

# El vínculo de apego y la Psicoterapia Breve

## *The attachment bond and brief psychotherapy*

**María Jesús Rodríguez Marcos**

Psicóloga con Habilitación Sanitaria

### **Resumen**

Los primeros vínculos de apego se forman hacia los seis o siete meses, ningún ser humano nace con la capacidad de regular sus propias reacciones emocionales. Apego significa establecer una relación que permita señalar contención, regulación, proximidad...requiere que exista un componente con una base segura. Los requisitos fundamentales para constituir un vínculo de apego son el contacto piel a piel y la regulación/adaptación. Los factores importantes en la determinación del vínculo seguro son la actitud positiva hacia el bebé, la sensibilidad a sus necesidades, la interacción sincronizada y sintonizada con él, el apoyo emocional y la empatía. Se forma siempre en un patrón de regulación del estrés.

Es muy importante saber que el sistema inmunológico psicológico está mediado a través del afecto, que el miedo y la baja autoestima muchas veces están producidos por la falta de seguridad y que igualmente, una buena capacidad para reflexionar sobre nosotros mismos (reflexividad) proviene de un buen apego y es el síntoma de una sana salud mental.

Se puede desarrollar apego tanto a una figura cuidadora como a una figura no cuidadora o maltratadora.

Se da la transmisión generacional del apego, pero existen factores de protección y/o tratamientos terapéuticos que permiten convertir y/o modificar una vía insegura en segura.

*Palabras clave: Apego, Vínculo, Regulación, Sintonía, Reflexividad*

## **Abstract**

The first attachment bonds are formed around six or seven months, no human being is born with the ability to regulate their own emotional reactions.

Attachment means establishing a relationship that allows for containment, regulation, proximity ... it requires that there be a component with a secure base. The fundamental requirements for a bond of attachment are skin-to-skin contact and regulation / adaptation. The important factors in determining the secure bond are positive attitude towards the baby, sensitivity to his needs, synchronized and attuned interaction with him, emotional support and empathy. It is always formed in a stress regulation pattern.

It is very important to know that the psychological immune system is mediated through affect, that fear and low self-esteem are often caused by lack of security; and that likewise, a good capacity to reflect on ourselves (reflexivity) comes from a good attachment and is the symptom of a healthy mental health.

Attachment can develop both to a caring figure and to a non-caring or abusive figure.

There is generational transmission of attachment, but there are protective factors and / or therapeutic treatments that make it possible to convert and / or modify an unsafe way into a safe one.

*Key words: Attachment, Bond, Regulation, Attunement, Reflexivity*

## INTRODUCCIÓN

"Lo que por motivos de conveniencia denomino **teoría del apego** es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva" John Bowlby, 1973

## ACLARACIONES SOBRE EL CONCEPTO DEL APEGO

Los primeros vínculos de apego se forman hacia los seis o siete meses. La importancia del apego en la conducta del niño es muy importante, por cuanto, un niño puede morir por no disponer de una figura de apego. Los autores más relacionados con el estudio del apego sostienen que ningún ser humano nace con la capacidad de llevar a cabo su regulación emocional, es solo a través de la figura del/ de la cuidador/a como se constituye un sistema regulador diádico. El cuidador ayuda al bebe a recuperar la homeostasis interna cuando éste rompe a llorar intranquilo o abrumado por la sobreestimulación del medio externo.

Estas experiencias serán integradas por el bebe cuando vaya desarrollándose, es un conocimiento que será agregado a sus sistemas representacionales en lo que Bowlby denominó "*Internal Working Models*".

Se entiende el apego como un concepto restringido, como un subconjunto de los vínculos, no todo vínculo afectivo es un vínculo de apego. El apego es una subcategoría de los vínculos afectivos. Se da entre los niños y sus padres y entre las parejas; y no hay más apegos, quizá con las educadoras escolares. Por ejemplo, si el abuelo ve al niño los fines de semana se puede tener un buen vínculo afectivo, pero no un vínculo de apego.

Apego significa establecer una relación que permita señalar contención, regulación, proximidad; requiere que exista un componente con una base segura. Hay maestros que son una base segura, sin embargo, eso no necesariamente implica un vínculo de apego, la base segura no es lo mismo que el apego. Ser base segura es muy importante, pero no suficiente.

Por tanto, qué requisitos fundamentales deben darse para constituir un vínculo de Apego:

- Contacto piel a piel

El niño necesita sentirse protegido y contenido con otra persona, es una necesidad intrínseca, evolucionista que necesita apegarse a un adulto más grande y más sabio que él. Los bebes lo primero que hacen es empezar a escanear el ambiente y cuando encuentran la expresión facial de otro adulto ahí se quedan. Disminuye el llanto cuando aparece la cara. Es una necesidad biológica de buscar contención.

- Regulación-Adaptación

La regulación se entiende como homeostasis, niveles que le permiten la autoorganización de su sistema. Necesita buscar estrategias adaptativas para regular sus niveles cuando se desajustan. Cuando tenemos miedo los seres humanos vamos hacia otros seres humanos. La forma que tenemos de mantener la homeostasis es estar en continua interacción con otros seres humanos. Esta estrategia indica que hay que vivir con otros seres humanos. En términos evolucionistas significa que el ser humano busca vínculos sensibles, continuos, estables y predecibles a través del tiempo. Las estrategias terapéuticas persiguen restablecer en el niño esta búsqueda de vínculos, la mentalización, la regulación; mecanismos para la adaptación vincular.

Para sintetizar diré que en toda la literatura existente suelen destacarse los siguientes como factores importantes en la determinación del vínculo seguro:

- Actitud positiva hacia el bebé, los padres manifiestan emociones positivas al hablar o pensar en el niño.
- Sensibilidad a sus necesidades, en un principio se trata de sus necesidades más fisiológicas, aunque luego irán incorporando la atención a las psicológicas.
- Interacción sincronizada con él.
- Apoyo emocional y empatía.
- Entablar conversaciones significativas con los hijos, en las que se aborden temas interpersonales.

Es un proceso que tiene que ver con:

1. La duración en el tiempo de estar con otra persona, el tiempo es importante en el desarrollo del apego.
2. Cierta estabilidad en el desarrollo del apego y la especificidad, el apego se da con pocas personas, el vínculo afectivo es otra cosa más amplia y se da con muchas personas más.
3. El apego se forma siempre en un patrón de regulación del estrés. Es un tipo de condición que se da cuando un niño siente malestar, la calidad del apego está determinada por la capacidad del adulto para leer adecuadamente ese estrés. Para que haya apego tiene que haber estrés. Los adultos no tienen apego con sus hijos, la regulación es solo para los niños, de lo contrario sería inversión de roles. Si un padre juega con el niño es vínculo afectivo y sintonización pero NO APEGO. Si el niño se enoja, no quiere seguir jugando y el padre le calma, ahí sí hay APEGO. Cuando un niño está estresado va (mira, se dirige) hacia su figura de apego para que le calme.

APEGO ACTIVADO → EXPLORACIÓN DESACTIVADA

APEGO DESACTIVADO → EXPLORACIÓN ACTIVADA

Cuando uno está tranquilo puede explorar, el apego está desactivado (funciona para todo el ciclo vital), pero si el niño no ve a la madre, se le activa el sistema de alarma, se activa el apego y automáticamente se desactiva la exploración, tiene que ir en búsqueda de su madre. Si la encuentra, todo vuelve a la tranquilidad y a jugar.

Algunos aspectos importantes que caracterizan el sistema de apego son los siguientes:

- Nunca se termina el apego, se es autónomo pero nunca independiente. Caracteriza a los individuos desde la cuna hasta la tumba.
- El sistema inmunológico psicológico está mediado a través del afecto. La capacidad de relacionarnos en nuestra vida adulta, además de por otros factores, está marcada por el apego de nuestra infancia, el patrón de apego que desarrollamos es muy importante, pues ese patrón suele tener mucha estabilidad a lo largo del tiempo; aun cuando éste es un aspecto controvertido y en plena fase de investigación en el área de la teoría del apego.
- El miedo y la baja autoestima muchas veces están producidos por la falta de seguridad. La seguridad, a su vez, proviene de un apego seguro. Estar bien apegados correlaciona entonces con tener una buena autoestima.
- Igualmente, una buena capacidad para reflexionar sobre nosotros mismos proviene de un buen apego y es el síntoma de una sana salud mental; de hecho, una de las finalidades de la psicoterapia es conseguir que tengamos representaciones sobre nuestra propia vida psíquica, es decir, hacerla consciente. En la teoría del apego las defensas están más en el terreno de lo interpersonal que en lo intrapersonal.

## **ANÁLISIS SOBRE EL APEGO HECHOS POR DISTINTOS AUTORES**

### **Mario Marrone**

El Doctor Mario Marrone es un prestigioso psicoanalista que estudió la teoría del apego con John Bowlby durante un período de diez años en la Clínica Tavistock de Londres. El ha sido autor de uno de los manuales que explora la teoría del apego de forma más profunda y ofrece un amplio estudio comparativo entre la teoría del apego y el psicoanálisis tradicional. De la lectura de reseñas bibliográficas escritas por él y colaboradores aporto a continuación las diferencias significativas entre los enfoques de Bowlby y Freud.

La primera es que Bowlby postula ya la importancia de incluir entre las pulsiones principales, a las ya estudiadas por el psicoanálisis, la del apego, por cuanto es una motivación de importancia trascendente, más allá de la estricta necesidad de alimentación, más allá de los postulados de la etología:

'Lo esencial del paradigma propuesto por Bowlby es que supone que los dolores, alegrías y el significado del apego no pueden ser reducidos a una pulsión secundaria. Su intención era postular un nuevo concepto de

conducta pulsional dentro de la cual la necesidad de formar y mantener relaciones de apego es primaria y diferenciada de la necesidad de alimentación y de la necesidad sexual” (Marrone, Mario, 2001. pp. 33 y 34).

El modelo de Bowlby difiere del modelo de Freud en tres aspectos:

*“En el modelo de Freud, el apego es secundario con respecto a las gratificaciones oral y libidinal. En el modelo de Bowlby, el apego es primario y tiene un estatus propio.*

*En el modelo de Freud, el niño se halla en un estado de narcisismo primario, cerrado con respecto a los estímulos del mundo externo... En el modelo de Bowlby, el individuo está activamente comprometido desde el principio en un contexto intersubjetivo...*

*En el modelo de Freud, la conducta pulsional es activada por una carga de energía que, una vez incrementada hasta cierto nivel, necesita descargarse. En el modelo de Bowlby, la conducta pulsional es activada tanto por condiciones internas como externas cuando la función que cumple es requerida” (Marrone, Mario, 2001. pág. 36).*

Bowlby propuso un modelo evolutivo alternativo a los ya existentes de la evolución por las fases de la libido y al modelo kleiniano (de posición esquizo-paranoide a posición depresiva). Estableció cinco sistemas conductuales (encargados de la satisfacción y regulación de las necesidades básicas): Apego, Afiliación, Alimentación, Sexual y Exploratorio.

*“La teoría del apego reconoce el hecho de que el modelo de interacción entre el niño y sus padres (que tiene lugar en un contexto social) tiende a convertirse en una estructura interna, o sea, en un sistema representacional”. Los modelos representacionales se construyen en la experiencia de estar con los cuidadores en edades tempranas y a lo largo de la niñez y adolescencia. Tienden a fijarse en estructuras cognitivas estables. Bowlby (1988) dijo que existe una fuerte evidencia de que la forma que adquieren estos modelos operativos internos está basada en las experiencias reales de la vida del niño, es decir, de las interacciones día a día con sus padres” (Marrone, Mario, 2001. pág. 44).*

La angustia que provoca este tipo de relaciones de apego es, por tanto, la angustia a la separación, a la pérdida y a la inseguridad.

El modelo propuesto por Bowlby es evolutivo, de hecho él utiliza el término “vías evolutivas” para referirse a los distintos caminos que va recorriendo una persona desde que nace; es un camino en el que el sujeto interactúa con el medio; explica que existen dos vías fundamentalmente la vía episódica (lo visto, lo oído por el niño) y la vía semántica (lo que le es dicho al niño por los padres a través del lenguaje). La psicopatología no es el resultado de una fijación o regresión, sino el desajuste en esas vías evolutivas y puede pasar que el camino de inicio se retrasa o no es el correcto al comienzo, o bien durante el transitar se produce algún hecho traumático que trunca ese avance. Se observó que lo que más determinaba la evolución correcta por ese camino era la respuesta sensible del cuidador, resultado de las investigaciones llevadas a cabo por Mary Ainsworth.

El concepto de "Modelo Operativo Interno de Trabajo" es fundamental en la Teoría del Apego, hace referencia a los esquemas representacionales cognitivos de la experiencia subjetiva y del individuo, se refieren a sí mismo, al otro y a la relación con el mundo. Se adquieren por las propias experiencias y vivencias del niño en la interacción con sus padres. Son esquemas que se perpetúan y que responden básicamente a dos criterios: si la figura de apego se representa como una figura protectora y si el niño se juzga a sí mismo como alguien a quien en una situación de peligro la figura de apego pueda protegerlo. Este concepto de Modelo Operativo Interno de trabajo, es análogo al concepto psicoanalítico de la representación del self y del objeto. Proporciona reglas para organizar la atención, la memoria, el pensamiento y el lenguaje. El grado de claridad y coherencia con la que una persona narra la historia de sus relaciones de apego es un indicador del grado de desarrollo de su capacidad reflexiva.

Bowlby recupera el reconocimiento que sí había hecho Freud de que la relación del niño con la madre es única y que puede ser el prototipo de las posteriores relaciones amorosas en ambos sexos. También reconoce que el amor existente dentro de la relación entre el niño y la madre va más allá de la función nutricional y que el sentimiento de sentirse cuidado repercute directamente en el narcisismo; sin embargo, Freud lo valoraba desde el punto de vista filogenético y no le otorga tanta importancia a la relación de apego que Bowlby le dio desde el punto de vista de las ideas darwinianas de adaptación y sobrevivencia.

La Teoría del Apego es entonces un modelo que relaciona eficazmente el funcionamiento afectivo, cognitivo y de relación.

### **Stephen Mitchell**

Ha sido uno de los representantes más lúcidos del psicoanálisis relacional. Es el concepto de interacción el que organiza gran parte de su pensamiento. Igualmente establece una mayor simetría entre paciente y analista y promueve la escucha activa y la empatía como factores esenciales de la terapia frente a la neutralidad del analista tradicional. Mitchell dedica mucho tiempo a pensar qué es lo que a él como analista le está pasando cuando está tratando a un paciente.

Explica que el psicoanálisis ha tenido representantes que han estado dedicados a estudiar la corriente relacional, sin embargo, han quedado al margen porque estaba imperando la corriente principal psicoanalítica de los impulsos, freudiana y kleiniana, de una gran implantación.

Me interesa especialmente ver el cambio de perspectiva que significa la comprensión y la construcción del psiquismo humano desde la infancia del sujeto a través de la teoría del apego, desde el vínculo como pulsión principal del ser humano, por contraposición al análisis freudiano más tradicional, focalizado en la pulsión del deseo. Al igual que el cambio metodológico tan importante que imprime al procedimiento terapéutico. Estos son aspectos que me parecen relevantes para entender enfoques psicoterapéuticos como la psicoterapia breve.

Los enfoques que ponían el énfasis en la conducta, tales como la etología, hacían difíciles los esfuerzos por encontrar líneas de unión con variables psicodinámicas, sin embargo, Bowlby con su concepto de los "Modelos Internos de Trabajo", estaba aportando la semilla, germen para la profundización y explicación del apego desde un enfoque más subjetivo y psicodinámico. Estaba aludiendo a la representación psicológica interna que tiene el individuo de sí mismo.

La teoría del apego ha sido objeto de investigación empírica, aun cuando no haya pasado lo mismo en la práctica clínica. No obstante, se ha convertido en una teoría cada vez más estudiada y presente en autores de corriente psicodinámica, que han otorgado solidez conceptual y refinamiento a este enfoque, suficiente como para convertirlo en un marco teórico estructurado y dotado de la metodología adecuada, para llevar a cabo procesos psicoterapéuticos que permiten la integración del apego en el trabajo clínico. Por ejemplo el modelo de mentalización de Peter Fonagy.

### **Peter Fonagy**

Peter Fonagy, psicoanalista inglés, profesor de psicología de la University College London. Es un reconocido pensador e investigador que ha creado el concepto de mentalización, concepto puente que enlaza la teoría de la mente y la del apego con la teoría psicoanalítica. Escribió en 2004 un texto dedicado a profundizar en el estudio de la Teoría del Apego y a analizar las relaciones, encuentros y divergencias entre la Teoría del Apego y el Psicoanálisis. Merece la pena destacar algunos aspectos de este análisis, por lo significativo de la relación entre apego y psicoanálisis.

