, protección y una base segura para explorar aquellas situaciones que resultaban inseguras o no familiares para el bebé. Estas manifestaciones de apego que en un inicio surgen como necesidad biológica, en realidad son significativas durante todo el desarrollo vital. De este modo, en la relación vincular con el cuidador se construye lo que Bowlby denominó modelos funcionales internos, que viene a ser como una plantilla donde se sientan las bases que le permiten al individuo tomar consciencia y reconocer la forma de interacción con su figura de apego, lo que a su vez modelará su propia actuación en relación al entorno y a los demás.

Estas hipótesis fueron posteriormente validadas empíricamente por Ainsworth y ampliadas a nivel conceptual, aportando una clasificación para estos patrones vinculares. Más tarde, Mary Main pudo trasladar a la edad adulta los conceptos básicos determinados por estos dos autores aplicados a la infancia, y redefinirlos. Así, los modelos funcionales internos se presentaban ahora como procesos que servían de base para obtener de manera estructurada información o bien para limitar ese acceso a esta de forma consciente o inconsciente, de manera que esté al servicio de la relación de apego. Este modelo estructural contaba además con una característica singular que es el dinamismo, es decir, hay una implementación activa de las estrategias relacionales, atencionales y conductuales entre el bebé y la figura de referencia (Wallin, 2012) de forma que sean lo más adaptativas posibles.

Otro de los conceptos relevantes postulados por Main por el de metacognición, que hace referencia a la capacidad del individuo para pensar y comunicar sobre sus propios pensamientos. La instrucción de estas conceptualizaciones sobre las representaciones mentales dio pie a Fonagy para profundizar en lo que se conoció inicialmente como la teoría de la mente y a desarrollar el trabajo en el campo de la mentalización, que viene a destacar la

importancia de la postura reflexiva del individuo sobre su propia experiencia de cara a al establecimiento de una relación de apego seguro.

B. Tipología

Varios han sido los autores que han intentado estructurar la psicopatología del vínculo de apego, por lo que podemos encontrar diversas clasificaciones según las diferentes escuelas. Ahora bien, ya sean de índole dimensional como categórica la realidad es que ninguna de ellas es lo suficientemente específica como para ser plenamente satisfactoria.

Una de las clasificaciones es la establecida por Mary Ainsworth, quien en 1978 determinó los tres apegos principales basándose en el estudio de lo que denominó “la situación extraña”, donde se observaba en condiciones de laboratorio, la relación entre el bebé y su madre, en concreto la conducta del bebé cuando ésta salía de la habitación durante unos minutos y cuando volvían a reencontrarse. De esta forma denominó como:

- Apego seguro: es la variante no disfuncional y por tanto considerada como la situación de referencia dado que el establecimiento de este patrón de apego previene frente a al desarrollo de psicopatología en la etapa adulta. La relación vincular de apego seguro permite que el niño tenga una capacidad de exploración del medio en condiciones de seguridad respecto a sus figuras de referencia, puede con ello despegarse de sus figuras de apego y ser capaz de mentalizarlas cuando se encuentran ausentes para evitar la angustia frente a las situaciones que le resulten conflictivas. Por ello, pueden por ejemplo, establecer relaciones de confianza con extraños.
 - Apego inseguro-evitativo: realmente este estilo de apego funciona como mecanismo de defensa frente a todas aquellas situaciones afectivas que no satisfacen las necesidades del niño. Éste ha vivenciado, en la relación con su figura de apego, sensación de inseguridad, dolor, angustia o estrés y por ello aprende que inhibir o evitar todo lo relacionado con su mundo emocional le proporciona una sensación de tranquilidad o de falta seguridad.
 - Apego inseguro-ambivalente: aquí la tendencia es tratar de aumentar las conductas de apego como mecanismo defensivo para mantener a la figura de apego, dado que en la relación vincular el niño experimenta gran ansiedad ante la vivencia confusa de no ser lo suficientemente valioso así como respecto a la disponibilidad emocional de la figura de referencia.
- Posteriormente, Main y Solomon identificaron un cuarto tipo de relación de apego (Barudy et al, 2009):
- Apego desorganizado: a diferencia de los dos anteriores, quienes tratan de organizarse a nivel conductual para aumentar su sensación de seguridad, los niños con este patrón de apego presentan gran dificultad para organizar estrategias defensivas y establecer relaciones regulares con sus cuidadores.
- Por su parte, Zeanah y cols. estableció una aproximación sintomatológica en función del tipo de vinculación de apego, así categoriza (Díaz et al, 2004):
- Trastornos del vínculo no establecido: tienen lugar antes de que el individuo haya tenido posibilidad de establecer relación vincular. Tiene relación, por ejemplo, con las situaciones de abuso o negligencia parental, la institucionalización en centros residenciales, la situación de drogadicción y abuso de sustancias en los padres, los padres con trastornos mentales graves.
 - Trastornos por vinculación indiscriminada: es propia de aquellos individuos en los que se les ha negado la posibilidad de establecer una vinculación afectiva suficiente y de calidad debido a situaciones en las que, por ejemplo, han tenido que ser institucionalizados o han sufrido periodos prolongados de separación de las figuras de referencia.
 - Trastornos por vinculación inhibida: en estas situaciones donde las figuras de apego han permanecido de manera inestable por problemática diversa.
 - Trastornos por vinculación agresiva: la sintomatología predominante en este

subtipo se caracteriza por afectos de rabia y frustración en relación a la figura vincular, con expresión conductual en este sentido.

- Trastornos por vinculación invertida: suele presentarse en las situaciones en la que el individuo ha adoptado una posición de parentificación, por lo que la expresión típica sería en forma de conductas extremas en el campo del control relacional. Se produce una inversión de roles donde el niño asume el papel de padre.

C. Transmisión intergeneracional

La teoría de la mente, propuesta por Fonagy, establece los elementos claves que determinan el proceso de transmisión intergeneracional del patrón de apego. El cuidador es una figura de especial relevancia en la relación con el bebé, quien en un inicio no tiene capacidad suficiente por sí mismo para otorgar significado a las experiencias vitales fisiológicas que experimenta. Por esta razón, para que el niño, según se vaya desarrollando, pueda ir otorgando un sentido específico a las emociones necesita de aquél. De esta forma, las figuras de apego a través de la mentalización van modelando las capacidades del bebé para el aprendizaje del reconocimiento de sentimientos, pensamiento y creencias propias así como la de los demás.

En base a lo anterior, el estilo de apego en el hijo va a depender en gran medida de la capacidad de mentalización de los padres y de la capacidad de regulación emocional y vincular de éstos para con el hijo. Esta es la forma en la que se transmiten los patrones de apego, de manera que los patrones de apego en la infancia influyen en la conducta y rol de los padres generando una recurrencia en los hijos y así sucesivamente. Supongamos una madre con un patrón de apego inseguro, la conducta que va a desarrollar para con el bebé será en los términos del uso de las estrategias defensivas aprendidas acordes a este patrón, y esto generará que el hijo copie este estilo como estrategia de supervivencia ante esa relación tan disfuncional.