La diferencia más significativa entre las teorías dominantes del siglo XX y la teoría de Bowlby es la importancia que daba Bowlby al vínculo emocional y físico con el cuidador, que para los pensadores psicoanalíticos no dejaba de ser una pulsión de carácter secundario, pues la pulsión más importante era la satisfacción de las necesidades orales. Para los teóricos del apego, según Fonagy, el objetivo del apego no es la madre sino la cercanía física con ella y después otra serie de aspectos psicológicos y comportamientos evolutivos del niño como la conducta exploratoria, o el miedo, que activa los mecanismos de apego. Bowlby está influenciado en su teoría por Piaget y va evolucionando en sus conceptualizaciones hacia un modelo cada vez más sofisticado desde el punto de vista cognitivo.

Un aspecto muy importante presente tanto en de la teoría del apego como en la de las relaciones objetales es que se puede desarrollar apego tanto a una figura cuidadora como a una figura no cuidadora o maltratadora; en este último caso el sujeto desarrolla un modelo de funcionamiento interno de no merecer ser querido.

Para este autor es muy importante el estudio de los pacientes con apego desorganizado para el psicoanálisis, por el tipo de conductas que manifiestan. Los niños con comportamientos hiperactivos tienen altos niveles de cortisol salival, precisamente por el estrés; y tienen mayor riesgo de daño en el hipotálamo. El apego



desorganizado tiene una estrecha relación con la agresión infantil y crianzas realizadas en relaciones violentas y con desestructuración.

*“Habitualmente la conducta desorganizada está relacionada con factores familiares como maltrato, depresión mayor o trastorno bipolar en la figura o figuras de apego. Se ha observado una relación estrecha entre cuidador/a severamente deprimido/a y apego desorganizado (Lyons Ruth y cols, 1990).” (Fonagy, Peter. Mendiola, María Rosario. 2005)*

Se explica que como puntos de convergencia entre Freud y Bowlby se observa que ambos comenzaron sus estudios a partir de situaciones de privación y/o traumáticas que sufría el ser humano, después se le criticó a Freud por abandonar esta corriente, aunque Fonagy sostiene que en realidad Freud nunca abandonó del todo su teoría de la seducción.

El marco psicoanalítico ofreció al apego un interesante bagaje para explicar el conflicto que puede tener un ser humano ante la oposición de su deseo y la realidad, También entre ambas teorías se da como convergencia el hecho de que el niño sufre ansiedad ante la separación de la madre.

Para Freud la vida del niño comienza a tener interés para su valoración psicológica entre los tres y cuatro años, en los que se produce la fase edípica; Bowlby, por el contrario, pone el énfasis en que para el bebé es determinante la relación vincular.

Otro aspecto interesante a destacar es que hay cierta similitud entre los mecanismos de defensa descritos por Ana Freud y los patrones de apego. No obstante, el vínculo fundamental del que partía Ana Freud era una relación de carácter sexual y no de cuidado y protección.

*“Fonagy compara los mecanismos de defensa estudiados por ella con los patrones de apego. En este sentido, el autor considera que éstos son construidos por el niño para afrontar la interacción con los cuidadores, y el patrón de apego evitativo puede estar relacionado con el mecanismo de evitación descrito por Selma Fraiberg (1982)”. (Fonagy, Peter. Mendiola, María Rosario. 2005)*

Es esencial que el bebé aprenda a regular sus estados emocionales, es desde el exterior desde donde le han de llegar las primeras representaciones de los mismos. Aprende de forma vicaria observando en espejo la expresión facial y gestual así como la modulación de la voz de sus cuidadores. Este logro le capacita para una posterior autorregulación del afecto y el control de impulsos, además de ser la base para la mentalización.

Para que los procesos regulatorios se produzcan con éxito es imprescindible que además exista una congruencia razonable entre el estado mental del cuidador y el del niño. La falta de esa congruencia es de gran importancia pues puede comprometer de forma muy seria el psiquismo del niño, haciendo que se sienten las bases para generar estructuras de personalidad narcisista o borderline.

Peter Fonagy ha puesto el énfasis de su estudio en la teoría del apego y en la mentalización. Fonagy describe la mentalización como la capacidad para la representación mental del funcionamiento psicológico propio y del otro. Es en definitiva el desarrollo de la capacidad o función reflexiva, amparada en la teoría de la mente. El reconocimiento de los estados mentales del otro es la capacidad imaginativa de reflexionar sobre situaciones intersubjetivas, es una habilidad que le permite al sujeto predecir mejor las consecuencias de los eventos de interacción personal.

Cuando las figuras parentales disponen de una mayor capacidad reflexiva son más capaces de proveer un apego seguro al niño.

Fonagy formula dos consideraciones importantes respecto al apego: la primera, que la seguridad nace del hecho de experimentar el mundo interno y la segunda, que la exposición al mundo externo debe realizarse de forma gradual, según el bebé vaya teniendo capacidades exploratorias.

### **Aportaciones de Jeremy Holmes**

Otra aportación que merece la pena destacar para poner más andamiaje y comprender mejor la teoría del apego es la de Jeremy Holmes, psicoanalista británico, teórico del apego, psicoterapeuta en North Devon y profesor de Psicoterapia en la Universidad de Exeter. De este autor extraigo algunas de las ideas que me parecen más interesantes.

En la teoría del apego, descrita como un marco conceptual general, existen seis dominios principales que describen de forma muy completa las dimensiones del apego y que incluyen muchos aspectos vinculados a la práctica psicoterapéutica. Los seis dominios son:

**Base Segura:** Se refiere básicamente a la figura cuidadora a la que se dirige el bebé cuando está angustiado; inicialmente se pensó así en términos conductuales, pero posteriores investigaciones sobre el apego expresaban que:

*"La experiencia original de la **base segura** cuidador/bebé comprende: (1) una serie de conductas activadas por la amenaza (2) una respuesta a tales conductas por parte del cuidador y (3) un estado psicofisiológico que es el resultado final de tales conductas."* (Holmes, Jeremy; 2009. Pág.25)

*"Desde un punto de vista Kleiniano, si un niño puede tolerar la separación de la pareja parental y la pérdida de la posesión exclusiva de la madre que ésta conlleva, logra una perspectiva descentrada y una libertad de pensamiento esencial para el éxito interpersonal (Britton, 1998), El equivalente de este proceso desde la perspectiva del apego consiste en el establecimiento de una representación de la base segura..."* (Holmes, Jeremy; 2009. Pág.31)

En los adultos se dispone de una zona interna de Base Segura (que puede conceptualizarse como una relación de objeto) y que puede activarse mediante pensamientos, imágenes, conductas de relajación. Cueste lo que cueste debe lograrse cierto grado de seguridad.

Las variantes patológicas de la conducta de base segura incluyen conductas defensivas de acting out como atracones, abuso de sustancias, masturbación compulsiva, autolesiones etc. Las variantes inseguras son compensaciones (también defensas); adultos evitativos o dependientes, ambos con la autoestima comprometida. En las parejas cada adulto es la base segura del otro miembro.

*"El funcionamiento sano de las parejas depende de la capacidad para ver, pensar y hablar sobre sus relaciones como una entidad con derecho propio, diferente de los dos individuos que la configuran." (Holmes, Jeremy; 2009. Pág.31)*

**Exploración y Disfrute:** A los niños inseguros les cuesta jugar y la interacción amistosa, lúdica, exploratoria. Cuando hay inseguridad se inhiben las respuestas de exploración y disfrute, se activa el apego, se busca la base segura y desaparece la alegría y la tranquilidad.

**Protesta y Enfado:** La ira y la rabia surgen cuando existe una amenaza de separación, se busca que el vínculo de apego permanezca intacto. En las personas adultas, con poca capacidad para la regulación de la ira es necesario recurrir a entrenamientos en asertividad para saber reparar rupturas de forma sana y dotarles de capacidad de comunicación.

**Pérdida:** La amenaza de la pérdida es primordial en gran parte de la angustia psicológica, por eso la capacidad para saber afrontar las pérdidas y elaborar duelos es un componente esencial de la madurez psicológica y que debe formar parte de la terapia basada en el apego.

**Modelos Internos de Trabajo:** Es un constructo cognitivo, más que el mundo interno psicoanalítico, que es más afectivo. Los modelos internos comienzan a formarse desde los primeros meses de vida y se construyen según la calidad de las respuestas recibidas a las necesidades del niño. Son representaciones internas que tenemos del mundo que van facilitando la conducta adaptativa. Contienen ideas fundamentales de nosotros mismos sobre nuestra autoestima, identidad, autonomía o continuidad en el tiempo.

*"Los primeros modelos muestran una fuerte tendencia hacia la estabilidad y la autopropagación, ya que estos, muy posiblemente, determinan la forma en la que el niño experimentará después el mundo" (Marrone, 2001, pág. 75).*

**Función reflexiva y competencia narrativa:** La psicoterapia es un proceso narrativo en el que el paciente y el terapeuta desarrollan un diálogo, diálogo en el que el paciente debe reflexionar y hablar sobre su propia

vida. Hacerlo de una forma coherente es la capacidad de la función reflexiva. En la terapia un paciente aprende a ser autorreflexivo.

## PATRONES DE APEGO

Los primeros estudios que se realizaron para ver las diferencias de reacción frente al apego fueron propuestos por Mary Ainsworth. Mary Ainsworth y sus colaboradores (1978) desarrollaron un procedimiento de laboratorio, que se denominó la Situación Extraña, y que consistía en establecer dos episodios de separación entre el niño y su cuidador. Se clasifica el apego del niño según la conducta que ha manifestado durante la separación, y sobre todo, por la actitud que éste presenta en el reencuentro. La primera aproximación, la de la observación ante la situación extraña, trajo como consecuencia la siguiente clasificación:

- El apego **ansioso-evitativo** (grupo A), con conductas de distanciamiento; es interpretado como si el niño no tuviera confianza en la disponibilidad del cuidador, muestra poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con el cuidador.
- El apego **seguro** (Grupo B) se caracteriza porque aparecen conductas de exploración activa, ansiedad de separación, y reaseguramiento al volver a encontrarse con el cuidador; este Modelo de Funcionamiento Interno se caracteriza por la confianza en el cuidador.
- En la categoría **ansioso-ambivalente/resistente**, (grupo C) con conductas de protesta, el niño muestra ansiedad de separación, pero no se tranquiliza al reunirse con el cuidador, parece que hace un intento de exagerar el afecto para asegurarse la atención.
- El patrón de apego **desorganizado/desorientado**. (Grupo D), se observó en algunos niños que no podían entrar en ninguna de las categorías anteriores y posteriormente a la clasificación de Ainsworth se explicó que aquellos niños que no entraban dentro de ninguna de las categorías anteriores tenían apego desorganizado. Algunos ejemplos de esta conducta pueden ser: tener la expresión congelada o acurrucarse en el suelo inmóviles.

Evaluación del apego en adultos: Una de las primeras y más conocida forma de medición del apego es a través de "La Entrevista de Apego del Adulto (AAI)": Es un cuestionario elaborado por Mary Main, que ha alcanzado importante consideración y consiste en una serie de preguntas cuyo objetivo en palabras de su creadora era "sorprender al inconsciente". Se trata de obtener datos acerca de la historia del vínculo de apego, especialmente con las figuras parentales; interesa, sobre todo, clasificar el estado mental del sujeto en cuanto a sus vínculos. Se le pregunta al paciente, por ejemplo, que diga cinco adjetivos que describan la relación con sus padres. Se valora, en definitiva, la coherencia del discurso narrativo del paciente cuando relata experiencias relevantes de su infancia. Se observó que las personas que puntuaban alto en coherencia, presentaban un

patrón de apego seguro. De la clasificación a través de la AAI surge una taxonomía en cuatro categorías que reflejan el estado de la mente en el adulto, equivalente a las descritas por M. Ainsworth sobre la conducta en el niño, ambas son clasificaciones del campo de la psicología del desarrollo. Las categorías descritas por Mary Main son:

- **Seguro-Autónomo:** Durante la descripción de las experiencias relacionadas con el apego, el paciente mantiene un discurso narrativo coherente, está dispuesto a colaborar y comenta tanto las experiencias favorables como las no favorables del apego. Aprecia las experiencias de apego y las considera importantes para su propia personalidad.
- **Evitativo:** Describe a sus padres como normales incluso excelentes, sin embargo sus experiencias no apoyan esta tesis, hay incoherencia. Explica que las relaciones de apego no le han afectado. Utiliza frases cortas y suele presentar lagunas de memoria. Idealiza las relaciones de apego y no es capaz de proporcionar ejemplos concretos.
- **Preocupado:** Se muestra preocupado e inseguro, con miedo, enfadado, confuso, pasivo. Con un discurso largo e impreciso, incluso gramaticalmente incorrecto y explicaciones poco razonadas. Tienen a maximizar la importancia del apego y están todavía muy ligados a las experiencias del pasado.
- **Desorganizado:** Gran incoherencia en el discurso en general, al hablar de pérdidas familiares o abusos se observan grandes lapsos en el razonamiento. Pueden hablar de una persona fallecida como si estuviera físicamente viva. Suele haber experiencias traumáticas no superadas. En sus relaciones de apego infantil hay indicadores de conflicto, negligencia de progenitores, desamparo, abusos, coerción y/o conductas impredecibles para ellos.

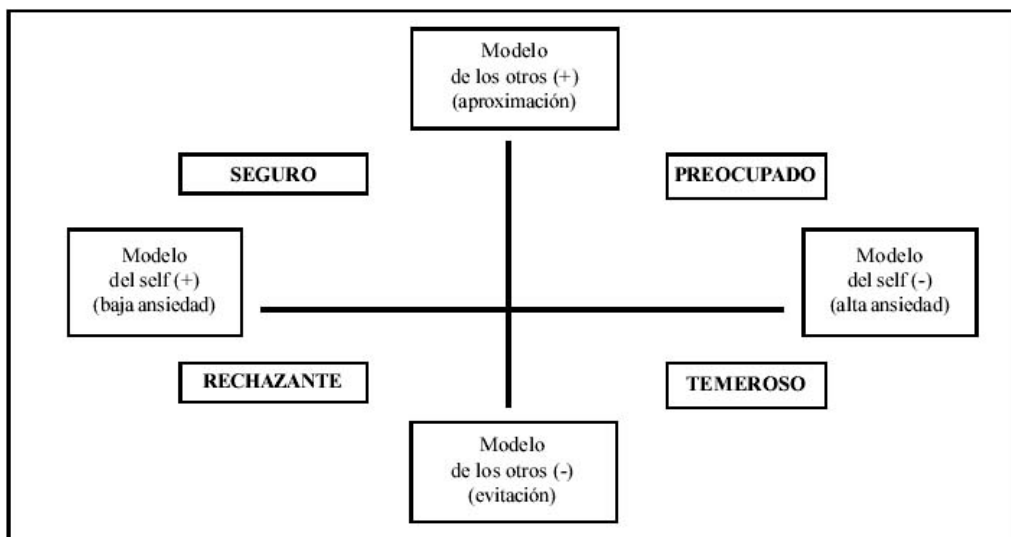
Estas investigaciones y estudios diversos sobre los estilos del apego dieron lugar a aportaciones tan interesantes a la teoría del apego como:

- Que existe transmisión intergeneracional del apego.
- Que los estilos de apego parecen mostrar vías evolutivas de desarrollo estables, lo que no significa que una vía insegura no pueda reconvertirse a una segura.
- Que la función reflexiva es la responsable de que exista un discurso coherente y que la persona sea capaz de pensar sobre sí mismo y sobre los demás.
- Que el apego seguro en la infancia se refleja a través de la competencia narrativa en el adulto. Las personas con apego seguro hablan con coherencia sobre su vida, su pasado y sus relaciones en la infancia.

- Fonagy y colaboradores concluyen en valorar el patrón de apego del niño, particularmente el desorganizado, como un factor de riesgo que unido a otras variables como la vulnerabilidad genética y tempranas experiencias traumáticas en la infancia, facilitarían el camino para el desarrollo de un futuro trastorno de la personalidad.

Estas eran las clasificaciones representacionales o categoriales, las más comunes en el estudio del apego. No obstante, hubo otros enfoques de carácter dimensional para abordar la evaluación del apego, realizados básicamente mediante cuestionarios de autorreporte y analizando el apego a partir de las relaciones amorosas. Las dimensiones estudiadas fundamentalmente fueron "ansiedad de separación" y "búsqueda de proximidad".

Otra clasificación, utiliza dos dimensiones e integra las visiones categorial y dimensional, es la línea de investigación desarrollada por Bartholomew (1990; Bartholomew & Horowitz, 1991), quienes crearon el "modelo de cuatro categorías", donde explícitamente utilizan una visión de prototipos para clasificar las orientaciones de apego de los individuos. La autora sistematizó la concepción de Bowlby de "modelos operantes" definiendo las diferencias individuales del apego adulto en términos de la intersección de dos dimensiones: modelo del self (dicotomizado en ansiedad alta o baja) y modelo de los otros (dividido en términos de aproximación – evitación):



*Figura 2*

Un modelo positivo del self y un modelo positivo de los otros. Dicotomizando cada dimensión como positiva o negativa se forman cuatro patrones prototípicos de apego. Alternativamente, la dimensión de modelo del self puede ser conceptualizada en términos de ansiedad (alta - baja) en el apego y la dimensión de modelo de los otros puede ser conceptualizada en términos de (aproximación – evitación) de la cercanía. Cada combinación entre los modelos del self y de otros define un patrón de apego prototípico, es decir, una particular estrategia de regulación de la seguridad en las relaciones cercanas (Martínez Claudio, Santelices María Pia, 2005)

No obstante, conviene decir que ambos modelos han continuado en proceso de investigación. Si bien hay estudios que han mostrado la permanencia de una serie de patrones, no parece clara la vigencia de los modelos puros, porque también es necesario clarificar bajo qué circunstancias en un adulto predomina un estilo global de apego o si es un conjunto de estilos de relación dependientes de un patrón común. Con ello se pretende relativizar y contextualizar las mediciones y considerar la influencia de la historia de relaciones de un individuo, incluyendo su vida actual.

Igualmente, continúa en estudio el tema de la transmisión generacional del apego, así como el análisis de factores de protección y/o tratamientos terapéuticos que permiten convertir y/o modificar una vía insegura en segura.

## **LA TEORÍA DEL APEGO Y SUS IMPLICACIONES EN LA PSICOTERAPIA BREVE**

A nivel global un importante objetivo en la psicoterapia breve es adquirir un sentido de trascendencia, respeto por los componentes místicos de la personalidad, que pueden o no ser religiosos y que permiten una autoestima de valores. La trascendencia se dará en su ideología de vida. Un objetivo terapéutico fundamental es enseñar a un paciente a tener un concepto claro de su intimidad. Hay que buscar entre los diferentes factores estresantes que se dan en nuestras vidas y que producen malestar entre los individuos.

Los objetivos principales de una Psicoterapia Breve son (Marín, 2020):

- Reducción de los miedos básicos
- Plasticidad en el juego de introyección/ proyección
- Tomar explícito lo implícito
- Favorecer la movilidad de roles
- Favorecer la recreación de ideologías

Pero para entrar específicamente en el tema del apego analizaré en este punto y por el interés que tienen las implicaciones de la teoría del apego en la terapia. Para ello realizaré una sucinta aproximación a las distintas propuestas, que como no podía ser de otra manera, están organizadas en función de las matizaciones, modelos o marcos que han sugerido los teóricos del apego.

Es interesante señalar aspectos diferenciales referidos al abordaje terapéutico, Fonagy plantea la especificidad de la terapia en el caso de un paciente sin apego seguro. Es necesario crear un vínculo de apego que permita desarrollar esa seguridad de la que carece el paciente. Para ello las interpretaciones quedan en un segundo plano hasta no alcanzar ese objetivo prioritario. Hay que crear un ambiente de seguridad y un clima de confianza.

*“Resaltar respecto a Fonagy su idea sobre el sentido de la psicoterapia en los casos de pacientes que no han podido desarrollar un apego seguro, la capacidad de mentalización o ambas cosas. Al tratarse de un problema derivado de un déficit (aunque él nunca utiliza estos términos) la intervención terapéutica ha de encaminarse a entablar cierta relación con el paciente que le permita desarrollar las funciones carentes. Quedando la interpretación en un segundo plano, el terapeuta ha de crear un entorno “seguro” para el paciente en el que pueda entablar una relación análoga a la del apego seguro que no se pudo desarrollar en la infancia. A partir de ahí, las interpretaciones que más efecto tienen en el desarrollo de la mentalización son las que incluyen el contenido del estado interno de los dos participantes y la vivencia de la relación por parte de ambos (ha de concederse importancia a las emociones siempre que surjan o sean intuitas por el terapeuta). (...) Si la mentalización es necesaria para el desarrollo normal, se vuelve decisiva en las situaciones traumáticas en la primera infancia. Según cree Fonagy, en los casos en los que la respuesta de los padres va más allá de no ser empática, sino que resulta traumática, los niños capaces de mentalizar encuentran cierta protección en la creencia de que el maltrato no se debe a él mismo, sino a creencias falsas que pudieran tener los maltratadores.”*  
(Benito, Guillermo. 2006)

El carácter narrativo es el aspecto unificador del abordaje terapéutico de ambos modelos: el psicoanalítico y el del apego. Sin embargo, el apego requiere un abordaje terapéutico distinto al tradicional distante enfoque psicoanalítico, porque debe ser afectivo y sólido para establecer una buena alianza terapéutica. La capacidad para mantener y/o reparar la alianza es fundamental para la autoestima y el funcionamiento interpersonal efectivo. También debe ser un enfoque de respuesta contingente y de énfasis en las emociones positivas que surjan.

En una línea similar a la de Fonagy, Marrone describe los objetivos de la terapia como una oportunidad de desarrollar un vínculo terapéutico que le facilite al paciente el desarrollo de sus vínculos relacionales; así, retoma también en los objetivos de la terapia las cuatro tareas esenciales que ya definió Bowlby:

- Crear una base segura durante un tiempo prolongado.
- Ayudar a que el paciente explore sus circunstancias presentes y el papel que él juega en ellas.
- Examinar cómo el paciente interpreta la conducta de los demás y qué espera de ellos.
- Explorar las posibles conexiones entre pasado y presente.

En esta propuesta de Bowlby, en el punto tercero ya había rudimentos de la mentalización, pero su aportación era referida básicamente al desarrollo de Modelos Internos de Trabajo. Bowlby plantea como conceptos centrales los derivados del sistema conductual y su control, la retroalimentación negativa y una forma conductual de homeostasis.



El desarrollo de la mentalización o función reflexiva es la propuesta de Fonagy, la función reflexiva implica un componente autorreflexivo además de un componente interpersonal. Ya se ha visto en el anterior punto que el objetivo que planteaba en la terapia era tratar de generar un espacio de seguridad y confianza en el que la interpretación esté en un segundo plano cuando es necesario desarrollar un apego seguro en un paciente.

La terapia debe perseguir el autoconocimiento y desarrollar la capacidad de pensar clara y coherentemente sobre la biografía de uno mismo. La interpretación es una parte más de la terapia, pero lo que genera el cambio es el clima de aceptación y confianza (Aznárez, 2019).

*“Centrándonos en los déficits de mentalización, la terapia que pretenda remediarlos debe ceñirse siempre a un marco “no pragmático, elaborativo” (Fonagy, 1997), que ha de permitir que el paciente desarrolle las capacidades carentes en lo que respecta al procesamiento de sus relaciones con otros significativos. Según este autor es necesario que el terapeuta se muestre como alguien benevolente a quien el paciente pueda tratar de forma íntima. A partir de ahí, las interpretaciones sobre los estados mentales de ambos y sobre el transcurso de la relación permitirán al paciente integrar una representación de sus propios estados internos y de su vínculo con el terapeuta. A medida que la capacidad de mentalizar crece en el paciente, algunas estructuras del sujeto (principalmente las derivadas del patrón de apego y las necesidades narcisistas en las relaciones significativas) se vuelven más adaptativas, lo que permite que se den dentro y fuera de la terapia vínculos más sanos que permitan un desarrollo de las funciones que habrían sufrido déficits.” (Benito, Guillermo. 2006)*

La mentalización podría ser como la categoría superior de un proceso de autorregulación, no está directamente vinculada con los afectos, pero los integra, de forma que la mentalización de los afectos otorga una nueva perspectiva sobre ellos.

La mentalización se desarrolla fundamentalmente de dos formas: a través del reflejo parental y a través del juego, por el carácter simbólico que éste tiene. La mentalización tiene muchas funciones, por destacar algunas de ellas se pueden proponer las siguientes:

- Desarrolla la capacidad de atribuir estados mentales a los demás (creencias, sentimientos, motivaciones), lo que reduce la dependencia de tener que pedir explicaciones sobre todo y permite predecir el comportamiento.
- Promueve y mantiene el apego seguro en el niño.
- Optimiza la comunicación y la empatía.
- Conecta el mundo de la fantasía y la emoción con el comportamiento.
- Identifica los propios deseos y emociones.
- Permite diferenciar el pensamiento de la realidad.

Los objetivos de la terapia del apego deben ser los de ayudar al paciente a regular el estrés y a manejar las relaciones. El legado del apego en la salud mental tiene que ser mediado por la salud del estrés. La autorregulación del estrés apoya la salud mental. El apego no actúa directamente en la salud mental sino que forma y equipa para regular el estrés, es un principio básico. La variable de regulación del estrés es determinante.

Es importante destacar que cuando los padres interactúan con sus hijos están ayudando a controlar mecanismos, a regularlos. Ahí radica la importancia del apego, ayuda a tener una buena regulación, en muchos aspectos de la vida: de la emoción, del pensamiento, del cuerpo. Felipe Lecannelier (psicólogo clínico experto en apego) plantea que hay tres mecanismos de mentalización: la teoría de la mente (la mentalización en sí); las funciones ejecutivas y sobre todo, el que a él le parece más importante es el control esforzado de la atención, el proceso de focalización y desvío de la atención, porque quienes saben controlar la atención son más capaces de regular el estrés.

Hay tres mecanismos de mentalización por tanto:

- La teoría de la mente (la mentalización en sí).
- Las funciones ejecutivas.
- El más importante, es el control de la atención: el proceso de focalización y desvío de la atención porque quienes saben controlar la atención son más capaces de regular el estrés.

Otro autor, Liotti (2001) nos habla de la compatibilidad del modelo terapéutico cognitivista y la teoría del apego. Puesto que hemos mencionado cómo han analizado autores provenientes del psicoanálisis y cómo han compatibilizado sus modelos con la teoría del apego, veamos qué aspectos se señalan desde el cognitivismo como factores importantes para tener en cuenta a la hora de realizar la práctica psicoterapéutica:

Una de las derivadas más importantes es prestar atención al Modelo Interno de Trabajo o Modelo Operativo Interno del paciente, el creado por los recuerdos y representación de sus vinculaciones. Se trata de no reforzar afirmaciones sobre su autosuficiencia y la no necesidad de los demás. Cualquier persona necesita de forma innata de la cercanía de otros seres humanos y por tanto, es terapéutico contribuir al reconocimiento de la necesidad de los demás como algo sano y al comportamiento adecuado de pedir ayuda a las personas significativas cuando las circunstancias de la vida puedan llegar a requerirlo.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en la terapia es que el apego es una más de las múltiples motivaciones innatas que puede tener el ser humano. Existe una multiplicidad de sistemas motivacionales, el apego es sólo una de ellos. Igualmente existen distintos tipos de interacciones, además de la relación de apego los individuos se relacionan entre sí a través de relaciones de competitividad, de cooperación, de cuidado o interacciones sexuales; de forma que para explorar del mejor modo posible la representación del sí mismo y de

los otros de un paciente, es necesario que en ese momento se halle activada la motivación de apego frente al terapeuta. Las relaciones de apego seguro permiten un mayor desarrollo de la capacidad de reflexión explícita sobre las propias vivencias y construir por tanto una teoría de la mente más adecuada y amplia.

Un principio importante de intervención desde la teoría del apego es conducir al paciente a que se dé cuenta de que no ha reflexionado sobre aspectos de su crianza porque nadie le ha ayudado, porque se lo han impedido; por tanto, el paciente lo ha evitado por el dolor y la desorientación que le producía recordar algunas experiencias.

La práctica psicoterapéutica basada en la teoría del apego invita al terapeuta a preguntarse qué es lo que obstaculiza la autorregulación emocional del paciente. Los niños/as con apego seguro aprenden a vivir las emociones sin temerlas porque cuando las sienten son cuidados y validados por sus figuras de apego. Para regular las emociones se necesitan respuestas eficaces de cuidado. Un adecuado conocimiento de la vida emocional es condición importante para poder autorregular la intensidad de la propia vida emocional y es la base para comprender mejor la de los demás. De experiencias de apego inseguro o desorganizado se obtienen generalmente representaciones personales invalidantes.

Un tema interesante a tener en cuenta por el terapeuta es que en el establecimiento de la alianza terapéutica y de la adhesión al tratamiento, puede existir cierta correlación de acuerdo al estilo de apego del paciente. Según algunos estudios se ha demostrado que los pacientes con estilo de apego evitativo son los que mejor se adhieren a la terapia, mientras que los pacientes con estilo de apego inseguro son los que más dificultades muestran a la adhesión terapéutica, no tanto a la alianza con el terapeuta cuanto a la consecución de los objetivos marcados para la terapia:

*"...cuanto mayor es la puntuación de estilo de apego evitativo del paciente, mayor es la probabilidad de que se hayan concienciado antes de iniciar un proceso psicoterapéutico y por lo tanto se han acercado más a la superación de sus dificultades de relación. (...) Ahora, los pacientes con estilo de apego ansioso tienen dificultades en el establecimiento de objetivos conjuntas con el terapeuta a medida que avanza la psicoterapia, porque, probablemente la posibilidad real de crear cambios en su vida, activa el patrón ansioso, dando lugar a que aparezcan dificultades no tanto en el vínculo, sino en los objetivos"* (L. Lossa, S. Corbella y L. Botella 2012 pp 91-103)

Por último, otro aspecto interesante a señalar desde el modelo relacional o intersubjetivo es que el estilo de apego de un paciente no solo responde al modelo originario establecido con sus figuras de crianza, sino que ha sido modulado por el resto de interacciones significativas que se han ido produciendo en su vida; este factor produce determinadas implicaciones para la psicoterapia porque el modelo operativo interno que haya construido el paciente en sus relaciones primarias de crianza y confirmado después con otros/as relaciones puede ser modificado por la relación terapéutica; una relación terapéutica encuadrada en un contexto de vivencias de experiencias emocionales correctoras, que faciliten una construcción conjunta de nuevos

significados para dichas experiencias y sobre todo, una regulación conjunta. Un marco terapéutico en el que se co-construyen significados y se co-regulan emociones.

## **UNA PROPUESTA DE PSICOTERAPIA BREVE BASADA EN EL APEGO (BABI)**

Jeremy Holmes, es un psicoterapeuta del que ya se ha escrito previamente en este trabajo, ha dedicado gran parte de su vida profesional al estudio del apego. Como resultado de sus investigaciones ha realizado la aportación de una terapia breve que se conoce con el nombre de BABI (Terapia breve basada en el apego). Para finalizar este apartado de la psicoterapia, me gustaría explicar brevemente en qué consiste:

La psicoterapia breve basada en el apego (BABI) comparte muchas características con otro tipo de psicoterapias breves. Es de tiempo limitado, es integradora porque recurre a técnicas rogerianas, dinámicas y cognitivo conductuales, está estructurada y persigue objetivos específicos y consensuados. Normalmente las sesiones son de unos 45 minutos y se realizan en torno a 10 ó 15 sesiones por paciente. En ella se trabaja para examinar la base segura y fomentar la función reflexiva desde un enfoque psicodinámico, se persigue dotar a los/as pacientes de capacidades asertivas desde un enfoque conductual y se reestructuran los modelos internos de trabajo desde una perspectiva cognitivo conductual. Recuerda un poco en sus planteamientos a la Terapia Dialéctica Conductual de Marsha M. Lineham; aun cuando ésta última es mucho más larga en el tiempo y estructurada en las tareas.

*"BABI es una terapia integradora que se basa en muchas tradiciones y técnicas psicoterapéuticas".*  
(Holmes, 2009. Pag. 253)

Tiene un enfoque basado en pruebas y ha surgido como una terapia explícita para adultos basada en el apego. Es una terapia estructurada, con objetivos claros, que ayuda al paciente y al terapeuta. Los terapeutas deben recibir previamente formación para aplicar este método.

Las sesiones siempre comienzan con 15 minutos para que el paciente exponga cómo ha ido la semana y después se pasa a desarrollar el trabajo previsto para esa sesión.