Pero entonces, ¿quiere decir esto que dicha transmisión es inamovible? La realidad es que

no, debido a que existen factores de resiliencia que pueden provocar un cambio en el estilo de apego: el establecimiento de una relación de pareja satisfactoria, la propia experiencia de maternidad, la psicoterapia... dando lugar a una discontinuidad en esa transmisión. Para que esa discontinuidad en la transmisión sea llevada a cabo, el individuo tiene que haber desarrollado la capacidad para utilizar estrategias diferentes y más adaptativas que las que tenía previamente, las cuales estaban basadas en su contexto de desarrollo.

D. Instrumentos de medida

El desarrollo de instrumentos de medida de la conducta de apego es relevante para el campo de la investigación, pero en el área de la clínica terapéutica, los resultados obtenidos no son nada desdeñables de cara a la aplicación de una estrategia de abordaje terapéutico más efectivo. Nos permite tener una idea más precisa de cómo se articula esa relación vincular, pero para ello es importante considerar en el proceso de evaluación el desarrollo evolutivo del niño y observar las relaciones con los padres y en diferentes, la historia familiar y la funcionalidad de cada padre en el sistema familiar.

Entre algunos de los instrumentos encontramos (Díaz et al, 2004):

INSTRUMENTOS PARA MEDIR EL VÍNCULO EN EL NIÑO

The Strange Situation (12-20 meses).
Cassidy-Marvin System for Assessing Attachment in Children (2 ½ - 4 años).
Main-Cassidy Attachment Classification for Kindergarten – age Children (4 ½ - 7 años).
Preschool Assessment of Attachment (2 ½ - 4 ½ años).
Attachment Q-sort (12-60 meses).
Attachment Story Completion Task (3 años).
Picture response (6 – 7 años).

MEDIDAS ADICIONALES

Nursing-Child Assessment Satellite Training.
Parent-child Early Relational Assessment.
Home Observational Measure.
Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification.

MEDIDAS DEL VÍNCULO EN LOS PADRES
 The Adult Attachment Interview (AAI)
 Adult - Attachment Q-sort.
 Working Model of the Chile Interview.
 Attachment History.
 Mother-Father –Peer Scale.

Comparativamente, la técnica más empleada en los estudios de investigación es la Entrevista de Apego Adulto (AAI en inglés). Ésta es la técnica mejor valorada y se considera el *gold standart* para la medida del apego. Se basa en una narrativa de la persona evaluada sobre sus recuerdos en torno a las relaciones y experiencias en la infancia con sus figuras de referencia. A pesar de que se apela a la memoria, no es una estrategia de medida de tipo retrospectivo, ya que la codificación del instrumento se basa en las características del discurso actual, no el contenido de la narrativa, y en los modelos de trabajo inferidos a partir de éste.

TASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

A. Definición y tipología

La historia conceptual de los trastornos de la conducta alimentaria ha ido variando a lo largo del tiempo. La anorexia nerviosa, por ejemplo, está descrita desde el siglo XVII, cuando se empieza a pensar que lejos de ser exclusivamente un problema de índole nutricional, engloba síntomas que describirían una afectación del estado mental. Dos siglos después, la comprensión de este trastorno se circunscribía dentro del espectro de los trastornos del ánimo. Por su parte, la definición de bulimia nerviosa es mucho más reciente (AAVV, 2009).

En la actualidad, y de forma general, los trastornos de la conducta alimentaria se consideran, en su base etiológica, como una problemática de tipo biopsicosocial, con repercusiones físicas significativas (pérdida de peso, problemas hidroelectrolíticos y metabólicos, alteraciones hormonales), psicopatológicas (alteraciones graves del ánimo, distorsión de la imagen corporal, problemas de ansiedad) y sociales (afectación de las relaciones y de la capacidad funcional-autónoma del individuo).

En cuando a los tipos de trastornos mentales, la clasificación más extendida hace referencia principalmente a los trastornos más groseros definidos por la anorexia y la bulimia nerviosa, y como menos prevalentes: pica, rumiación, anorexias infantiles y trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

Anorexia nerviosa: el síntoma clave sería una vivencia de la imagen corporal muy angustiada con rechazo hacia la misma, que motiva la pérdida de peso excesiva y el temor fóbico a engordar adoptando una actitud de control permanente a este respecto (restricción alimentaria, actividad física excesiva). Como consecuencia del desorden alimentario se sucede el resto de la sintomatología psico y fisiológica.

Bulimia nerviosa: se engloba más dentro de una problemática de control de impulsos, con episodios recurrentes de ingesta voraz en forma de atracones y conducta compensatoria purgativa posterior (en forma de vómito principalmente pero también con laxantes, anorexígenos o incremento del ejercicio) en un alto porcentaje de los afectados. Como consecuencia del desequilibrio nutricional y de las conductas purgativas se producen lesiones físicas subyacentes y secuelas a nivel psicológico.

B. Factores de riesgo

Biológicos: Se conoce cierta vulnerabilidad familiar en el seno de este tipo de trastornos, pero se desconocen con exactitud las bases genéticas y neurobiológicas subyacentes. Se ha postulado la implicación de los sistemas serotoninérgicos y dopaminérgico por mediar la regulación ciclos hormonales, estado de ánimo, ritmos biológicos, etc. Algunas neurotrofinas también parecen estar implicadas (BDNF, NTRK Y NTRK) así como los cromosomas 1, 2,13 en la anorexia nerviosa y el 10 en la bulimia, sin un nivel de sensibilidad y especificidad significativos. (AAVV, 2009)

Socioculturales: la cultura es un factor a tener en cuenta, ya que la consideración de la imagen corporal como un valor de referencia y la actitud de culto al cuerpo (preocupación excesiva por el peso, por la delgadez) propia de los países más occidentalizados guardan

relación con el estilo de vida (sedentarismo y estrés) que condiciona los hábitos alimentarios (desorganizados, no equilibrados, ricos en calorías y poco nutritivos) intrínsecamente relacionados con los trastornos alimentarios. La organización de los sistemas familiares con modelos educacionales rígidos, exigentes, sobreprotectores, familias reconstituidas disfuncionales o poco cohesionadas en conflicto favorecen el desarrollo de la psicopatología propia de este tipo de trastornos. La confluencia de varios de estos factores que, o bien se cronifican a lo largo de la evolución del individuo, o bien se dan de forma aguda es necesaria para gestar la vulnerabilidad a padecer este tipo de enfermedades.

Psicológicos: la vivencia de traumas durante la etapa infanto-juvenil y las crisis vitales de desarrollo personal podrían considerarse como los puntos principales gatillo para el desencadenamiento de los trastornos alimentarios desde un punto de vista más psicológico. Además de lo anterior hay que tener en cuenta factores propios de la personalidad del individuo relacionados con su identidad y su capacidad de vinculación en las relaciones con iguales, lo que a su vez está determinado con los patrones de apego.

Si bien, algunos estudios arrojan datos sobre el peso que tienen los factores biológicos, alrededor 60-70 % y los socioculturales-psicológicos (AAVV, 2009). Si bien, no son lo suficientemente concluyentes como para explicar todos los casos. Existe una proporción de casos que no se ajustan a los factores previos por lo que se habla de posibles factores ambientales no compartidos, punto de atención de los estudios más actuales.

C. Relevancia de la sistémica familiar

Otras epistemologías como la sistémica, lejos de simplificar el proceso de comprensión nosológica, proponen una mirada hacia los mecanismos relacionales humanos que a través de la combinación de numerosas variables, posibilitan un análisis más complejo de la psicopatología que subyace a los distintos trastornos mentales. La importancia del enfoque sistémico en la visión de los trastornos de la conducta alimentaria se basa en el hecho de que las relaciones que se construyen entre los distintos subsistemas que conforman el

sistema familiar presentan con frecuencia disfuncionalidades muy significativas que merece la pena abordar, ya que estos patrones relaciones guardan relación con los de apego y también se transmiten de forma intergeneracional.

Desde esta perspectiva, los trastornos de la conducta alimentaria se entienden como un constructo que integra diversas características: polaridad (entendida como relaciones de vencedor/perdedor vs ganador), en la relación con el otro, la cual es principal para la definición del self pueden surgir dificultades (para definir la relación, o bien porque evitan la autonomización), conformismo vs oposición (la comida tiene un papel de analogía para esa protesta o actitud de pasividad), instigación y juegos coercitivos y repetitivos.

Los síntomas alimentarios cumplen aquí varias funciones: de denuncia, antidepresiva (“demostrar una voluntad de hierro”) o como angustia no mentalizada. Generalmente estos síntomas suelen englobarse en el contexto de psicopatología de base de tipo trastorno de personalidad, obsesivo compulsivo y/o trastornos de ansiedad.

El juego relacional que se establece en este tipo de sistemas familiares está oculto, es decir, velado, pero detrás de toda esta sintomatología hay todo un proceso de modelización que se ha gestado en el seno de una disfuncionalidad relacional conyugal mantenida en el tiempo de manera homeostática. En el caso de la pacientes anoréxicas, autores como Minuchin proponen una serie de características familiares: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación de conflictos como comunes, mientras que en la bulimia destaca: aislamiento social, preocupación por las apariencias y atención relevante a los aspectos alimentarios por parte del grupo familiar. Con posterioridad se habla una clasificación de las familias con trastornos de la conducta alimentaria (Selvini, 1990).

Tipo A: la hija se involucra precozmente en el juego familiar siendo la confidente de la madre sobre los problemas maritales, construyéndose una relación vincular no de admiración. Esa relación privilegiada madre-hija puede observarse en el plano verbal o no verbal. En una etapa más tardía, la hija descubre que la

relación de privilegio no era tal, y que una tercera persona ostenta ese privilegio, por lo que ésta hace un giro vincular hacia el padre presionándole para que actúe como pacificador en el conflicto. De esta manera, la coalición padre-hija se convierte ahora en instigadora principal contra la madre.

Tipo B: la hija tiene una relación vincular principal con el padre, es la preferida de éste, al que admira, siente y sufre los desprecios que éste recibe de su madre. En etapa más tardía, cuando el vínculo se estrecha, enseña al padre a poner control a su “insoportable” madre a través del control de la comida y de los síntomas.

Más tarde, surge un tercer grupo de familias (Selvini, 1999).

Tipo C: hace referencia a la situación en que no se ha establecido una relación vincular con ninguno de los padres, sino con terceras personas que no han podido proporcionarle un apego seguro.

CÓMO SE RELACIONA EL APEGO CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

A. El significado del Apego Inseguro como base de la relación.

Como ya se ha explicado en los apartados anteriores, las categorías de apego fueron descritas por Ainsworth en base al experimento de la *situación extraña* (seguro e inseguro: evitativo y ambivalente).

Con posterioridad, Main estableció el paralelismo entre estos resultados y los estados mentales en adultos a través de la aplicación de la *entrevista de apego adulto*, añadiendo más tarde la categoría de apego desorganizado.

La importancia de estos hallazgos con respecto a la interrelación existente entre el apego y los trastornos de la conducta alimentaria se centra principalmente en el estudio de los estilos de apego inseguros: evitativo y ambivalente, dado que la mayor parte de los autores coinciden en determinar una mayor prevalencia de los mismos entre los individuos con este

diagnóstico.

De forma más concreta, las investigaciones más recientes tratan de aproximarse al análisis de las cuatro áreas principales en el funcionamiento del apego, cuya afectación es esencialmente relevante en el desarrollo de los trastornos de la alimentación (Tasca GA, 2014) y que se describen brevemente:

- La regulación del afecto: principalmente dependiente de la actuación del hemisferio cerebral izquierdo y que consiste en el control de las emociones básicas coordinadas por el cerebro más primitivo o sistema límbico que se activan ante estresores vitales o separación de las figuras de referencia.
- El estilo interpersonal: La capacidad para establecer relaciones de proximidad con otros individuos sin experimentar ansiedad o preocupación excesiva.
- La coherencia mental: viene dada por la narrativa establecida por las figuras de apego y permite general un estado mental más equilibrado.
- La función reflexiva: permite ser consciente del estado mental de uno mismo y de los demás como entidades separadas, y al mismo tiempo darse cuenta de que los estados mentales influyen los comportamientos. Esta función permite la empatía.

En relación a este constructo, en los individuos con apego inseguro encontramos una capacidad prácticamente abolida para la contención y regulación emocional, baja coherencia mental, suelen a idealizar o bien ser despectivos con respecto a las relaciones íntimas y presentan gran dificultad para poner en marcha la capacidad reflexiva, lo que les genera una lucha constante para llegar a la comprensión de la separación entre el estado mental propio y el de los demás.

De forma general podríamos decir que a través de la hiperactivación de su sistema de afectivo, acceden a las experiencias emocionales primordialmente relacionadas con la pérdida o el daño, y esto hace que se vea afectada su coherencia mental, dado que los estados emocionales suscitados como por ejemplo la ira

o incluso el autodesprecio, modifican su narrativa de forma sustancial.

B. Aspectos esenciales de la interrelación.

El campo de la investigación de la relación entre los trastornos del apego y los de la conducta alimentaria ha tratado de establecer, además de lo anterior, diversos aspectos que se encuentran imbricados en el seno de esta asociación.

La importancia de la función reflexiva o mentalización

Los diferentes meta-análisis realizados por diversos autores en estudios comparativos entre población con diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria y población sana coinciden en la prevalencia significativa, en torno al 70-100% (Delvecchio et al, 2014) (Tasca et al, 2014), de apego inseguro entre aquéllos con diagnóstico predeterminado principalmente de anorexia nerviosa o bulimia. Algunos estudios establecen una mayor correspondencia entre el estilo evitativo y la anorexia nerviosa mientras otros correlacionan bulimia y trastorno por atracón con el ambivalente, no obstante los resultados no son lo suficientemente concluyentes.

La habilidad de mentalización se ve afectada de manera importante en estos sujetos (Bateman et Fonagy, 2012), lo que a su vez afecta a la capacidad de regulación emocional, que finalmente tiene lugar a través de las conductas de restricción, purga o atracón como fórmulas de control ante el desbordamiento emocional. Se han tratado de establecer diferencias entre los diagnósticos de anorexia, bulimia y trastorno por atracón, encontrándose una mayor incidencia de baja función reflexiva en aquéllos diagnosticados con anorexia nerviosa (Rothschild-Yakar L, 2012) que en el resto de poblaciones diagnósticas. Este hecho pone de manifiesto el daño existente en estos individuos incapaces de decodificar de forma inconsciente los estados mentales de los demás y los suyos propios.