Las fases en la que está organizada son las siguientes:

- Primera fase: **Contrato e implicación**
- Segunda fase: **Elicitar material de la base segura** (a través de cuestionarios análogos a la Entrevista de Apego Adulto se recoge el historial psicoterapéutico)
- Tercera fase: **Formulación**, se desarrolla una hipótesis preliminar sobre el estilo de apego del paciente y se formula la problemática en términos de apego

- Cuarta fase: **Rastreo de los dominios** para observar cuál de los dominios requiere una propuesta particular o en mayor profundidad. Recordemos que Holmes plantea la existencia de seis dominios en el análisis del apego: Base segura, Exploración y disfrute, Protesta y enfado, Pérdida, Modelos internos de trabajo, Función reflexiva y competencia narrativa.
- Quinta fase: **Modificar los estilos de apego**, ésta es una labor crucial en la terapia, la mayoría de los pacientes no presentan un patrón puro, los terapeutas seguros contrarrestan los patrones de apego de los pacientes, los inseguros los refuerzan.
- Sexta fase: **Identificación de los Modelos Internos de Trabajo**. A éstos se accede mediante la exploración de las cogniciones.
- Séptima fase: **Competencia autobiográfica**, hablar sobre uno mismo es el comienzo de la autoreflexión. Por ejemplo se le puede aconsejar al paciente que tenga un diario de sus estados emocionales.
- Octava fase: **Finalización**, es un momento para comprobar cómo el paciente maneja la separación y cómo ha conseguido autonomía a través de la base interna segura.
- Como conclusión sobre este apartado hay que destacar que los aspectos terapéuticos del apego implican analizar el pasado y el presente, el mundo interno y el mundo externo. Realizar experiencias emocionales correctoras del pasado que otorguen un nuevo estilo de apego y generar nuevos modelos internos de trabajo en el presente y sobre todo para el futuro; así como el abordaje terapéutico en dos líneas paralelas de trabajo, la relacional y la intrapsíquica.

## TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA BREVE APROPIADAS PARA EL TRATAMIENTO EN EL MODELO DEL APEGO

### La Autobiografía

Se trata de la narración de vida o la historia hecha por la propia persona sobre ella misma.

La autobiografía puede ser una de las mejores formas para conocer cómo una persona entiende el mundo. Es también una buena forma de conocer a un paciente y además implica la necesidad de organizar de forma cronológica y significativa hechos de la vida que seguramente pueden estar deslavazados, olvidados o sumidos en un gran caos. Le ayuda al paciente a organizar y encuadrar los problemas que quiere traer a consulta.

Escribir es una actividad terapéutica que genera mayor mentalización y capacidad para representarse a uno mismo. El paciente se muestra a sí mismo como él se ve, si se le pide además que se despoje de cierta autocrítica habitual y se describa en tercera persona se potencia la autoobservación y por tanto, se facilita la toma de conciencia de sí mismo y de los problemas que le afectan, además de establecer hipótesis causa efecto de las que nunca había sido consciente el paciente.

Son hechos narrados de forma contextualizada, no de manera aislada como podría relatar un hecho significativo. Se puede ir observando a lo largo de la vida del paciente, cómo era su vida antes del problema, cómo fue surgiendo ese problema, qué consecuencias tuvo, cómo intentó solventarlo el paciente. Cómo reaccionaron los otros ante el problema, familia, amigos/as etc. Qué espera conseguir en la terapia para solucionarlo.

Es fundamental que la narrativa de la persona cumpla "las características de contextualización e intencionalidad, es decir, que den cuenta de la perspectiva y el propósito de quien las genera y de las circunstancias en que se escriben" (García-Martínez, 2012).

En la historia de vida se puede encontrar información sobre los siguientes aspectos (García-Martínez, 2012):

- Las personas que son relevantes para el paciente y cuál es el papel que desempeñan en su vida.
- Las metas y objetivos del paciente, que aparecen fundamentalmente en el desafío vital, la tarea vital y la descripción de los futuros alternativos.
- Información sobre qué contenidos regulan la visión del mundo del sujeto.
- Las estrategias de afrontamiento que lleva a cabo y los recursos de los que dispone.
- Los reguladores, compensadores y limitadores vitales que ha tenido el paciente y que le han llevado a tomar decisiones en uno u otro sentido.
- Su punto de vista sobre lo que ha pasado y cómo se ha desarrollado su vivencia.

En el análisis de dicha historia de vida es interesante destacar:

- Los incidentes significativos que se mencionan.
- La organización de la información, el lenguaje utilizado y la profundidad de la narración.
- Los aspectos que se omiten o que se abordan más superficialmente.
- Los posibles aspectos que se narran de forma distorsionada y sobre lo que es necesario recabar más información.
- Incoherencias que se producen y cuestionan el relato.

Para Maganto e Ibáñez (2010) entre los principales beneficios psicológicos de la autobiografía como técnica terapéutica están, entre otros:

- Poder explicarse a sí mismo, comprender desde una nueva dimensión autobiográfica.
- Exteriorizar los problemas y a su vez tomar cierta distancia de los mismos.
- Ordenar, analizar y elaborar los contenidos problemáticos.
- Liberarse, en cierta manera, de la opresión que producen los problemas no entendidos ni canalizados.
- Acrecentar el control personal sobre dichos problemas y sus consecuencias.
- Completar la visión de la propia identidad, constituida por lo que "sabemos" de nosotros mismos.

- Dialogar y elaborar con un profesional los contenidos del relato personal biográfico.
- Re-etiquetar y re-significar parte de su historia o de sus momentos más traumáticos.

Los beneficios psicológicos de la autobiografía son amplios: establece un diálogo interno y un aumento del autoconocimiento, a la vez que se produce una ordenación y evocación más organizada de fragmentos y memorias de hechos que podrían estar muy inconexos. Por último se resignifican algunos acontecimientos y se adquiere conciencia más coherente de su identidad. El relato autobiográfico logra algunas de las metas tradicionalmente asignadas a la psicoterapia (Maganto e Ibáñez, 2010):

- a) Aumento de la autoestima y la seguridad en el paciente;
- b) Liberación de emociones, impulsos, y sentimientos de frustración y agresión;
- c) Producción de "insight" cognitivo-emocional;
- d) Promoción de la aceptación de sí mismo; y
- e) Fomento de la integración y desarrollo de las tendencias dirigidas a metas positivas

## **El Genograma**

Teniendo en cuenta la importancia del funcionamiento familiar en el establecimiento de vínculos y apego será especialmente interesante tener en consideración el genograma del paciente. Es la representación gráfica de la familia, se incluye la familia extensa. Es el diseño de un árbol gráfico familiar que permite conocer la constelación familiar. Permite una organización visual del grupo familiar. Promueve la formulación de hipótesis. Facilita la organización del trabajo terapéutico y diagnóstico. Es un diseño que se hace generalmente de tres generaciones. Se realiza a partir de una serie de símbolos compartidos y permite contextualizar familiarmente los padecimientos del paciente. Hay que distinguir entre el Grupo Familiar y el Grupo de convivencia. La evolución de las familias ha cambiado mucho en los últimos tiempos y por tanto esta información es muy importante.

El genograma es un registro que permite realizar un screening familiar que de antemano puede ofrecer información relevante sobre la situación psicosocial de las generaciones familiares precedentes al paciente.

## **Entrevista de Apego Adulto**

Ya se explicó en otro apartado de este trabajo. La entrevista de apego para adultos es un procedimiento diseñado para evaluar la transmisión intergeneracional del apego. Es un proceso para sorprender al paciente. Son una serie de preguntas que permiten evaluar al adulto sobre sus estados mentales respecto a la historia global de sus vínculos de apego. Le interroga al paciente sobre recuerdos, experiencias concretas pasadas y la evaluación que hace de las mismas. Es un cuestionario estructurado que se inserta en una entrevista clínica. Son 20 ítems, 17 de los cuales se relacionan con el paciente y sus experiencias. Los tres últimos se refieren al paciente y sus experiencias como madre o padre. La valoración se hace sobre la coherencia en la narrativa, la

capacidad de representación de esas experiencias, la claridad en la forma o el grado de objetividad aparente en las descripciones. Le vamos a pedir al paciente por ejemplo que utilice cinco adjetivos para calificar a su padre, pero además le vamos a solicitar que lo ilustre con un ejemplo. Entraña dificultad acceder a los recuerdos de las experiencias que les pedimos que traigan a la sesión. Puede funcionar como un instrumento de indagación de las condiciones de parentalización del paciente.

## **La Fotobiografía**

Al elaborar la historia de vida al inicio de la terapia, la autobiografía puede ser una de las mejores formas de conocer al paciente (la perspectiva que tiene del mundo y de sí mismo).

El uso de la fotobiografía surge en un contexto narrativo. Fina Sanz define la fotobiografía como:

*"Una técnica de recolección de datos por medio de la fotografías, en la cual la persona va narrando fragmentos de su vida con sus propias palabras, señalando los acontecimientos y experiencias más importantes y atendiendo los sentimientos y las emociones que esto le genera"* (Sanz, 1998, pp 157-164).

Hay varias fases para trabajar en fotobiografía, en la primera de ellas se establece la selección de las fotos, el/la paciente aporta una amplia variedad de fotos, de las diferentes épocas de su vida. Debe ser un material significativo para el paciente.

Se va haciendo posteriormente un trabajo lineal generalmente cronológico, en profundización de cada una de las fotografías, cada una de ellas implica un evento, un significado, una relación, una emoción, una sensación corporal. El/la paciente reestructura, piensa sobre aquella situación, sobre ese yo suyo, tomando distancia, permitiendo dejar que fluyan nuevas formas de ver, pensar y sentir sobre ese momento captado en la instantánea.

Posteriormente, se van creando relaciones entre las distintas fotografías, asociándolas a su línea de vida, permitiéndole al paciente crear una nueva narración sobre su vida, una nueva línea argumental sobre los hechos vividos. Se produce un trabajo de integración entre las sesiones que finaliza con una nueva historia de la vida del paciente. Se da una nueva reasignación causal, un reajuste emocional y una reestructuración cognitiva importante en la mayoría de los casos. Finaliza la técnica con una integración global de su historia.

## **Analizar "El Guion de Vida"**

Para profundizar en este tema ha sido muy interesante la lectura del libro de José Luis Martorell "El guion de vida". Haré un breve resumen de algunos de los aspectos más significativos de su publicación.



Eric Berne definió el guion de vida como *“Un plan de vida formado en la primera infancia bajo la presión parental y que después continúa en vigor. Es la fuerza psicológica que impulsa a la persona hacia su destino, tanto si la persona lo combate como si dice que es su libre voluntad.”*

Es en este modelo psicológico del análisis transaccional en el que Martorell escribe su libro para explicarnos lo que constituye el guion de nuestras vidas.

Nuestra posición existencial es una perspectiva psicológica personal en la que inscribimos las experiencias que nos suceden, está en nuestro Niño y por tanto se expresa del modo básico en que la sentimos en nuestra infancia. La posición existencial es, por tanto, el sentimiento que tenemos acerca de nosotros mismos y se adquiere muy tempranamente en nuestras vidas. Precisamente la terapia actuaría en el sentido de cuestionar y adquirir una nueva posición existencial que resulte más adaptativa. La idea popular de destino es psicológicamente el guion de vida.

Los pacientes pueden vivir su propio nacimiento psicológico en “la primera escena de vida”, un ejercicio muy interesante en el que en un contexto seguro y relajante se le pide al paciente que imagine de forma dramatizada su llegada a la familia.

Ya tendrá un papel atribuido por los sentimientos que provoca en sus padres, es objeto de una serie de expectativas que puede que impliquen áreas muy importantes de su vida. Esas expectativas, mandatos, atribuciones las recibirá el paciente en forma de mensajes que vienen de fuera de él y fundamentalmente de la relación con la madre. La actitud emocional de la madre es muy importante para determinar que un niño se sienta en un contexto de seguridad, aceptación y afecto o en un contexto de inseguridad, rechazo o indiferencia. El guion es superresistente a lo racional. Las atribuciones más potentes son las disposicionales porque te dicen cómo eres. Lo importante además no son los mensajes que se dan en la historia del paciente, sino lo que se hace con ellos. Aceptar una atribución de “estar mal” es construirse como un ser humano deficiente.

Toda esta influencia, que la ejerce también el sistema familiar, no se da exclusivamente en la primera infancia sino hasta la adolescencia.

El conflicto existencial, la encrucijada se da cuando ante un acto espontáneo del niño choca contra un mandato parental, contra un mensaje profético; se puede aceptar y obedecer o no aceptar y construir una identidad fuera del guion marcado.

Según este “previsto” guion de vida en la terapia esencial siempre habría un adulto que tiene que ayudar a un niño para salirse de un guion de inseguridad y las características de la terapia serían:

- Generar un entorno seguro
- Validar la experiencia vivida

- Invitar al cuestionamiento de las identificaciones y tender al cambio

Evidentemente hay muchas otras técnicas susceptibles de ser utilizadas para llevar a cabo el tratamiento, tan solo he expuesto brevemente algunas de las que me parecen más pertinentes. En general cualquier técnica o tarea que favorezca la adquisición de conciencia, mentalización y mejora narrativa de la historia de vida será de mucha utilidad en el trabajo terapéutico.

## **AGRADECIMIENTOS**

Mi agradecimiento a José Luis Marín por las agradables clases y los interesantes contenidos aprendidos en el curso de Experto en Psicoterapia Breve. Siempre un placer escuchar a un sabio como él.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aznárez, B. (2019): Experto en Psicoterapia Breve con niños y adolescentes. Madrid: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia
- Dio Bleichmar, E. (2003). "*Discusión de trabajo "Hacia un modelo pluralista de la motivación humana basado en el paradigma del apego"*" de Mauricio Cortina y Giovanni Liotti. Aperturas Psicoanalíticas. N15
- Feeney, J. y Noller, P. (2001). "*Apego adulto*". Bilbao. Desclée de Brouwer, S.A.
- Fonagy, P., Mendiola, M. R. (2005). "*Teoría del apego y psicoanálisis*". Aperturas Psicoanalíticas N°20
- García-Martínez, J. (2012). "*Técnicas narrativas en psicoterapia*". Madrid: Síntesis.
- Benito, G. (2006). "*Teoría del apego y psicología del self: una integración posible*". Aperturas psicoanalíticas. N° 22
- Holmes, J. (2009). "*Teoría del apego y psicoterapia*". Bilbao. Desclée de Brouwer, S.A.
- Liotti, G. 2001. "*De la teoría del apego a la psicoterapia*". Revista de Psicoterapia Vol. XII N° 48. pp 63-85.
- Lossa, E., S. Corbella y L. Botella (2012) "*Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica*" Boletín de Psicología, No. 105, pp 91-103.
- Ortiz, E. (2002). "*La teoría del Apego: Un enfoque actual*" (reseña del libro "La teoría del apego, un enfoque actual", 2001, Mario Marrone). Aperturas Psicoanalíticas. N° 10
- Maganto, C. y Ibáñez, C. (2010). "*Utilidad clínica de la autobiografía*". Revista de Psicoterapia, Vol. 21, N°. 82-83, pp. 83-105.
- Main, Mary (2001). "*Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto; atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego*". Aperturas Psicoanalíticas. N°8
- Marrone, M. (2001). "*La Teoría del apego, un enfoque actual*". Madrid. Psimática.
- Marrone, Mario; Cortina, Mauricio y Diamond, N. 2003. "*Apego e intersubjetividad*". Aperturas psicoanalíticas. N° 24

Martínez, C. y Santelices, M. P. (2005) "*Evaluación del apego en el adulto, una revisión*"; Santiago de Chile. Pshike. Vol 14, num 1 Universidad Pontificia Católica de Chile

Martorell, J.L. (2010) "*El Guion de Vida*". Bilbao. Desclée de Brower, S.A.

Revilla, L. de la (2005). "*El genograma en la práctica clínica*". Disponible en línea:  
<http://es.calameo.com/books/000799551b76f6a351750>

Sanz F. (1.998) "*Los vínculos amorosos*" Barcelona. Kairós

# Fibromialgia, apego e identidad: análisis de un caso clínico

*Fibromyalgia, attachment and identity: analysis of a clinical case*

**Lorena Velayos Jiménez**

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.