Apego inseguro y su relación con la severidad del trastorno de la conducta alimentaria.

Se ha especulado sobre la relación existente entre el apego inseguro y la severidad sintomatológica de los trastornos de la conducta alimentaria, pudiendo concluirse que dicha categoría de apego se halla en conexión con los trastornos alimentarios a través de los diferentes diagnósticos. Lo que no se ha podido determinar es la especificidad entre un diagnóstico concreto, por ejemplo anorexia o bulimia y la sintomatología asociada, ya sea conducta restrictiva o purga/atracón respectivamente, con las diversas dimensiones dentro de apego inseguro.

Los síntomas como la necesidad de aprobación por parte del otro, aspecto principal del apego inseguro-ambivalente, se asocian con la insatisfacción corporal como parte de la psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria. De igual manera, la preocupación excesiva por aspectos muy concretos de las relaciones interpersonales así como el nivel de miedo al abandono, nos da idea del grado de inseguridad en el apego y con ello nos permite predecir un mayor nivel de riesgo en el desarrollo del trastorno alimentario.

Mecanismos de interacción

Al tiempo que son numerosos los estudios que han indagado sobre la relación entre apego inseguro y trastornos alimentarios, las investigaciones sobre los diferentes mecanismos existentes que den cuenta del origen etiológico de dicha relación son muy escasos y poco significativos. Algunas de las propuestas son las siguientes:

Modelo de mediación indirecta por una tercera variable

Este modelo señala que los trastornos de la conducta alimentaria y el patrón de apego inseguro se encuentran relacionados por una tercera variable que actúa como mediadora y da explicación sobre cómo el patrón de apego inseguro actúa como mecanismo potencial de riesgo para que el individuo desarrolle el trastorno alimentario. Entre estas variables se encuentran (Tasca et al, 2014):

- Perfeccionismo no adaptativo
- La hiperactivación emocional: principalmente en los casos de apego

inseguro-ambivalente.

- El afecto negativo: principalmente en la correlación con los patrones alimentarios restrictivos.
- Alexitimia: principalmente en la correlación con la insatisfacción corporal.

Modelo de expresión directa

Desarrolla que los trastornos de la conducta alimentaria son una expresión directa de un patrón de apego inseguro desarrollado durante la infancia temprana en relación a situaciones de trauma o pérdida. Este estilo de apego propicia un estado mental más desorganizado en la etapa adulta del individuo y con ello le predispone a una mayor vulnerabilidad hacia la psicopatología nuclear de los trastornos alimentarios (Tasca et al, 2013).

De forma general viene a concluir que una disrupción del apego en la infancia se verá manifestada en la etapa adulta a través de síntomas patológicos. Por ello, la alteración sintomatológica en la esfera alimentaria actúa como expresión de un apego alterado.

Búsqueda de proximidad

Es característico en el patrón de apego inseguro la dificultad en la separación de la figura de referencia, lo que genera un estado de gran ansiedad. Esta dificultad de separación que proviene desde la infancia, se correlaciona con una dificultad externa para discriminar a nivel cognitivo en la etapa adulta entre las separaciones temporales y permanentes de las figuras significativas (O'shaughnessy et al, 2009). Ocurre entonces que separaciones diarias y habituales generan en la persona un gran nivel de ansiedad, y este hecho viene mediado por un patrón de apego inseguro. Por ello se postula que los trastornos de conducta alimentario puedan funcionar como expresión sintomatológica reparadora a través de la búsqueda de proximidad para con el otro.

Transmisión transgeneracional

Se postula aquí que el estilo de apego inseguro-avoidante de la figura de referencia (padres) limita la respuesta de ésta ante las

necesidades del hijo, e impide de esta manera que el individuo aprenda a este respecto, dado que no se trabaja la mentalización. Por tanto, en la etapa adulta, el sujeto no es capaz de diferenciar entre sus propias necesidades y los estados emocionales, y el trastorno de la conducta alimentaria se plantea como fórmula adaptativa a ese estilo de apego evitativo (O'shaughnessy et al, 2009)

Procesos familiares ocultos

Los conflictos familiares ocultos como problemas parentales, de pareja o incluso aspectos traumáticos de la psicobiografía de los miembros de la familia nuclear o extensa determinan el desarrollo del patrón de apego inseguro y con ellos de los trastornos de la conducta alimentaria (Zachrisson H et al, 2010). Éstos suelen funcionar en el sistema familiar como un elemento homeostático de ese equilibrio disfuncional, dado que la familia, como sistema abierto, se encuentra sometido a múltiples influencias que tratan de organizarse para establecer un equilibrio que les ayude a funcionar.

MENTALIZACIÓN Y ATENCIÓN PLENA COMO ESTRATEGIAS PSICOTERAPÉUTICAS

A. Definición

Parece interesante diferenciar algunos conceptos como: apego, mentalización e intersubjetividad que aparecen interrelacionados pero que son claramente constructos separados.

Mientras que el sistema de apego trata de generar una base de seguridad y de proximidad física con la figura de referencia a través de la exploración como conducta de aprendizaje, la mentalización se podría entender como un proceso que permite hacernos una imagen mental para permitirnos una mejor comprensión de nuestra experiencia así como de la de los demás, y al mismo tiempo darles un sentido.

Por su parte, la intersubjetividad hace referencia a la capacidad para compartir pensamientos y afectos entre nosotros y los demás, para crear una resonancia con el otro

tratando de flexibilizar los límites propios y subjetivos. Por su parte, el estado de atención plena facilita el trabajo de mentalización e intersubjetividad al permitirnos ser conscientes de nuestros estados mentales en el momento presente y por tanto diferenciar entre nuestra experiencia y la de los demás, colocándonos en una posición de mayor seguridad a nivel emocional, lo que potencia una base de apego seguro.

La mentalización

Componentes

Es multidimensional, abarca diversos dipolos entre los que se puede oscilar de forma que posicionarse en los extremos resulta poco adaptativo o patológico:

- Automático-Control: viene a considerar el movimiento entre los extremos de rigidez y el de caos cognitivo y emocional.
- Posición interna-Posición externa: permite diferenciar entre experiencia subjetiva y realidad externa entendiendo que son posiciones separadas pero interconectadas.
- Mira hacia el self-Mira hacia los demás: permite tomar consciencia sobre los pensamientos, emociones y sentimientos propios, así como también la los de los otros.

Componente cognitivo-Componente afectivo: integra pensamiento y afecto. Como posiciones extremas encontramos la racionalización (hipermentalización) y la pura emocionalidad (hipomentalización)

Como en todo, la capacidad mentalizadora funcional trata de mantenerse en la posición intermedia de los dipolos, mientras que las oscilaciones variables hacia los extremos van configurando las distintas posiciones patológicas.

Modos de mentalización

El proceso de mentalización de los padres para con los hijos es crucial para el desarrollo de un apego seguro, cuando esa capacidad mentalizadora se ve entorpecida o inhibida da lugar un vínculo de apego de características

patológicas y dificulta el proceso de mentalización del niño y con ello la consciencia sobre la experiencia psicológica propia.

Los modos de experiencia psicológica, que ponen de manifiesto cómo sentimos la relación entre el mundo interno y la realidad externa, son principalmente (Wallin, 2012):

- El modo de equivalencia psíquica: aquí, el patrón de pensamientos y creencias es equivalente a lo que ocurre en la realidad. Por ejemplo, si sufrimos algún tipo de rechazo sentiremos o creemos que es debido a algún defecto nuestro, en lugar de pensar que el estado mental de la persona que nos rechaza puede estar interfiriendo y modificando su conducta. En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, podría aplicarse cuando ante una situación de rechazo interpretan que es debido a su imagen corporal. Se trata de un estado de fusión entre experiencia interna y externa. Este estado es propio de la etapas iniciales del desarrollo (bebés y primera infancia)
- El modo de la simulación: la experiencia interna se separa de la externa. La incapacidad en este punto viene dada por el hecho de que tratamos de rechazar la realidad externa en tanto en cuanto ésta amenaza la interna, que es la que vivenciamos finalmente como real y está basada principalmente en nuestras cogniciones y fantasías. Así, los mecanismos de negación o disociación funcionan como defensa ante esa realidad vivenciada como amenazante. La negación funciona en la anorexia como defensa de la distorsión cognitiva sobre la percepción de la imagen corporal (fantaseada como de sobrepeso) frente a la realidad del aspecto físico de extrema delgadez. Este estado es más propio de la etapa de desarrollo infantil donde a través del juego los niños pueden hacer como si las limitaciones de la realidad no existiesen.

Los dos modos anteriores son los que encontramos predominantemente en la clínica y los que precisan trabajo terapéutico.

- El modo de la mentalización o reflexivo: donde se reconoce que experiencia interna y

externa se encuentran separadas pero en relación, de manera que podemos reflexionar acerca de esa relación, de cómo la realidad interna puede ser interpretada en función de la externa. Por tanto viene a significar una integración de las etapas previas y suele producirse a partir de los cuatro años de edad, aunque hay autores que postulan que incluso antes.

Transmisión intergeneracional

La seguridad emocional del individuo y el aprendizaje sobre su regulación vienen dado por la relación de apego establecida con sus figuras de referencia. Los padres son capaces de tener en mente su estado mental y el de su hijo, es decir, de mentalizar, por lo que en la interrelación que se crea desde el nacimiento éstos pueden comunicar a través de la experiencia física de contacto y afectivamente mensajes para la contención de la angustia vital que experimenta el bebé. De este modo, cuando esas figuras de referencia parentales tienen la habilidad de reconocer a su hijo como un ser con mente diferenciada de ellos mismos y dotada en potencia de las mismas capacidades que la suya, en ese momento se está construyendo el apego seguro. Este fenómeno reflexivo realizado por las figuras de apego es el que permite la transmisión del patrón de apego a través de las diferentes generaciones mediado por el proceso mentalizador.

Por ello, cuando coinciden un patrón de apego inseguro con una capacidad mentalizadora atrofiada se sientan las bases para el desarrollo de los rasgos o aspectos psicopatológicos que observamos en los distintos trastornos, entre ellos los de la conducta alimentaria. Por ejemplo, en el caso de un patrón de apego inseguro, los hijos acaban adoptando los mecanismos defensivos que tenían los padres por ejemplo la negación o la disociación (en el modo simulación) como ya hemos visto.

La atención plena

Concepto

El estado de atención plena es un concepto que conlleva un significado de pluralidad en cuanto

a que hace referencia a varias actitudes que se ponen en práctica concomitantemente: Consciencia plena, Atención y Recuerdo. Al mismo tiempo, se trata de una actitud de aceptación con amabilidad y afabilidad, es decir, sin juicio, a pesar de que el impacto emocional suscitado por el momento vivido sea positivo o negativo.

Habilidades:

Cuando se habla de una práctica con carácter terapéutico nos referimos a la situación en que la atención plena se lleva a cabo en el momento presente y con aceptación. Las habilidades necesarias para este proceso son:

- La Concentración: entendida como atención enfocada, es decir, la capacidad para reconducir de forma reiterada la atención hacia un foco. A nivel simbólico sería como el ejercicio que realizamos con una cámara fotográfica cuando queremos captar un detalle muy concreto y necesitamos enfocar, o en general con cualquier sistema de lentes. Se trata de poder reconducir la atención cuando ésta se distrae del foco principal.
- Mindfulness per se: representa la atención abierta. Podría significar la capacidad para mantener una actitud de escucha y atención sin que éstas se vean afectadas por resistencias, es decir, prestar atención con la mente de aquél que se inicia en una materia y se muestra receptivo a todo lo que pueda aprender.
- Aceptación: supone tolerar la situación tal como es sin juicios ni valores. Para ello se hace necesario adoptar una actitud de bondad cuasi amorosa, autocompasión y mantener un estado de ecuanimidad. Engloba los conceptos de ductilidad y flexibilidad del estado mental.

Los conceptos de concentración y de mindfulness se diferencian en que el segundo se centra en la observación de patrones de pensamientos, sentimientos y/o emociones situándolos en un primer plano de consciencia, mientras que la primera es una capacidad en sí misma sin necesidad de ser llevada a un plano consciente para ser alcanzada.

Funcionamiento:

La mayoría de las técnicas terapéuticas se centran en disminuir la intensidad de la experiencia vivenciada como negativa por el paciente. Las técnicas enfocadas a la atención plena tienen como objetivo trabajar el aumento de la capacidad de tolerancia a la misma. Para ello, los *insights* claves que se pretenden conseguir en la práctica del *mindfulness* son: el sentido de impermanencia, de insatisfacción, así como el de no existencia de un *self* separado que permanezca o sea inmutable.

Otro punto importante es que con frecuencia no se discierne correctamente entre dolor y sufrimiento al referirnos a una experiencia o emoción negativa. La realidad es que el dolor, cuando se siente, es inevitable a diferencia del sufrimiento, que puede ser opcional. Lo que hace que una experiencia dolorosa, ya sea en el plano físico o emocional, se convierta en sufrimiento es la reluctancia que mostramos ante ella, de manera que en la ecuación dolor por resistencia el resultado es el sufrimiento (Siegel, 2005). Como se ha comentado anteriormente, la tendencia habitual a tratar de hacer una reducción sintomática lleva, finalmente, a generar un apego hacia la misma en una búsqueda incesante por tratar de controlar el problema. Este funcionamiento realmente desencadena un incremento negativo de la experiencia desagradable. Por ello, la atención plena se centra en trabajar la disminución de esa resistencia, potenciando el desarrollo de una actitud basada en el incremento de la tolerancia al problema, y favoreciendo con esto la capacidad de regulación emocional. Es decir, con la atención plena conseguimos disminuir el pensamiento discursivo sobre el pasado y el futuro, con lo que facilitamos el acceso a la experiencia presente antes de que ésta sea mentalizada explícitamente posibilitando, al mismo tiempo, este hecho.