Servicio de Interconsulta y Enlace de Salud Mental. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

## Resumen

La fibromialgia es un síndrome descrito por primera vez en 1981 y catalogado como diagnóstico dentro de la CIE-10 en 1992. Se trata de un cuadro clínico que incluye sintomatología de dolor en varios puntos del cuerpo, así como otros síntomas digestivos y emocionales. La Teoría del Apego puede suponer un cuadro teórico desde el que comprender el síndrome de la fibromialgia desde un punto de vista biopsicosocial, abordando el sistema psiconeuroendocrino-inmunológico. El objetivo del artículo es analizar un caso clínico de fibromialgia y síndrome de Crohn desde la perspectiva de la teoría del apego. Se trabajó desde la terapia basada en la mentalización abordando tres conflictos básicos, así como con técnicas corporales para facilitar la regulación emocional. Se concluye que la teoría del apego respalda el trabajo psicoterapéutico con personas que sufren fibromialgia mediante la integración de las vivencias de la persona y de sus síntomas, ayudando a potenciar su identidad y sentimiento de empoderamiento. Se debe considerar de forma holística la parte biológica, psicológica y social para realizar un tratamiento integrado y no multidisciplinar, sino interdisciplinar.

*Palabras Clave: Fibromialgia, Apego, Trauma, Identidad, Biopsicosocial.*

## Abstract

Fibromyalgia is a syndrome described in 1981 and cataloged as a diagnosis within the ICD-10 in 1992. It is a clinical entity that includes symptomatology of pain in various points of the body, as well as other digestive and emotional symptoms. Attachment theory can suppose a theoretical framework to understand the fibromyalgia syndrome from a biopsychosocial point of view, including the psychoneuroendocrinoimmunological system. The objective of the work is to analyze a clinical case of fibromyalgia and Crohn's syndrome from the perspective of attachment theory. The mentalization-based therapy was used in three basic conflicts, as well as with body techniques to facilitate emotional regulation. In conclusion, the attachment theory supports a way of working with fibromyalgia patients that favors the integration of the person's experiences and symptoms, helping to enhance their identity and empowerment. The biological, psychological and social aspects must be considered in a holistic way in order to carry out an integrated and interdisciplinary treatment and not multidisciplinary.

*Keywords: Fibromyalgia, Attachment, Trauma, Identity, Biopsychosocial.*

## INTRODUCCIÓN

La Fibromialgia como entidad diagnóstica fue descrita por primera vez en el año 1981 (Diéguez, 2009). Se trata de un síndrome crónico caracterizado por dolor generalizado y una sensibilidad aumentada a la presión en varios puntos anatómicos específicos denominados "tender points" (Yunus et al., 1981). Esta sintomatología de dolor musculoesquelético no suele aparecer aislada, sino que incluye otros síntomas no musculoesqueléticos como fatiga, problemas de sueño, cefaleas, rigidez articular, sensación de tumefacción en las manos, síndrome de intestino irritable, alteraciones cognitivas (dificultades de memoria, por ejemplo), así como ansiedad, depresión, (Gálvez-Sánchez y Reyes del Paso, 2020; Diéguez, 2009). El amplio espectro sintomatológico hace pensar en un cuadro que afecta a la persona entendida como un todo, respondiendo a la perspectiva bio-psico-social.

Fue reconocido como diagnóstico diferencial en relación con otras enfermedades reumatológicas en la Declaración de Copenhague en 1992 (Anón, 1992), después de que el American College of Rheumatology (ACR) enunciara los criterios clasificatorios en 1991 (Quinter, 1992). Fue introducido en el sistema clasificatorio internacional CIE-10 (OMS, 1992). Se han revisado los criterios diagnósticos en varias ocasiones, siendo la más reciente en 2016 (Gálvez-Sánchez y Reyes Del Paso, 2020).

La prevalencia de la fibromialgia es de 2-4% en la población general (Gálvez-Sánchez y Reyes del Paso, 2020). En España, según lo informado por el estudio de prevalencia de enfermedades reumáticas en la población adulta (EPISER), realizado por la Sociedad Española de Reumatología en 2016 y publicado en 2019, la prevalencia de es de 2,45% (SER, 2016). En el anterior estudio realizado por la misma sociedad (año 2000) la prevalencia fue de 2,37%. España presenta una cifra de prevalencia similar a Suecia, e inferior a países como Alemania, Portugal o Italia, si bien supera a Estados Unidos o Francia (Cabo-Meseguer y cols., 2017, citado en

Gálvez-Sánchez y Reyes del Paso, 2020). La prevalencia es mayor en mujeres, con una proporción mujer:varón 21:1 (Diéguez, 2009).

Dado el carácter ambiguo y generalizado de la sintomatología de la fibromialgia, resulta complicado investigar sobre datos objetivos. Los criterios diagnósticos establecidos en 1991 por el ACR no parecen contribuir a comprender completamente este síndrome. Quizá un marco de entendimiento que atienda más a la perspectiva cualitativa desde una mirada holística bio-psico-social pueda dar cuenta de la realidad de las personas que padecen este cuadro sintomático de forma más fidedigna.

La Teoría del Apego, formulada principalmente por Bowlby en la década de 1940, puede considerarse un marco teórico que atiende a la comprensión de las personas con fibromialgia desde una perspectiva holística: revisando el recorrido biográfico de la persona e incluyendo el significado social de la enfermedad. La principal premisa de esta teoría es que existe una necesidad básica de conexión con los cuidadores, cuya forma de satisfacción determina la manera en la que nos relacionamos con los otros como niños, adolescentes y posteriormente como adultos (Bowlby, 1989). El estilo de apego desarrollado puede ser de tres tipos, según Ainsworth y cols., (1978): seguro; con padres rechazantes o evitativo; y ansioso o ambivalente. Estos dos últimos se considerarían inseguros, esto es, la necesidad de vinculación con el cuidador no se ve correspondida por este; ya sea por tendencia del cuidador a no responder a la necesidad planteada (apego evitativo), o por una respuesta inconsistente según la situación, que en ocasiones satisface la necesidad y en otras circunstancias no está disponible para ello (ambivalente).

Un apego inseguro mantenido puede suponer un estado de estrés crónico para la persona, constituyendo lo que puede significar una experiencia traumática para ella. Investigaciones realizadas en los últimos años, han relacionado el apego inseguro con el estrés y con un correlato biológico asociado, que se comentan a continuación.

Uno de los sistemas implicados en la respuesta al estrés agudo es el hipotalámico – hipofisario – adrenal (HHA), a través del cual, mediante la liberación de distintas hormonas termina activando la producción del principal glucocorticoide en las glándulas suprarrenales: el cortisol (Selye, 1936). Es en el núcleo paraventricular del hipotálamo donde se produce la hormona liberadora de corticotropina (CRH), que estimula la liberación de adrenocorticotropina (ACTH) en la hipófisis. Esta última hormona activa la producción del cortisol, que se ve implicado, junto con otras hormonas como la adrenalina, en la respuesta del cuerpo ante una amenaza: aumento de la frecuencia cardíaca, vasodilatación, mantenimiento del nivel de glucosa, e inhibición del sistema inmunológico, entre otras, (Duval y cols., 2010).

El cortisol genera un mecanismo de feedback negativo, inhibiendo su propia síntesis cuando se encuentra una respuesta adaptativa al estrés, mediante la inhibición de la ACTH y de la CRH (Duval y cols., 2010). Sin embargo, parece que, ante estrés sostenido, el mecanismo de feedback negativo no funciona correctamente,



acumulándose el cortisol en el torrente sanguíneo sin constituir una función de adaptación al estresor que lo generó.

Reguera (2015) indica la existencia de una insuficiente señalización glucocorticoidea en un estado mantenido de estrés, a diferencia de la respuesta al estrés agudo. Se trataría de una disminución de la capacidad de dichas hormonas de regular los sistemas relevantes implicados en la respuesta a estrés. El resultado final es una incapacidad del organismo para responder al estrés generado por el medio ambiente externo o interno a través de los glucocorticoides.

Entre las posibles causas de la insuficiencia glucocorticoidea, Reguera (2015) menciona las siguientes: una disminución de la síntesis de los glucocorticoides en la cápsula suprarrenal; la desregulación de los receptores de estas hormonas (receptores glucocorticoideos y mineralocorticoideos); un daño estructural directo del hipocampo y otros centros neurales; y/o una modulación del eje HHA por el papel del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), que se ha visto implicado en los mecanismos adaptativos frente al estrés crónico y depresión, según los autores.

Si se entiende el apego inseguro mantenido en el tiempo como una situación de estrés sostenido, aparecerá en estas personas un estado de hipocortisolismo. Esto es lo que se ha encontrado en personas con fibromialgia. Algunos autores han descrito asociaciones entre la gravedad del hipocortisolismo y la intensidad del dolor (Loevinger y cols., 2012; y Kuehl y cols., 2010, citados en Reguera, 2015), (Marín, 2019).

Romeo y cols., (2020) relacionan la fibromialgia con un estilo de apego inseguro durante la infancia, así como con un alto nivel de alexitimia. Peñacoba y cols. (2017) obtuvieron en su estudio que los pacientes con fibromialgia mostraban mayor porcentaje de estilo de apego evitativo y ambivalente en comparación con personas sin fibromialgia (19,8% frente a 7,4%; y 10,3% frente a 6,6%, respectivamente), así como menor porcentaje de apego seguro en comparación a personas sin fibromialgia (69,9% frente a 86%). Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas. Algunos autores recomiendan valorar siempre experiencias traumáticas en los pacientes con fibromialgia, dada la alta prevalencia que parece existir entre vivencias traumáticas y dolor crónico (Nardi, Karam y Carta, 2020; Matías y cols., 2020).

En la misma línea, López-López y cols., (2020) describen una respuesta hipoactiva en la modulación del dolor bajo activación en los ejes autonómico y neuroendocrino en pacientes con fibromialgia, esto es, no presentaban diferencias en los niveles de tolerancia al dolor cuando había estrés y cuando no. Este patrón hipoactivo puede implicar una respuesta que puede contribuir al desarrollo y mantenimiento del dolor crónico. Matías y cols., (2020) describen la misma "desregulación crónica del sistema de respuesta al estrés" en pacientes con fibromialgia, no presentando estas una respuesta saludable de recuperación del estrés ni una respuesta cardiovascular adecuada y suficiente para regularse.

Reguera (2015), comenta que "hay cada vez mayores evidencias acerca de la posibilidad de revertir la disfunción de hipocortisolismo en pacientes con experiencia de estrés sostenido con técnicas psicoterapéuticas o farmacológicas". En esta línea de pensamiento, Zeidan y cols. (2018) objetivaron en su estudio que una mayor atención plena se asociaba con una mayor desactivación de una región cerebral que se extiende desde el precúneo hasta la corteza cingulada posterior durante el calor nocivo, sintiendo la persona menos dolor al regularse el sistema de respuesta al estrés.

Las investigaciones actuales continúan analizando la base biológica de la fibromialgia y del dolor crónico en general y algunas dirigen el tratamiento hacia dicha base. Kang y cols., 2020 estudian sobre el tratamiento de estimulación de corriente continua transcraneal (tDCS) en pacientes con fibromialgia. Parece que tiene eficacia limitada, baja tasa de respuesta y poca tolerabilidad.

Por su parte, Gerdle y cols. (2020) sugieren que los patrones de proteínas plasmáticas están asociados con umbrales de dolor en las personas con dolor crónico generalizado.

Feraco y cols., 2020, en su estudio de neuroimagen comentan que altos niveles de glutamato (asociado a la respuesta al estrés) pueden estar relacionados, dependiendo de la concentración, con atrofia morfológica descrita en pacientes con fibromialgia. Asimismo, describen un grosor cortical significativamente más bajo en estas pacientes en algunas partes de la circunvolución cingulada en ambos lados y en la circunvolución occipital inferior derecha.

La relación entre lo psicológico y lo biológico comentada en los párrafos anteriores va en la línea de la perspectiva de la existencia de un sistema psico-neuro-inmuno-endocrinológico. Se considera a George Solomon el padre de la psiconeuroinmunología: "un campo científico interdisciplinario que se dedica al estudio e investigación de los mecanismos de interacción y comunicación entre el cerebro (mente/conducta) y los sistemas responsables del mantenimiento homeostático del organismo, que son: el sistema nervioso (central y autónomo), inmunológico y neuroendocrino, así como sus implicaciones clínicas" (citado en Cabrera y cols., 2017).

Si bien los componentes psicológico y biológico constituyen dos vértices que hay que atender a la hora de comprender el síndrome de la fibromialgia, un tercer punto a valorar es la perspectiva social. Según cita Diéguez (2009), Barsky y Borus (1999) explican la construcción social de la fibromialgia desde lo que denominan una "amplificación mediática". En este sentido, los síntomas de malestar somático procedentes de estrés psicosocial o de enfermedades médicas previas resistentes a tratamiento, son amplificados a través del sistema biomédico imperante en la sociedad actual, incrementando la atención que se le da a estas molestias cotidianas. Al poner nombre a este malestar, por ejemplo "fibromialgia", se pueden reatribuir síntomas esta nueva categoría nosológica, favoreciendo la autoexploración del paciente, que confirma de forma repetida su nueva "enfermedad". Los autores mencionados consideran mayor vulnerabilidad para este proceso a las personas con

trastorno mental, historia de trauma o personas que ven reforzados sus síntomas a través de una mayor atención o satisfacción de la necesidad de apego por parte de los cuidadores.

La Teoría del Apego, pese a tener una base psicológica, atiende a una perspectiva bio-psico-social desde la que se puede comprender el síndrome de fibromialgia, e incluso trazar una línea de tratamiento.

Hasta el momento, se considera que el tratamiento de la fibromialgia tiene que ser multidisciplinar, pudiendo incluir estrategias de psicoterapia cuyo objetivo es “controlar los aspectos emocionales de la ansiedad y depresión” (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2019). Existen varios tipos de tratamiento psicológico como la psicoeducación, la terapia cognitivo conductual y las técnicas de relajación. Se podría decir que estos tratamientos van dirigidos a reducir el síntoma del dolor o eliminarlo, sin atender a la funcionalidad de este ni al significado que tiene para la persona dentro de su proyecto vital. La teoría del apego puede aportar una perspectiva más amplia del dolor en la fibromialgia.

El objetivo de este artículo es analizar el caso de una mujer con fibromialgia atendida desde el servicio de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, derivada desde el servicio de Reumatología por “Fibromialgia y Síndrome de Crohn”, desde el marco teórico de la teoría del apego.

## **DATOS PERSONALES Y MOTIVO DE CONSULTA**

Se trata de una paciente de 51 años que en adelante llamaremos B. Es natural de Marruecos. Vive en España desde que tenía 27 años. Convive con su marido, de 53 años, su hija de 16 y su hijo de 11. Es la menor de 5 hermanos. Su familia de origen vive en Marruecos. Su padre falleció cuando ella tenía 6 años, por un accidente cardiovascular. Su marido es natural de Marruecos, si bien se conocieron en España. Trabaja desde que tenía 28 años en una empresa de limpieza que tiene convenio laboral en el sector público.

La paciente acudió al Servicio de Interconsulta y Enlace de Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en mayo de 2019 tras ser derivada por el Servicio de Reumatología por “fibromialgia y cuadro de Crohn”. Fue la reumatóloga la que le ofreció seguimiento con Salud Mental, mostrándose la paciente al inicio reticente al no entender la relación entre su dolor y su sistema mental. Finalmente aceptó con objetivo de “probar” algo que pudiera ayudarle a reducir el dolor.

En la primera entrevista fue valorada por una psicóloga clínica y una psiquiatra. La paciente mantuvo llanto durante toda la entrevista, refiriendo encontrarse triste desde hace mucho tiempo (no podía especificar cuánto), sin identificarlo con ningún desencadenante. Negó tener antecedentes personales de atención por un profesional de la salud mental, ni antecedentes familiares de salud mental, si bien el marido presentaba en el momento de la terapia lo que B describía como dependencia al consumo de alcohol, sin seguimiento por parte de ningún profesional.

## **HISTORIA CLÍNICA**

Relató inicio del dolor asociado a la enfermedad de fibromialgia tras primer embarazo de su hija de 16 años en la actualidad (en 2003), con empeoramiento posterior tras el embarazo de su hijo de 11 años (en 2008). Tras el nacimiento de su hija, describió haber aumentado su peso ponderal (no especificaba cuánto), con peligro de afectación en la movilidad de las piernas si se quedaba embarazada de nuevo. Tras retirarle el anticonceptivo desde el Servicio de Reumatología por la patología de dolor crónico, se quedó embarazada de su hijo sin esperarlo. Refirió que los especialistas le recomendaron que abortara, si bien ni ella ni su marido desearon hacerlo. Tuvo una interrupción voluntaria de un embarazo cuando tenía 16 años de edad, fruto de su primera relación de pareja. Posteriormente fue "abandonada" en dos ocasiones por esta pareja, según lo percibido por la paciente. Cuando tenía 27 años conoció a su actual marido, al que ayudó a obtener la nacionalidad española, enseñó parcialmente el idioma español, y apoyó económicamente para que se trasladase a España desde Marruecos.