B. Objetivos

¿Por qué trabajar con atención plena y mentalización en la práctica clínica? Lo que habitualmente observamos ante situaciones de apego inseguro y/o trauma, es que la capacidad creativa para poner en marcha nuevos modelos

internos en función de la información nueva, o incluso para considerar las experiencias desde distintas perspectivas, se anula y finalmente no se producen interpretaciones alternativas de la vivencia favoreciéndose el atrape por ésta. Esto ocurre en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria poniéndose de manifiesto a través de sus síntomas nucleares. En relación a lo anterior, el trabajo con atención plena y mentalización tiene entre sus objetivos:

- Funcionar como proceso de desinmersión de la propia experiencia interna y externa, a través de la reinterpretación y la creación de nuevas representaciones de esa experiencia subjetiva en nosotros mismos y en los demás (Wallin, 2012). Es un proceso por el cual podemos modificar de manera más consciente conductas, cogniciones y emociones aprendidas de un modo automático, fundamentalmente a través de la ayuda de la metacognición (pensar sobre nuestros propios pensamientos) y al darnos cuenta de cómo la mente puede mediatizar las experiencias.
- Favorecer el trabajo de *insight*: a través de la terapia, el terapeuta es capaz de mentalizar, es decir, tener en su mente la mente del paciente, y con ello ayuda al paciente a aprender y potenciar una postura mentalizadora. No obstante, es preciso que la relación terapéutica se establezca a través de una relación vincular de apego seguro, ya que de esta forma el paciente puede reestructurar su proceso de mentalización implícita (interpretación de señales afectivas no verbales) y explícita (interpretación de recursos lingüísticos) aprendiendo un nuevo modelo de interacción, evitando así la transmisión intergeneracional del patrón de apego inseguro previamente interiorizado y repetido de forma automática en sus relaciones presentes.
- Favorecer la regulación emocional: el trabajar la capacidad de situarse en el momento presente de una forma consciente y con aceptación induce un estado de tranquilidad que al mismo tiempo ayuda a integrar afectos y emociones vinculadas a tiempos pasados (asociados con sentimientos depresivos) o

futuros (asociados con sentimientos de ansiedad). Con ello el paciente aprende a desactivar sus defensas ante los acontecimientos traumáticos que son las que perpetúan el sufrimiento. A nivel metafórico lo vemos representado en el proceso de respiración, que nuestro cuerpo realiza de forma automática. Cuando llevamos la atención a este punto de manera consciente somos capaces de modificar los parámetros respiratorios de ritmo e intensidad, de igual forma ocurre cuando somos capaces de tomar consciencia de nuestras emociones. Es por esta razón que la respiración es un trabajo empleado en la práctica de la atención plena.

CASO CLÍNICO A MODO DE ILUSTRACIÓN

Se trata de una adolescente de 14 años de edad en el momento de ingreso, 15 años al alta, que ingresa por pérdida de peso desde agosto 2014 y más acentuada desde principio de mes de diciembre de 2014. Aunque siempre ha tenido muy bajo peso, a lo largo de la última parte del año 2014 esta pérdida se ha incrementado, hasta el punto de que en los últimos cinco meses ha llegado a perder un kilo por mes, alcanzando los 26 kilos en el momento de ingreso, lo que denota un estado de desnutrición muy severo. A pesar de que la paciente y el entorno familiar son conscientes de esa pérdida así como de las consecuencias de la misma, y de estar en seguimiento en salud mental no ha sido posible, en tratamiento ambulatorio, revertir la situación de pérdida progresiva por lo que se indicó el ingreso hospitalario.

En la entrevista de ingreso la paciente se mostró desafiante y negativista. Aunque reconocía su situación de desnutrición la relacionaba con su tristeza y consideraba que estar ingresada solo iba a empeorar esa situación. Por su parte los padres hacen referencia a varios aspectos que han influido en la pérdida ponderal centrándolos principalmente en el aumento de los requerimientos académicos y el hecho de tener nuevas amigas adolescentes. Comentan además que desde las navidades existe un

empeoramiento de los síntomas depresivos: llanto, irritabilidad y hostilidad con heteroagresividad física hacia la madre, aunque sin ideas de muerte o autolíticas. La relación familiar parece disfuncional en diversos aspectos, pero especialmente se observan rasgos conflictivos en la relación materno-filial.

En el momento del ingreso, no presenta enfermedades somáticas de interés patológico así como tampoco hábitos tóxicos. Hace tres años presentó cefaleas tensionales y vejiga neurógena que fue tratada con técnicas de biofeedback. Mide 1.56 m y pesa 26,0 kg. Con un IMC 10.8.

La historia psicobiográfica comienza con un embarazo normal medicamente controlado y deseado. El parto fue programado por cesárea con un peso de 3 kg 200 gr. Lactancia materna durante el primer año de vida. Dificultad importante para consolarse en momentos de angustia o llanto. Múltiples rabietas. Hitos del desarrollo psicomotor dentro de los intervalos establecidos. La madre refiere que siempre le ha sido muy difícil vincularse con su hija, le describe como “una chica muy complicada”, y posiblemente debido a ello el padre ocupa un lugar central en la crianza y educación de la hija. La madre atiende más a aspectos académicos.

Durante la primera infancia nunca jugaba con sus juguetes, los pedía pero luego no los usaba. Los padres refieren conductas peculiares ya en el inicio de la pubertad como no tirar de la cadena o tirar las toallas al suelo, que se mantienen todavía aunque han mejorado en el último año. No otros rituales ni obsesiones. No tics.

A los 10 años refieren sus padres que inicia cuadro depresivo, con heteroagresividad física hacia objetos y hacia otras personas, lo ponen en relación con la concomitancia diagnóstica de enfermedad del hermano – Enf. de Asperger-. Es en este punto cuando inicia seguimiento en consultas externas de salud mental (con la misma terapeuta que el hermano) y tratamiento farmacológico con antidepresivo, aunque refieren con escasa adherencia. Al poco tiempo fue diagnosticada de anorexia nerviosa a raíz de un ingreso hospitalario

durante tres semanas con seguimiento posterior durante siete meses en Hospital de día de ese mismo hospital. En ese ingreso se hipotetizó acerca de que la causa del trastorno estaba en relación con un cuadro depresivo cuyo precipitante coincidiría con el diagnóstico del hermano mayor. Actualmente seguimiento en consultas externas de su centro de salud mental de referencia.

Cursa 3° de ESO y ha cambiado de centro escolar en una ocasión porque, según refieren, los compañeros la estigmatizaron por el ingreso en psiquiatría a los 10 años de edad. Rendimiento académico bajo, los padres refieren que no se esfuerza y que es muy vaga. La madre se encarga de realizarle los deberes y trabajos académicos como intento de negociación para que coma.

Respecto a la estructura del sistema familiar, comentar que es la menor de un sistema fraternal de dos hermanos (hermano mayor de 18 años). Convive con ambos padres y su hermano en el domicilio familiar. La madre es licenciada en farmacia y regenta su propio negocio como autónoma, se encarga de una farmacia situada en una localidad cercana al núcleo urbano donde reside.

El padre es médico en un centro de salud y ambos se encuentran trabajando de forma activa. La paciente refiere un clima familiar con mucha tensión “desde siempre”, con una dinámica familiar muy compleja en la que se aprecia una asimetría muy importante con respecto a la vinculación madre/ padre. Refiere un apego inseguro evitativo gestado en el seno de relaciones disfuncionales que se perpetúan de forma transgeneracional, pues parece existir un conflicto abierto entre la madre la paciente y su propia madre, donde actualmente no existe relación ya que esta está truncada desde hace muchos años.

Encontramos antecedentes de patología en la esfera mental entre varios de los familiares de la familia extensa, en concreto la abuela paterna y un tío materno presentan rasgos de tipo aspergeriano. Otro hermano de la madre presenta problemática relacionada con el consumo abusivo de alcohol. La madre se encuentra actualmente en tratamiento antidepressivo y seguimiento psicológico de

forma privada desde 2010, coincidiendo con el inicio de la patología en ambos hijos. Desde el principio del ingreso se marcaron los pesos saludables a ir alcanzando por etapas durante el tiempo de evolución clínica que finalmente ha durado tres meses.

El comportamiento y actitud de la paciente siempre ha sido negativista y en ocasiones desafiante con respecto a las propuestas de ayuda, oscilante según los intervalos de forma que incluso ha llegado a reconocer la mejoría anímica secundaria a la renutrición.

En ningún momento se apreció distorsión del esquema corporal pero sí sobrevaloración de los cambios acontecidos. Presentó una gran dificultad para concretar a nivel emocional los sentimientos que tenía, y tiende a expresar las emociones a través de la conducta o bien a través del cuerpo. Admite que en sus relaciones con los demás en muchas ocasiones se comporta “como sí..., pero no”, demostrando actitudes y gestos que no concuerdan con su vivencia interna de la situación. Respecto a ella misma, dice que a lo largo del ingreso se siente “rara...al principio era como una fiera enjaulada...ya no me siento así”. Señalamos que su estado anímico está relacionado en una parte importante con su estado nutricional.

Se intentó potenciar la relación con la madre a través de un programa basado en cuidados materno-filial durante las visitas, pero sin grandes progresos. La relación con la madre la describe como muy disfuncional “no consigo conectar con ella”, “noto que se aparta...no hay conexión...me habla de cosas tuyas...y no siento que entienda cómo me siento ni lo que me pasa...con mi padre es diferente”, “Mi madre no ha querido ver lo mal que estaba hasta que mi padre no se ha alarmado”.

Reconoce que durante las visitas y salidas siguen discutiendo, relegando al padre a una situación satélite en el enfrentamiento entre ambas. En otras ocasiones dejan entrever una clara coalición entre la hija y el padre en contra de la madre. La relación con el hermano es principalmente indiferente durante todo el ingreso. La paciente se presenta ante los padres con una actitud victimista y pasiva, tratando de externalizar y delegar en ellos toda responsabilidad sobre el proceso.

Éstos tratan de sostenerla con gran dificultad para establecer una contención emocional suficiente.

En el manejo de la situación clínica la paciente ha requerido sondaje nasogástrico derivado de la conducta ambivalente que ha presentado la paciente durante todo el proceso terapéutico. Con todo, la evolución ha sido lenta pero progresiva, con mejora de su estado anímico a partir de la mejora del IMC, que al alta alcanza una cifra de 14,48.

En este caso clínico llaman la atención varios aspectos que ilustran de algún modo los conceptos teóricos previamente desarrollados:

Relaciones vinculares

En la relación vincular, el padre se muestra cercano a la hija (a nivel no verbal le coge de la mano, le acaricia y le acoge en su seno durante las entrevistas), se encuentra angustiado por la propia angustia de su hija y le devuelve esa misma imagen que finalmente no resulta del todo contenedora.

Igualmente la madre muestra gran angustia ante la situación de desbordamiento emocional de la hija intentando contenerse a ella misma y tratando de hacer aproximaciones afectivas sin éxito. Impresiona de una vinculación en alguna medida insegura ambivalente quizás con el padre y más evitativa en la relación materno-filial.

Dificultad para el contacto con experiencias internas y regulación emocional

Resulta significativo cómo pasa de un estado de hiperactivación emocional hacia un estado de absoluta calma ante la presencia de otros cuando se le acoge en su malestar y se valida su sufrimiento. Impresiona de un gran vacío interior, utilizando los síntomas alimentarios como respuesta reactiva a un proceso de escisión interna.

En los meses previos al ingreso refiere que se encontraba "muerta en vida", confusa ante la situación vivencial y con ideas pasivas de muerte recurrentes. No ha llegado a realizar ningún *acting* y comenta que su mejor amiga es la persona que siempre le ha contenido en

el origen de su enfermedad pero cuando tratamos de abordarlas se muestra evitativa y con gran indeterminación en el relato de las mismas, como si no pudiese acceder a ellas.

Relaciones familiares disfuncionales y perpetuación de patrones intergeneracionales.

La situación en casa se había hecho muy complicada ya desde hacía mucho tiempo. Comentan que se había negado a realizar diversas ingestas y su dieta era muy restrictiva (patata, arroz y pasta), tratando de controlar todo lo que se cocinaba así como que estaba muy pendiente de los alimentos que se incluían en las comidas.

La madre señala en varias ocasiones que la relación entre ambas no ha sido nunca buena "ella me acusa de haberle abandonado por preocuparme por su hermano...me ha esclavizado", las discusiones eran frecuentes, e incluso cuando tenían que ver con su hermano ella acababa participando en rol de parentificación, pero no ocurría igual si la discusión tenía que ver con ella, pues éste nunca se involucraba.

Por otro lado, el padre señala aspectos ansiógenos del carácter de la madre como "miedos irracionales por cosas triviales", que al mismo tiempo juzga como responsables del carácter y actuaciones de su propia hija.

Expone que el parecido entre madre e hija es muy grande a nivel caracterial, un patrón que se repite entre la abuela materna y la madre de la paciente de la misma manera.

Por todo lo anterior, desde una perspectiva sistémica se podría hipotetizar que la anorexia juega un papel en el mantenimiento homeostático del sistema familiar, de forma que si la relación materno-filial ha permanecido estable hasta el momento del diagnóstico del hermano, ese giro de la madre hacia el cuidado del hijo enfermo ha podido hacer que la hija gire hacia el padre y en un intento de volver a reestablecer esa proximidad ante el miedo al abandono, enseña al padre a controlar a la madre a través del conflicto alimentario.

CONCLUSIONES

A lo largo del proceso de estudio de los conceptos que interrelacionan el trauma de apego y los trastornos de la conducta alimentaria se han podido responder algunas de las preguntas que desde un inicio motivaron el desarrollo de este trabajo. Una de las principales, desde mi punto de vista, hace referencia al impacto que tiene la aplicación del trabajo terapéutico en el abordaje de este tipo de enfermedades, tratando de entender la base etiológica que los sustenta así como las evidencias científicas que soportan el trabajo clínico.