Tras el nacimiento de su hijo, su marido perdió el trabajo, lo que desencadenó que no pudieran pagar el coste del domicilio donde residían, teniendo que mudarse. Alquilaron una casa en conjunto con parte de la familia de su marido, con quien describió tener relación conflictiva. A lo largo de las citas en psicología, pudo identificar con mayor claridad el desencadenante de su dolor y tristeza actual: "cuando empecé a estar enferma... mi marido perdió el trabajo, perdí todo... mi piso... empezó el dolor...".

Desde el 2009 al 2013 fue intervenida en varias ocasiones: por un quiste ovárico, por epicondilitis izquierda, y por hemicolectomía derecha por estenosis ileon. En 2013 fue diagnosticada de Síndrome de Crohn. Padecía estreñimiento de larga data. Fue diagnosticada de artrosis y de una alteración en un disco vertebral en 2019.

Pese a todos los problemas de salud, B nunca ha tramitado el reconocimiento de porcentaje de discapacidad, y ha mantenido su empleo en la empresa de limpieza pese a necesitar momentos de interrupción laboral temporal.

Durante la evaluación se objetivó que presentaba mal control de los ritmos circadianos: ritmo vigilia sueño alterado, con insomnio mixto de larga data; y falta de regularidad en la alimentación, con episodios de falta de apetito y otros de ingesta mayor de lo que la paciente desearía.

## **EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO**

Se realizó una entrevista clínica semiestructurada para recoger la historia de la paciente, sus antecedentes personales, situación biográfica y exploración psicopatológica.

Si bien B mostraba dificultades para mantener un discurso espontáneo y claro que explicase el porqué de su malestar emocional en ese momento, pudo explicar su dolor y las consecuencias que le estaba suponiendo este, expresando repercusión funcional y emocional.

La paciente había sido diagnosticada previamente de Fibromialgia (M79.0 [CIE-10]) y Síndrome de Crohn (K50 [CIE-10]), por otros especialistas diferentes a los de Salud Mental.

En la valoración realizada desde Salud Mental, se objetivaron criterios de Distimia (F34.1 [CIE-10]). En la medida en la que avanzaba el proceso terapéutico, se objetivó además sintomatología del espectro del estrés postraumático: recuerdos intrusivos ocasionales de eventos traumáticos para ella, dificultades para recordar algunos aspectos importantes de su vida (sobre todo de episodios dolorosos para ella), tendencia al distanciamiento social, falta de interés en actividades que anteriormente le resultaban placenteras, tendencia a la hiperalerta, trastornos del sueño, sentimientos de culpa o vergüenza intensos y desconexión del medio.

## **OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO**

Al preguntarle a la paciente por la expectativa en relación al proceso terapéutico, y por el objetivo que se planteaba en este espacio refirió necesitar ayuda con el tratamiento farmacológico "para estar menos triste", y posteriormente indicó la posibilidad de ser ayudada mediante la escucha.

Los objetivos planteados consistieron en:

- Ayudarle a manejar la intensidad emocional y favorecer su regulación de afectos.
- Favorecer la expresión de sus sentimientos y ponerlos en relación con su biografía para obtener un significado de los mismos.
- Ayudar a reconectar a B con su identidad para fortalecer su estructura yoica y continuar con su proyecto vital.

## **PLAN DE TRATAMIENTO**

En la primera consulta se mantuvo el tratamiento farmacológico con paroxetina 20 mg 1,5-0-0 iniciado por el médico de atención primaria semanas antes. Se recomendó incrementar la dosis a 2 mg si la paciente no sentía efecto del tratamiento en su estado de ánimo general. Se redujo el tratamiento con zolpidem 10 mg a un comprimido antes de dormir en lugar de 2; y se introdujo trazodona 100 mg, medio comprimido antes de dormir, con objetivo de ayudar a regular el ciclo vigilia-sueño.

En diciembre de 2019 su médico de Atención Primaria realizó un cambio de tratamiento de paroxetina a fluoxetina 20 mg. Tras sufrir la paciente un episodio disociativo en dicho mes durante una consulta terapéutica, es valorada nuevamente por psiquiatría, quien sustituye la fluoxetina por duloxetina 60 mg 1-0-0. Mantiene

dicho tratamiento hasta enero de 2020, que abandona ante clínica de dificultad respiratoria por temor a que le influya en su evolución neumológica.

En la valoración inicial de la paciente se recomendó una baja laboral de un mes hasta inicio de mejoría de la sintomatología ansiosodepresiva presentada, así como mantener hábitos de vida saludables en relación a los ritmos cronobiológicos respecto al sueño-vigilia y a la alimentación.

Se inició un seguimiento en el servicio de Psicología Clínica desde mayo de 2019 hasta mayo de 2020, con objetivo de desplegar un espacio de escucha donde colocar y entender su tristeza.

Desde la justificación teórica de la teoría del apego aplicada al vínculo terapéutico (Holmes y Slade, 2019), se llevó a cabo una terapia basada en la escucha activa favoreciendo un vínculo seguro desde el que integrar en la identidad de la persona los aspectos traumáticos que fue necesitando expresar en el contexto terapéutico, sin presión por parte del terapeuta.

Se utilizó la técnica de la línea de vida para explorar biografía, ya que la paciente presentaba algunas dificultades para recordar de forma ordenada lo acontecido, e incluso algunas pérdidas de memoria que trató de rellenar durante la terapia. Refería sentir un "nudo en la garganta" cuando hablaba de aspectos dolorosos, y posteriormente alivio de este tras expresarlo conscientemente.

Mediante la línea de vida, se objetivaron tres focos de intervención (según la Psicoterapia Breve descrita por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia -SEMPYP-): principalmente duelos diferidos desde la infancia, proceso de dependencia-autonomía, e identificación con las figuras materna y paterna.

En relación a los duelos, pudo hablar del fallecimiento de su padre y de la idealización que sentía por él, de la pérdida de su bebé tras la interrupción voluntaria de su embarazo a los 16 años (con ayuda de su madre, de la que describió haber recibido un apoyo ambivalente), de los sentimientos de abandono asociados a los conflictos con su primera pareja, así como de las pérdidas de su piso cuando tuvieron problemas económicos después de que naciera su hijo menor y de la pérdida de salud. Conectaba en algunos momentos el duelo de estos aspectos de su vida con el temor a la muerte, refiriendo sentirse mayor, "cambiada... vieja...", y sentir "asco" por ello. Asimismo, conectó las pérdidas con la forma de relacionarse en el momento actual, por ejemplo con su hijo "tenemos una relación especial, me recuerda a mí de pequeña...", o con su marido "nunca será como mi padre...".

En cuanto al conflicto de dependencia-autonomía, B mantenía una relación ambivalente con su madre de la que pudo hablar durante las sesiones. Al decidir acudir a España para estudiar y encontrar mayor dificultad para hacerlo de la que esperaba, quiso volver a Marruecos, si bien, B comentó que debido al embarazo que tuvo fuera del matrimonio, su madre le recomendó que se quedase en España trabajando. Desde los 27 años fue una de las dos fuentes principales de ingresos económicos de la familia, junto con su hermana mayor. Esto le

generó algunos problemas económicos para sobrevivir en España. En el momento de la terapia, sintió que había tenido muchas cargas y que eso "le dolía". Consiguió viajar a Marruecos y comportarse de forma diferente con su familia: describía que, desde una figura adulta e independiente, pudo colocarse en una posición diferente con su familia de origen, sin sentir cargas, sintiéndose liberada por ello.

En cuanto a la identificación, había dos conflictos que le generaban angustia: qué parte de ella era marroquí y cuál española; y qué tipo de madre quería ser ella. Pudo reflexionar sobre estos conflictos internos y conectar las experiencias vividas con la forma en que se relacionaba interpersonalmente con los otros en España y en Marruecos, y la manera en que ella era madre, repitiendo en ocasiones de forma automática las conductas de su madre.

Se utilizaron técnicas de arriba a abajo como las descritas en relación a la reflexión consciente sobre los conflictos comentados favoreciendo la capacidad de mentalización y regulación emocional. Asimismo, se usaron técnicas de abajo a arriba, esto es, desde lo corporal, para conseguir resultados a nivel cognitivo: estrategias de regulación emocional basadas en relajación muscular, mindfulness, higiene del sueño y psicoeducación sobre la organización de los ritmos circadianos.

## RESULTADOS

En mayo de 2020 se revisó la evolución psicoterapéutica para valorar la necesidad de continuación del proceso con otro psicoterapeuta, dada la finalización de contrato de la persona que le atendía. Se realizó una entrevista semiestructurada de valoración. B refirió que había acudido a terapia "por una cosa y ha salido otra, y tengo que afrontarlo". Al tratar de aclarar esta frase, comentó haberse sorprendido al revisar su biografía durante las sesiones de psicoterapia y haber comprendido la relación de su dolor con sus vivencias. Asoció el malestar emocional en el momento de acudir a Salud Mental con dificultades en la relación con sus hijos, al recordarle su hijo a su infancia y su hija a su adolescencia. Esta última tiene la misma edad que tenía ella cuando sufrió una de las pérdidas que le generaban más dolor (la interrupción del embarazo a los 16 años).

Algunos fragmentos de la última sesión psicoterapéutica son los siguientes:

"He sacado cosas de mi casa, me siento aliviada, tengo los mismos dolores, pero no es lo mismo, tengo la cabeza despejada, antes era de lágrima fácil y tenía una presión en el pecho y ahora no...".

"El reumatólogo me derivó al psicólogo porque creía que mis dolores eran psicológicos, pero yo no me los invento...".

Comentó notar que había conseguido poner límites a su familia de origen y sentirse más liberada por ello, algo que no había podido hacer durante su infancia y parte de vida adulta por temor a que le rechazasen.

Con respecto a la relación con los otros, comentaba notar a su marido más atento con ella, y haber abandonado este el consumo de alcohol desde septiembre de 2019.

Contaba que sus compañeras de trabajo habían notado mejoría en ella: "no me pongo tan nerviosa rápido...".

Identificaba la proximidad y cercanía que había recibido en el espacio de terapia como factores terapéuticos que le habían ayudado.

Comentaba no tener la necesidad de continuar con el seguimiento en salud mental porque sentía que "he colocado mi pasado y no quiero removerlo más...", si bien se mostraba disponible a tener nuevas citas que le ayudasen a ir integrando la incertidumbre asociada a la Pandemia COVID-19 desde marzo de 2020. Finalmente se acordó continuar el seguimiento a demanda, de modo que B pudiera solicitar nueva cita si lo requiriera, no habiendo sido así hasta el momento actual (julio de 2020).

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Al analizar este caso desde la teoría del apego, se puede objetivar historia de trauma complejo desde la infancia y retraumatizaciones posteriores al repetirse historia de pérdidas y duelos sin resolver.

B describía una relación de apego ambivalente con su madre, describiéndola como un apoyo a la vez que percibía de ella situaciones de exposición a amenazas. Destacaba el caso de sentirse temerosa y angustiada desde los 4 años, cuando su madre tenía relaciones extramatrimoniales y le pedía a B que fuera su coartada. Asimismo, comentaba sus sentimientos de abandono con respecto a su madre cuando emigró a España a los 27 años y tuvo que salir adelante sin ayuda de su madre, que le pidió que no volviera a Marruecos.

Manténía asimismo una relación de apego ambivalente con su padre, quien estaba frecuentemente fuera de casa. Sin embargo, relataba algunos episodios de atenciones por su parte que B idealizaba y fantaseaba con volver a revivir. Trataba de comprender la relación de maltrato físico que refería haber entre sus padres intentando identificar un culpable. Con frecuencia, durante la terapia se mostraba ambivalente en la identificación de dicho culpable entre su madre y su padre, algo que le hacía sufrir con gran intensidad, llegando a verbalizar que su padre falleció de la patología coronaria por el sufrimiento que tenía en el sistema familiar.

El estilo de apego ambivalente favorecía que existiera un conflicto en el proceso de individuación-separación de sus progenitores, poniendo en riesgo su capacidad de autonomía e independencia.

Galán (2020) refiere que en el estilo de apego ambivalente la persona trata de asegurarse atención y apoyo ajeno (cuya experiencia de este apoyo se ha basado en la inconsistencia) tendiendo a ser demasiado consciente de los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales relacionadas con la amenaza y la vulnerabilidad.



En este sentido, tenderá a exagerar su malestar de forma inconsciente para asegurarse que la señal de petición de ayuda le llega al otro. Esto puede relacionarse con lo que le ocurre a la paciente del caso analizado en este artículo. La diversidad de la sintomatología somática hace difícil no percibir el malestar de la paciente y facilita la actitud de tenderle una mano de ayuda. Como se indicó al inicio del artículo, es frecuente que las personas con diagnóstico de fibromialgia presenten otras alteraciones como sintomatología gastrointestinal, insomnio u obesidad.

Al mismo tiempo que se emite una petición de ayuda de forma consciente y en ocasiones abrumadora, en el caso de la paciente que analizamos, hay un sentimiento de culpa asociado a la exposición de la necesidad de apego de cara al otro, por temor al rechazo de este. La paciente comentó en varias ocasiones durante la terapia su temor a ser excluida del grupo de personas con el que trabajaba "por prejuicios...", e incluso en algunas sesiones de psicoterapia pedía disculpas por haber hablado de lo que le preocupaba, refiriendo temor de "aburrir" al psicoterapeuta.

Una relación de apego seguro con los padres va a favorecer que estos lleven a cabo la función de espejo de las emociones y estados mentales del bebé que comentaba Winnicott (San Miguel, 2008). Se basa en la conexión que parece haber entre la expresión emocional de los niños pequeños y la respuesta de los cuidadores, que permite a los pequeños una conexión mental de ambos procesos. La función de espejo o de reflejo de los estados mentales del bebé, implicaría, según San Miguel (2008) lo siguiente: el progenitor amplifica el estado emocional del niño y se lo devuelve, favoreciendo así la sensibilización y reconocimiento del menor cuando aparece ese estado mental; se genera una representación secundaria de esa emoción experimentada; se regulan así las emociones más intensas y se instaura la capacidad de comunicar esa emoción.

En la medida en que la respuesta del adulto supone una comunicación contingente para el niño, en la cual se ve respondido con una señal que encaja con la que se envió inicialmente, existe una integración desde el punto de vista de la neurobiología interpersonal (Siegel, 2016).

Fonagy y cols., (2002) sostienen que existe una estrecha relación entre la regulación emocional y el desarrollo del sí mismo o la identidad. Describen la "mentalización" como "el proceso a través del cual tenemos la percepción de que nuestra mente es mediadora de la experiencia que tenemos del mundo". El apego seguro permitiría la internalización progresiva de la capacidad propia de regulación afectiva (Reguera, 2015).

Si pensamos cómo nos puede ayudar a nivel clínico la teoría del apego, Galán (2020) comenta que "más allá de lo verbal, el paciente se relacionará contigo con unos esquemas interaccionales forjados desde esquemas pre-verbales y pre-reflexivos que, más que ser hablados, serán actuados en la relación; y como corolario: aquellos serán modificados a partir de la relación (terapéuticamente) protectora que establezcas con el paciente, donde los aspectos no verbales (presencia física, tono y cadencia de la voz, etc.) serán fundamentales".

El terapeuta ha de constituir una base segura que permita al paciente atreverse a explorar su interior y su exterior (Holmes y Slade, 2019), actuando el terapeuta de espejo para ayudar al paciente a cuestionarse sus

estados y representaciones mentales del yo y de los otros, permitiéndose modularlos. En este sentido, y en relación a lo comentado por Galán (2020) en el párrafo anterior, Fonagy y Allison (2014) sostienen que existe una "vigilancia epistémica" innata, que consiste en una desconfianza natural sobre los otros, de modo que se trataría de una defensa que nos aleja de lo social. Una persona necesitaría percibir en el otro una serie de señales para hacer frente a esta desconfianza innata, que denominan "señales ostensibles", y que se pondrían en marcha también durante el proceso terapéutico, al ser este una relación interpersonal.

Una terapia reciente basada en la teoría del apego es la descrita por Montero-Marín y cols., (2018) y que denominan "Terapia de compasión". Comprende ocho sesiones de 2,5 h de duración e incluye ejercicios de entrenamiento en atención plena, y en la recepción y ofrecimiento de una actitud compasiva en las distintas relaciones interpersonales: amigos, individuos problemáticos para la persona, desconocidos, y para uno mismo. Resultó ser más eficaz que una terapia de relajación en la reducción de sintomatología de dolor en las pacientes con fibromialgia.

En la misma línea, en un estudio reciente, Yarns y cols. (2020) refieren que la terapia basada en la conciencia y expresión emocional puede lograr una reducción sustancial del dolor al procesar las emociones evitadas y contribuir así a la integración en el sistema psiconeuroendocrino-inmunológico comentado en la introducción del artículo.

Bellomo y cols. (2020) han relacionado la tolerancia al dolor con la respuesta a algunos tratamientos psicoterapéuticos (terapia cognitivo conductual, psicoeducación o entrenamiento en conciencia emocional). La eficacia de estas terapias en general fue mayor en las personas con niveles tolerancia al dolor menor, como puede ser el caso de los pacientes con dolor crónico o fibromialgia. El entrenamiento en conciencia emocional obtuvo mejores resultados en cuanto a nivel de tolerancia al dolor por presión que la terapia cognitivo conductual.

La hipótesis del hipocortisolismo en pacientes con experiencia de estrés sostenido abre la puerta a la implementación de líneas de investigación destinadas a analizar la estrategia terapéutica de fomentar la recuperación ante una respuesta de estrés. Resulta congruente con los beneficios obtenidos con estrategias de regulación emocional mediante entrenamiento de una conciencia plena de estas (Matías y cols., 2020).

Una perspectiva terapéutica holística de la fibromialgia resalta la importancia de que en el tratamiento se deban examinar además las actividades de ocio, el descanso o la mejora de la calidad del sueño, para disminuir los síntomas y aumentar la calidad de vida de los pacientes (Matías y cols., 2020; Wiklund y cols., 2020).

Las intervenciones online han aumentado en los últimos 15 años (White y cols., 2020). Estos autores revisan la eficacia de las intervenciones de autoayuda basada en la terapia cognitivo conductual para la ansiedad, la depresión y la angustia en personas con enfermedades crónicas como la fibromialgia. Obtienen resultados

inconsistentes, siendo necesario aclarar el efecto de estas prácticas sobre afecciones de salud específicas, si bien parece que podrían reducir los síntomas mencionados en personas con afectaciones crónicas.

Algunos autores comentan el beneficio de la terapia de grupo para pacientes con fibromialgia. Diéguez (2009) hace hincapié en cómo los factores terapéuticos grupales señalados por Yalom pueden repercutir sobre el bienestar de las pacientes con fibromialgia: sentimiento de pertenencia y de identidad, esperanza, lugar donde uno no necesita demostrar que está enfermo para recibir atención o conseguir tener un vínculo interpersonal seguro, y surgimiento de narrativas alternativas menos rígidas.

Existe una diferencia entre el concepto de "multidisciplinar" y "biopsicosocial", confundándose a veces en el tratamiento de las personas con fibromialgia. En ocasiones, derivar a múltiples especialistas no significa atender a la paciente desde un punto de vista integrado biopsicosocial, sino que puede favorecer incluso la disgregación de la persona.

Ramos (2004) comenta que, en la sociedad occidental actual, en la que impera el capitalismo, "la integración de conocimientos, no van más allá, en muchas ocasiones, de un como si, de una pseudocomprensión de las cosas que, inevitablemente, se acompaña de una actuación que no supone sino más de lo mismo". Esto explica que, en muchas ocasiones, el reumatólogo, el endocrino y el psicólogo que atiende a una persona con una dolencia como la fibromialgia actúa como si estuviera haciendo un trabajo en equipo, holístico, mientras que cada uno no conoce más allá de un fragmento de lo que le ocurre a la persona. Este fragmento, por sí solo, no aporta nada, sino que forma parte de un puzzle que compone la identidad de esta y da sentido a lo que le ocurre, pero aislado no es significativo. La eficiencia en este sentido es cuanto menos cuestionable, pues aumentan los gastos sanitarios y el efecto en el paciente es nimio.

"El capitalismo deja a los pacientes en la pasividad absoluta" (Ramos, 2004). En la medida en la que el paciente sea marginado de las decisiones sobre su intervención y sobre el planteamiento de esta, no va a poder entenderse a sí mismo ni hacerse cargo de su mejoría. Muchas son las quejas que se reciben desde el sistema sanitario acerca de la tendencia demandante de los pacientes con fibromialgia, percibiendo los profesionales que los pacientes no se encargan lo suficiente de ellos mismos. Quizá si pensásemos cómo incluir al paciente en el centro de su tratamiento sería más sencillo para él saber hacia dónde dirigirse. Ocasionalmente, el sistema sanitario colabora en un fenómeno de atribución externa por parte de la persona atendida, que percibe que todo lo que ocurre en relación a ella está fuera de su control, generando narrativas rígidas al respecto.

Como se ha comentado hasta el momento, la fibromialgia es una enfermedad aún muy desconocida que aparece en pacientes cuya psique y constructo neurobiológico parecen estar disociados, y, en ocasiones, también sus realidades sociales. Es decir, existe una disgregación entre las diferentes partes de la persona, y dentro de cada una de ellas. En la medida en la que el sistema sanitario colabore para separar dichas partes va a ser más difícil reparar la estructura yoica de los pacientes con fibromialgia. Esta es una de las limitaciones del caso analizado, en el que no se llevó a cabo una coordinación de caso entre todo el equipo médico, algo

que probablemente hubiera facilitado la comprensión de los síntomas de dolor y asociados tanto a la paciente como a los profesionales. En muchas ocasiones la explicación que subyace a que no se realice un trabajo interdisciplinar es "la falta de tiempo". Esto último tiene que ver con el sistema capitalista, donde prima el deseo de obtener más y más cada vez, con satisfacciones inmediatas y dificultades para tolerar la frustración: más pacientes, más tratamientos diferentes, más profesionales encargados del caso... Quizá a veces lo más útil para el paciente sea simplificar, integrar y sostener.

Ramos (2004) critica a las personas que forman parte de lo que denomina "el capitalismo de ficción", que describe como: "renuentes a los sacrificios y la espera, exigentes del bienestar a corto plazo, familiarizados con las drogas" y cita a Lipovetsky y su "ética sin dolor".

Byung-Chul Han (2015) ha escrito varios títulos sobre la actual sociedad de rendimiento, en la cual lo relevante sería producir sin cesar. Algo de esta filosofía se puede leer entre líneas en la continua producción de síntomas que subyace a la fibromialgia, siendo en ocasiones el sistema sanitario el que colabora en continuar magnificando la sintomatología derivando a nuevos profesionales. Es importante no perder de vista que todos esos síntomas corresponden a un único sujeto, identidad y biografía. Se puede confundir el intento de comprender a la persona con el hecho de disgregar su sistema biopsicosocial.

En el caso comentado, existe un papel importante de lo social que se pone de manifiesto en ambos países a los cuales pertenece la paciente: España y Marruecos. Marr y cols., (2020) estudiaron la relación entre algunas formas de psicopatología y la etnia, objetivando niveles significativamente mayores de trastornos del sueño, trastornos del estado de ánimo y de depresión en las minorías étnicas en comparación con los participantes blancos. Este resultado puede ser consonante con la relación entre sintomatología y disgregación de la identidad comentada previamente, puesto que las minorías étnicas pueden encontrarse con más probabilidad en una sociedad donde se les separa y segmenta. B mencionaba en el espacio psicoterapéutico su sensación de extrañeza, de sentirse diferente en los grupos sociales al mudarse a España, y en la actualidad en sus visitas a Marruecos, y su miedo al rechazo en este sentido. Estos autores informaron de mayores niveles de mejoría de la sintomatología del estado de ánimo en los pacientes pertenecientes a la minoría que en los pacientes blancos.

En síntesis, los objetivos del tratamiento en pacientes con fibromialgia han de incluir la integración de la sintomatología desde un punto de vista biopsicosocial que incluya la atención del sistema psiconeuroendocrino-inmunológico. Se pretende atender a la identidad personal del paciente, incluyendo el dolor dentro de esta identidad y dándole un sentido (Ramos, 2004; Diéguez, 2009).

Ocasionalmente, las personas con dolor crónico pueden obtener del dolor un rol de mártir que dé cuenta de los eventos traumáticos biográficos o de su padecimiento en general. Dotar de sentido al dolor permite integrar el sufrimiento dentro del proyecto vital en contra de intentar eliminarlo, cuyo objetivo ha sido el de las terapias psicológicas utilizadas en su mayoría en las últimas décadas (psicoeducación o terapia cognitivo conductual). En caso de eliminar el dolor sin atenderlo, cabe la posibilidad de que la persona continúe intentando hacer ver

su necesidad de ser escuchada y mirada de una forma diferente, que probablemente le cause el mismo sufrimiento o más que el propio dolor físico. Creerse ese dolor, confiar en lo que la persona está describiendo y darle un lugar, es algo que la paciente que analizamos en este artículo ha comentado como terapéutico para ella a lo largo de todo el seguimiento en Salud Mental.

En cuanto a la integración desde un punto de vista de la biología interpersonal, una persona que haya tenido experiencias de abuso o abandono puede realizar un desarrollo perjudicial del crecimiento de las fibras neuronales que conectan distintas zonas del cerebro, mostrándose este fragmentado (Siegel, 2007), al igual que la identidad de la persona.

Para lograr una integración biopsicosocial, va a ser necesario atender al rol de enfermo y deconstruirlo desde una base segura, esto es, ayudar a la persona a entender ese rol y su función desde una relación psicoterapéutica auténtica, sin juicio y disponible. Analizar esa parte de la persona y explorarla minuciosamente facilitará el poder comprender su utilidad para que el sujeto pueda posteriormente permitirse reconstruirlo conscientemente sin que exista alteración funcional. Es lo que ha ocurrido en el caso de la paciente B: al finalizar la terapia insistió varias veces en que su dolor seguía estando y continuaría ahí, pero ahora le permitía tener otras cosas en la mente aparte de esa, otros roles diferentes al de enfermo.

Una terapia que está ganando peso para trabajar la integración desde un punto de vista biopsicosocial es la Terapia de Sensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing) formulada por Shapiro en 1987. Se ha considerado aplicable para supervivientes de abuso sexual, crimen y combate, así como en víctimas de fobias y otros trastornos basados en la experiencia biográfica. Actualmente es reconocido por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría como un tratamiento eficaz para mejorar los síntomas del TEPT agudo y crónico (Shapiro, 2001). Desde la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (SEMPYP) se está realizando una investigación junto con el Hospital Puerta de Hierro Majadahonda para conocer mejor el efecto de este tratamiento sobre los síntomas de las pacientes con fibromialgia titulada "Impacto del tratamiento con EMDR sobre los síntomas somáticos en pacientes con fibromialgia y trastorno por estrés postraumático".

Como conclusión final, la cita de Israel (1979) resulta ciertamente ilustrativa:

«Hay trastornos psíquicos derivados de un estado de disfunción orgánica; esto es fácilmente aceptado por cualquier médico. Por el contrario, la inversa, es decir, el trastorno somático como consecuencia de un sufrimiento psíquico, puede admitirse solamente en un plano teórico, ya que en el terreno de la práctica se desencadenan los reflejos curadores del médico y se orientan hacia los trastornos orgánicos; no se reconoce que la fuerza que los ha engendrado no la disminuye el tratamiento y que, por tanto, hallará otras vías de manifestación, quizá más peligrosas para el sujeto. Los síntomas en cuestión suelen ser designados con un término vago, cajón de sastre más o menos satisfactorio con el que el médico se descarga de las preguntas embarazosas».

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anon. 1992. Fibromyalgia: the Copenhagen declaration. *Lancet*; 340: 663-664.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bellomo TR, Schrepf A, Kruger GH, y cols. (2020). Pressure Pain Tolerance Predicts the Success of Emotional Awareness and Expression Therapy in Patients With Fibromyalgia. *Clin J Pain*;36(7):562-566.  
doi:10.1097/AJP.0000000000000829
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona, España: Paidós.
- Cabrera, Y.; Alonso, A.; López González, E. y López Cabrera, Ernesto. (2017). ¿Nos enferman las preocupaciones? Una respuesta desde la Psiconeuroinmunoendocrinología. *MediSur*, 15(6), 839-852.
- Diéguez, M. (2009). Enfermedad, identidad y fibromialgia. Deconstruir el rol de enfermo: puerta de entrada a la subjetividad. *Átopos*, (8), 33-48.
- Duval, F, González, F, y Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 48(4), 307-318.
- Feraco P, Nigro S, Passamonti L, y cols. (2020). Neurochemical Correlates of Brain Atrophy in Fibromyalgia Syndrome: A Magnetic Resonance Spectroscopy and Cortical Thickness Study. *Brain Sci.*;10(6):395.  
Published 2020 Jun 20. doi:10.3390/brainsci10060395
- Fonagy P, Gergey G, Jurist EL y Target, M. (2002): *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York, Other Press Lic.
- Galán, A. (2020). ¿En qué mejora la teoría del apego nuestra práctica clínica? Es hora de recapitular. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 2020 Vol. 41(1), pp. 66-73.  
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2917>
- Galvez-Sánchez CM y Reyes Del Paso GA. (2020). Diagnostic Criteria for Fibromyalgia: Critical Review and Future Perspectives. *J Clin Med*;9(4):1219. Published 2020 Apr 23. doi:10.3390/jcm9041219
- Gerdle B, Wåhlén K, y Ghafouri B. (2020). Plasma protein patterns are strongly correlated with pressure pain thresholds in women with chronic widespread pain and in healthy controls-an exploratory case-control study. *Medicine (Baltimore)*;99(22):e20497. doi:10.1097/MD.00000000000020497
- Han, B.-C. (2015). *La sociedad del cansancio (Primera)*. Barcelona: Herder Editorial S.L.

- Holmes, J. y Slade, A. (2019). *El apego en la práctica terapéutica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social. (2019). *Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple y electro sensibilidad*. Segunda Edición. Madrid.
- Israël L. (1979). *La histeria, el sexo y el médico*. Barcelona, Toray-Masson.
- Kang JH, Choi SE, Park DJ, Xu H, Lee JK, y Lee SS. (2020). Effects of add-on transcranial direct current stimulation on pain in Korean patients with fibromyalgia. *Sci Rep*.;10(1):12114. Published 2020 Jul 21. doi:10.1038/s41598-020-69131-7
- López-López A, Matías-Pompa B, Fernández-Carnero J, y cols. (2020). Blunted Pain Modulation Response to Induced Stress in Women with Fibromyalgia with and without Posttraumatic Stress Disorder Comorbidity: New Evidence of Hypo-Reactivity to Stress in Fibromyalgia? *Behav Med*.;1-13. doi:10.1080/08964289.2020.1758611
- Marín, J. L. (2019). *Curso de Experto en Medicina Psicosomática*. Madrid: SEMPYP
- Marr NC, Van Liew C, Carovich TF, Cecchini GA, McKinley LE, y Cronan TA. (2020). The Effects of Racial/Ethnic Minority Status on Sleep, Mood Disturbance, and Depression in People with Fibromyalgia. *Psychol Res Behav Manag*;13:343-353.
- Matías Pompa B, López López A, Alonso Fernández M, Vargas Moreno E, y González Gutiérrez JL. (2020). Stress-Recovery State in Fibromyalgia Patients and Healthy People. Relationship with the Cardiovascular Response to Stress in Laboratory Conditions. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3138. Published Apr 30. doi:10.3390/ijerph17093138
- Montero-Marín J, Navarro-Gil M, Puebla-Guedea M, Luciano JV, Van Gordon W, Shonin E y García-Campayo J. (2018). Efficacy of "Attachment-Based Compassion Therapy" in the Treatment of Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *Front. Psychiatry* 8:307. doi: 10.3389/fpsy.2017.00307
- Moscoso, MS. (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Revista Liberabit*, 15 (2), 143-152.
- Nardi AE, Karam EG, y Carta MG. (2020). Fibromyalgia patients should always be screened for post-traumatic stress disorder. *Expert Rev Neurother*. 2020;10.1080/14737175.2020.1794824. doi:10.1080/14737175.2020.1794824

- O.M.S.: CIE-10. (1992). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Peñacoba C, Perez-Calvo S, Blanco S, y Sanroman L. (2018). Attachment styles, pain intensity and emotional variables in women with fibromyalgia. *Scand J Caring Sci.*;32(2):535-544. doi:10.1111/scs.12477
- Quintner J. (1992). Fibromyalgia: the Copenhagen declaration. *Lancet*;340(8827):1103. doi:10.1016/0140-6736(92)93128-a
- Ramos, J. (2004). Fibromialgia, ¿la histeria en el capitalismo de ficción? *Revista de la AEN*, 24, 89, pp. 115-128.
- Reguera, EA. (2015). Apego, cortisol y estrés en adultos, una revisión narrativa. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35, (125), 53-77. Madrid.
- Romeo A, Di Tella M, Ghiggia A, y cols. (2020). Attachment style and parental bonding: Relationships with fibromyalgia and alexithymia. *PLoS One.*;15(4):e0231674. Published Apr 14. doi:10.1371/journal.pone.0231674
- San Miguel, MT. (2008). Regulación emocional, mentalización y constitución del sí-mismo. *Revista de Psicoanálisis en Internet*, número 29. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000550>
- Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (SEMPYP). 25 de octubre de 2019. [www.psicociencias.org](http://www.psicociencias.org). Madrid. [https://psicociencias.org/pdf\\_noticias/LA\\_PSICOTERAPIA\\_EN\\_LA\\_ENFERMEDAD\\_CORPORAL.pdf](https://psicociencias.org/pdf_noticias/LA_PSICOTERAPIA_EN_LA_ENFERMEDAD_CORPORAL.pdf)
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Guildford Press. ISBN 1-57230-672-6
- Seyle H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*; 138: 32.
- Siegel, D. (2016). *Neurobiología interpersonal: un manual integrativo de la mente*. Editorial Eleftheria. Olivella, Barcelona: España.
- Sociedad Española de Reumatología-SER. Proyecto EPISER 2016: Prevalencia de las Enfermedades Reumáticas en la Población Adulta en España. 2016. <https://www.ser.es/se-ha-presentado-el-estudio-episer-2016-en-la-sede-del-ministerio-de-sanidad-consumo-y-bienestar-social/>



- White V, Linardon J, Stone JE, y cols. (2020). Online psychological interventions to reduce symptoms of depression, anxiety, and general distress in those with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled. *Psychol Med.*;1-26. doi:10.1017/S0033291720002251
- Wiklund T, Gerdle B, Linton SJ, Dragioti E, y Larsson B. (2020) Insomnia is a risk factor for spreading of chronic pain: A Swedish longitudinal population study (SwePain) *Eur J Pain.*;10.1002/ejp.1582. doi:10.1002/ejp.1582
- Yarns BC, Lumley MA, Cassidy JT, y cols. (2020). Emotional Awareness and Expression Therapy Achieves Greater Pain Reduction than Cognitive Behavioral Therapy in Older Adults with Chronic Musculoskeletal Pain: A Preliminary Randomized Comparison Trial. *Pain Med*; pnaa145. doi:10.1093/pm/pnaa145
- Yunus M, Masi AT, Calabro Jj, Miller KA, y Feigenbaum SL. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Sem Arthritis Rheum*; 11: 15 1-171.