Varias son las conclusiones que pueden desarrollarse a partir de lo expuesto en páginas anteriores. Para empezar, el descubrimiento del sistema de apego como un diseño biológico constituido para adaptarnos estratégicamente al entorno en el que nos encontramos, podría considerarse un importante hallazgo en el conjunto de las capacidades de supervivencia que tienen los animales, y entre ellos, el ser humano. Como seres sociales, necesitamos de la interrelación con los demás para poder constituirnos como personas y poder sobrevivir ante las circunstancias hostiles y adversas del medio. La investigación en este campo a lo largo de los años ha ido arrojando resultados muy significativos de cara a la comprensión de la esfera relacional, emocional, cognitiva y conductual a través de los conceptos establecidos en la teoría del apego. Así, la relación vincular con la figura de referencia, por tanto cuidadora desde nuestro nacimiento, modela nuestra experiencia de aprendizaje de una forma dinámica e interactiva.

Pero, ¿cuál es la importancia real de este tipo de relación? Las repercusiones que se atribuyen a la misma van más allá de la simple supervivencia, éstas influyen también en la organización estructural y neuronal de nuestro cerebro, que a su vez determina nuestras capacidades elaborar una estructura dimensional sobre nosotros mismos, es decir, una identidad desde la que explorar y ser conscientes tanto de nuestras experiencias internas comparativamente con las externas, así como también sobre las de los demás.

Cuando esa relación vincular se establece sobre una base de seguridad entre la figura de apego y el sujeto en cuestión, se hace más complejo que se creen disfuncionalidades y se desarrolle psicopatología a lo largo del proceso evolutivo.

Pero, ¿qué ocurre en entonces con el vínculo en los individuos que experimentan trastornos de la conducta alimentaria? Inicialmente, la problemática de este tipo de trastornos parece responder a un componente de orden multidimensional, esto es, diversos factores de riesgos incidentes en la configuración del proceso de enfermedad. En la base de todos estos aspectos incidentes se encuentra una relación de apego truncada constituida a partir de mecanismos defensivos de tipo evitativo o ambivalente por parte del individuo afecto. Estamos hablando de un patrón de apego inseguro, que se define por una vivencia angustiada del bebé con respecto a su figura de referencia, a quien vivencia como un ser temeroso, peligroso y confuso que, lejos de ofrecer una seguridad a las necesidades que ese bebé espera obtener, lo que infunde es inseguridad. Para ello, este tipo de individuos se organizan defensivamente con el fin de poder autoprocursarse una falsa sensación de seguridad con la que sobrevivir en el medio hostil. Los que tienen como base el patrón de apego inseguro evitativo tratan de evitar las experiencias emocionales próximas para no sufrir angustia, mientras que los que tienen desarrollado un patrón de apego ambivalente desarrollan estrategias de aproximación permanente para evitar el abandono y reasegurar su vinculación.

Este tipo de patrones vinculares da paso al desarrollo de las alteraciones psicopatológicas nucleares de los trastornos de la conducta alimentaria.

Por otra parte, se ha evidenciado que existe una transmisión intergeneracional de los estilos de apegos de padres a hijos y de éstos a las siguientes generaciones. No obstante, esto no implica que no se puedan generar cambios en los mismos, basados fundamentalmente en experiencias que favorezcan lecturas alternativas de los mismos, como sucede con la psicoterapia.

Por tanto, ¿cuál es el impacto del abordaje terapéutico? Lo que nos encontramos en la práctica clínica son personas con relaciones vinculares disfunciones, y con habilidades muy primarias así como estrategias defensivas poco elaboradas para enfrentarse a las distintas experiencias de su mundo interno y externo.

No han desarrollado un proceso reflexivo suficiente que les permita diseñar estrategias alternativas a los modelos de aprendizaje previamente adquiridos, en otras palabras, no ha sido mentalizados o lo han sido parcialmente. Es como si las plantillas que han heredado en la relación con su figura de apego no pudiesen actualizarse.

Por todo eso, se ha observado que el trabajo terapéutico de cualquier índole sobre la base de una relación de apego seguro puede ayudar a la persona a reescribir su propia biografía, metafóricamente hablando. Pero son especialmente interesantes los aportes que nos ofrece la teoría de la mentalización y la atención plena. El proceso de mentalización propone una mirada hacia nuestro propio self permitiéndonos establecer relaciones de intersubjetividad posteriores.

La mentalización viene dada por la capacidad que las figuras de referencia tengan para establecer en su mente la mente del bebé como entidades separadas y así ayudar a éste a realizar este mismo proceso a lo largo de su desarrollo.

La capacidad de atención plena, por su parte, consiste en la habilidad para mantener el foco de atención en nuestros pensamientos, emociones y sentimientos con una actitud de amabilidad y sin juzgar.

Amas fórmulas, aplicadas a la terapéutica clínica permiten tomar consciencia sobre la problemática del trastorno, es decir, ampliar la capacidad de *insight*; desechar y reconstituir los modelos de previos de apego así como potenciar la capacidad de autorregulación emocional y afectiva.

Para concluir, señalar la importancia de trabajar la relación vincular terapeuta-paciente siendo capaces de construir una

relación de apego seguro, de cuidado, que ofrezca un carácter resiliente suficiente como para que éste pueda reaprender nuevos modos relacionales más adaptativos.

Sólo la comprensión y reflexión sobre estos aspectos, y la puesta en práctica de un abordaje terapéutico en la línea de lo expresado puede lograr un tratamiento terapéutico eficaz y reconfortante para ambos intervinientes.

Especialmente importante es también, en el trabajo psicoterapéutico con niños y adolescentes, el hecho de trabajar con las familias en su conjunto favoreciendo un reajuste de sus dinámicas relacionales que en gran parte de los casos son disfuncionales.

De esta manera, se espera que puedan encontrar, a través de la terapia y de las experiencias compartidas, nuevos aprendizajes y herramientas con los que conseguir autorregularse como sistema, y de igual manera, establecer un flujo comunicacional sano entre los diferentes subsistemas configuracionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AA.VV. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guías de práctica clínica en el SNS*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya

Barudy J, Dantagnan M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

Bateman AW, Fonagy P, editors. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2012

Bowlby J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.

Delvecchio E, Di Risio D, Salcuni S, Lis A et George C. *Anorexia and attachment:dysregulated defense and pathological mourning*. *Frontiers in Psychology*. 2014.

Díaz Atienza, J; Blánquez Rodríguez, MP. *El vínculo y psicopatología en la infancia: Evaluación y tratamiento*. *Revista de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. 2004; 4 (1), 82-90.

O'shaughnessy R, Dallos R. *Attachment Research and Eating Disorders: A Review of the Literature*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2009; Vol 14(4): 559–574. DOI: 10.1177/1359104509339082

Rothschild-Yakar L, Levy-Shiff R, Fridman-Balaban R, Gur E, Stein D. *Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior*. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198:501–507.

Selvini, M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Selvini, M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Siege DJ. (2012). *El cerebro del niño*. Barcelona: Alba.

Siegel, RD. (2005). *Psychophysiological disorders: Embracing pain*. En C. K. Germer, RD Siegel et PR. Fulton (eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (p182). Nueva York: Guilford Press.

Tasca GA et al. *Neglect Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: A structural equation model*. *Child Abuse & Neglect* 37 (2013) 926–933

Tasca GA, Balfour L. *Attachment and eating disorders: a review of current research*. *Int J Eat Disord* 2014; 47:710-717.

Wallin, DJ. (2012) *El apego en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Zachrisson H, Skarderud F. *Feelings of Insecurity: Review of Attachment and Eating Disorders*. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 18 (2010) 97–106.