# Hacia un lenguaje común en el tratamiento de la obesidad: una mirada psicosomática

*Towards a common language in the treatment of obesity: a  
psychosomatic view*

**Paula García Jorge**

Psiquiatra. Hospital Universitario Ramón y Cajal

## Resumen

Este artículo trata de repasar la etiología y el tratamiento de la obesidad desde una perspectiva psicosomática lo que requiere una mirada complementaria entre los distintos profesionales. Desde la salud mental la labor será descifrar el síntoma, entendiendo que cada paciente enferma de manera única en base a una biografía.

El tipo de apego que el paciente ha tenido con sus progenitores o cuidadores principales nos revela la forma de relacionarse con pares, pero también con el alimento.

Otro de los objetivos del artículo es engranar el tratamiento médico y quirúrgico actual de la obesidad, con el tratamiento psicoterapéutico individual y grupal, entendiendo que todos forman parte de un mismo proceso. A través de una revisión bibliográfica encontramos que la psicoterapia ayuda a los pacientes incluidos en el circuito de cirugía bariátrica a mejorar el reconocimiento emocional en base a sus estados internos, dándonos una oportunidad de resignificar el síntoma y su utilidad. Con la terapia grupal estos pacientes mejoran sus sistemas relacionales, consiguiendo una mejor adaptación al cambio que supone su imagen corporal,

permitiendo mejorar su autoconcepto lo que se traduce en una optimización de los resultados del tratamiento global.

*Palabras clave: cirugía bariátrica, obesidad, psicoterapia grupal, perspectiva psicósomática.*

## **Abstract**

This article tries to review the etiology and treatment of obesity from a psychosomatic perspective, which requires a complementary look between the different professionals. From mental health the task will be to decipher the symptom, understanding that each patient is ill in a unique way based on a biography. The type of attachment that the patient has had with their parents or caregivers reveals the way of relating to peers, but also with the food. Another objective of the article is to mesh the current medical and surgical treatment of obesity with individual and group psychotherapeutic treatment, understanding that they are all part of the same process. Through a bibliographic review we found that psychotherapy helps patients included in the bariatric surgery circuit to improve emotional recognition based on their internal states, giving us an opportunity to re-signify the symptom and its usefulness. With group therapy, these patients improve their relational systems, achieving a better adaptation to the change that their body image implies, allowing them to improve their self-concept, which translates into an optimization of the results of the global treatment.

*Keywords: bariatric surgery, obesity, group psychotherapy, perspective psychosomatic.*

## **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La obesidad es una enfermedad multidimensional que se trata desde un prisma multidisciplinar, donde intervienen una serie de profesionales que tratan de conseguir el normopeso en el paciente. No obstante, la perspectiva o el enfoque desde donde miramos al paciente con obesidad es muy diferente si lo hacemos como nutricionistas, enfermeros, endocrinólogos, psiquiatras, psicólogos o cirujanos, lo que nos lleva a limitar la potencia terapéutica.

En el presente trabajo uno de los objetivos será adquirir una comprensión de la obesidad desde una perspectiva psicósomática que nos ayude a entender al paciente en su totalidad, a través de comprender la complejidad del síntoma obesidad.

Además se pretende justificar la conveniencia del tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes candidatos a cirugía bariátrica mediante revisión bibliográfica. A través del tratamiento psicoterapéutico grupal en estos pacientes, se pretende optimizar los resultados de la cirugía, reduciendo niveles de ansiedad y depresión, mejorando el reconocimiento y expresión emocional en pos de mejorar sus propios estados

internos, mejorando el sistema relacional del paciente, y ayudando a adaptarse al cambio mediante la aceptación de la nueva imagen corporal y del autoconcepto.

La mejor forma de ayudar al paciente será mostrar una mirada comprometida desde todos los profesionales, tratando de entender la obesidad desde la forma única en la que cada paciente enferma.

## **EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA DE LA OBESIDAD**

En todo el mundo el 13% de personas con edad igual o superior a 18 son obesas, lo que corresponde a medio billón de personas. En América es donde se encuentra una prevalencia mayor (27%) y la menor prevalencia se encuentra en el sudeste asiático (5%) (23).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los casos de obesidad casi se han triplicado desde 1975— y las perspectivas de futuro son poco halagüeñas, también en España. Una investigación del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM) de Barcelona, que ha revisado medio centenar de estudios sobre la prevalencia del exceso de peso en España, concluye que ocho de cada 10 hombres y el 55% de las mujeres tendrán sobrepeso u obesidad en 2030. “Si la tendencia se mantiene”, señalan los investigadores, España tendrá más de 27 millones de personas con exceso de peso dentro de 10 años.

La obesidad mórbida constituye en la actualidad un gran problema de salud pública que presenta comorbilidades frecuentes como diabetes mellitus tipo II, hiperlipidemia, hipertensión arterial, apnea obstructiva del sueño, enfermedad cardiovascular, enfermedades articulares degenerativas, algunas neoplasias, depresión mayor y asma bronquial entre otras (12) .

La obesidad afecta también a la autoestima y con frecuencia se asocia a síntomas como la ansiedad, aislamiento social y alteraciones anímicas, lo que lleva a estos pacientes a presentar índices más elevados de morbimortalidad y peor calidad de vida.

Desde una perspectiva etiopatogénica la obesidad es un trastorno multifactorial, resultante de factores multivariados: bio-psico-sociales que dan como resultado el acúmulo de tejido adiposo en relación a un incremento de la ingesta de calorías o una disminución del gasto calórico (18,16). Sin embargo, los factores psicológicos están teniendo cada vez más peso, existiendo fuertes evidencias que apoyan el considerar a la obesidad como un trastorno mental y no sólo orgánico (14).

## **ENTENDIENDO EL SÍNTOMA OBESIDAD**

La obesidad como entidad compleja y multicausal, debe ser leída desde diferentes perspectivas en pos a descifrar el código personal por el que cada paciente tiene una manera única de enfermar. Esto nos lleva a la importancia de traducir el síntoma obesidad desde la individualidad, evaluando si la persona en cuestión tiene necesidad de comer, de masticar o de estar obeso.

Desde una perspectiva psicodinámica entendemos la obesidad como una falta básica, en la cual la persona tiene la necesidad de incorporar alimento en respuesta a la carencia de afecto. Por tanto las personas con obesidad no tienen un problema con la comida sino con el afecto asociado a la comida. Esto nos lleva a detenernos en indagar el tipo de vínculo que tuvieron con sus figuras de apego.

La teoría del apego constituye una de las construcciones teóricas más sólidas para la comprensión y el estudio de la formación de vínculos afectivos entre el bebé y sus cuidadores primarios y, posteriormente, entre adultos. Los vínculos íntimos entre padres e hijos, se forman y se mantienen a partir de mecanismos biológicos, existiendo una fuerte relación entre las relaciones tempranas con los cuidadores y el desarrollo de la personalidad y de psicopatología (8) (9).

Las investigaciones han objetivado una asociación entre estilos de apego inseguros y psicopatología, observándose esta relación especialmente en trastornos afectivos, trastornos alimentarios y trastornos de personalidad limítrofe (22). No obstante no hay estudios clarificadores a la hora de relacionar el tipo de apego con trastornos de la conducta alimentaria de manera específica.

Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) en los estudios que dieron origen al procedimiento de "la situación extraña" para evaluar la relación de apego entre la madre y su hijo durante el primer año de vida, definieron los distintos estilos de apego infantil clasificados en seguro, ansioso-evitativo, ansioso-ambivalente y desorganizado(3).

A partir de los procedimientos de evaluación de los estilos de apego en niños y adultos , se identifican estrategias de control utilizadas frente a la activación del sistema de apego a partir de un evento estresante. La respuesta inicial o "estrategia primaria" consiste en la búsqueda de cercanía de la figura de apego porque ésta actúa de manera sensible, mostrándose disponible y eso permite activar la conducta de apego y permite a su vez que la exploración continúe. Esta estrategia es desarrollada por los sujetos que presentan estilos de apego seguro. Los padres seguros responderían de manera sensible y oportuna a las necesidades individuales del niño, promoviendo el desarrollo de seguridad y confianza en sus vínculos.

Si la figura de apego actúa de manera rechazante, insensible o impredecible, la estrategia primaria es reemplazada por "estrategias secundarias". Éstas consisten en la desactivación del sistema de apego, en el caso de los estilos de apego evitativos, y en la hiperactivación de las conductas de apego e intensificación de la manifestación de malestar, en los sujetos con estilo de apego preocupado (4). Quienes muestran apegos inseguros-preocupados son definidos por Bowlby como quienes presentan disposición a establecer relaciones ansiosas y a mostrar una alta activación de sus relaciones de apego (9).

Fonagy explica la asociación entre historia de apego de los padres y el tipo de relación de apego con sus hijos, a través de una capacidad llamada "función reflexiva", que da cuenta de la comprensión de la conducta de uno mismo y de los otros, en términos de estados mentales. La función reflexiva o mentalización es

definida por Fonagy como una capacidad cognitiva que permite "leer" o inferir estados mentales en sí mismo y en los otros, contando con un componente autorreflexivo y otro interpersonal. Los padres con mayor capacidad de mentalización o función reflexiva brindarán a sus hijos probablemente apegos seguros, ya que logran comprender sus propios estados emocionales y regularlos adecuadamente, así como los de sus hijos. Además, promueven un diálogo reflexivo al interior de su grupo familiar y no presentan distorsiones significativas en sus comunicaciones (22).

Bowlby señaló que las interacciones con las figuras de apego que buscan apoyar la regulación emocional en los niños, se constituyen posteriormente como modelos a los cuales se podrá recurrir para cumplir esta función de manera autónoma. Investigaciones de Berlin y Cassidy (2003) en niños, así como de Kobak, Cole, Ferenz-Gillies, Fleming y Gamble (1993) y Pierrehumbert et al. (2002) en adolescentes, confirman la relación entre la adecuada capacidad de regulación emocional, que incluye la aceptación de afectos negativos, el enfrentamiento de los conflictos y un rol regulador parental moderado con apego seguro (5).

Podemos inferir que cuando el sujeto no tiene internalizado esta capacidad autorreguladora, precisará buscar en un otro o en algo que provenga del exterior (por ejemplo el alimento) la forma de calmarse y regularse emocionalmente, generando conductas relacionales desadaptativas, que en el caso de la obesidad estarían ligadas a la relación con la comida y la capacidad desangustiante que el sujeto con obesidad traslada a la comida.

Los resultados de los estudios realizados en Trastornos de alimentación (TA) y teoría del apego (Chassler, 1997; Pierrehumbert, et. al, 2002; O'Kearny, 1996; Ward, Ramsay & Treasure, 2000) reportan que el patrón de apego inseguro es el más común en los pacientes con trastornos de alimentación. (15).

Bruch refiere que los problemas en el sistema de apego de estos pacientes se relacionan con un deficiente sentido del self, que envuelve un amplio rango de deficiencias en la capacidad reflexiva, conciencia de la imagen corporal y diferenciación de los otros (11).

En concordancia con los planteamientos de Bowlby y Holmes, estos modelos destacan la creación de una base segura en la relación terapéutica (7)(26). Este es un aspecto fundamental debido a la importancia que una buena alianza terapéutica tiene para la adherencia y éxito del proceso terapéutico (34). Esta alianza terapéutica deberá ser cuidada por todos los profesionales que intervienen en el tratamiento del paciente, no esperando a realizarse sólo en el marco de la psicoterapia. De esta manera conseguiríamos trasladar la perspectiva psicosomática al tratamiento del paciente.

De forma más específica para entender la forma de relacionarse de estos pacientes, podremos señalar que sujetos con TA y patrón de apego preocupado, sobrevaloran las relaciones y promueven vinculaciones dependientes, por lo que la permanencia en el tratamiento es más probable, precisando como necesidad inicial en relación a la terapia lograr una mayor autorregulación emocional a partir de la respuesta sensible del

terapeuta que permite la generación de una base segura. Esto pudiera contribuir a la recuperación de la confianza y la exploración, que favorezcan posteriormente un desarrollo autónomo. En cuanto al tipo de terapia, pudieran tal vez beneficiarse de tratamientos grupales y tratamiento individuales.

Sujetos con TA y apego evitativo, infravaloran la necesidad de otros, por lo que más probablemente rechazan la ayuda terapéutica, estableciendo una frágil alianza terapéutica, definida probablemente por la preocupación de otros en relación a su necesidad de ayuda. Lo anterior implica una sobre-regulación emocional, que impide dar espacio a las vivencias de fragilidad y a la necesidad real de otros. De este modo, el trabajo del terapeuta pudiera centrarse en descongelar el excesivo control que ejerce el paciente sobre sí mismo y sus emociones, a partir de encontrar en el terapeuta respuestas sensibles que dan espacio a las necesidades y sentimientos que él no puede ver ni tolerar. En este sentido, la capacidad de mentalización del terapeuta o del equipo de profesionales que trabajan con este tipo de pacientes, puede contribuir a desarrollar en el paciente su función reflexiva mejorando su capacidad de reconocer en sí mismo y en otros, estados emocionales internos e intenciones que le permitan anticipar conductas, mejorar su adaptación y desarrollar otros caminos para la satisfacción de sus necesidades afectivas, que no impliquen la sintomatología alimentaria(6).

Los Trastornos de conducta alimentaria, y por tanto la obesidad, son patologías relacionales. El único sistema de nuestro cuerpo humano que precisa de un otro para funcionar en los primeros momentos tras el nacimiento es el aparato digestivo. El corazón, los pulmones, el cerebro...funcionan de manera automática, en cambio el aparato digestivo precisa de que otro le incorpore alimento para empezar a funcionar. Este alimento partirá en la mayoría de los casos de la figura de apego fundamental a través del pecho o del biberón estableciéndose una relación de necesidad y el comienzo de la creación del psiquismo, que se formará de una manera u otra en función de cómo esa madre y el entorno la modulen. Aquí se inicia la primera relación vincular y será importante poder detenernos en historiar cómo fue esta primera relación en pacientes con TA. Indagaremos cómo estaba emocionalmente la madre o figura de apego principal en los primeros años de vida del paciente, ya que es en esos primeros años donde se iniciaría la primera relación vincular significativa.

En esa primera relación el alimento (pecho/biberón) es un elemento calmante potente de muchas de las emociones displacenteras que siente el bebé, sin embargo es fundamental que la madre, o figura de apego principal, traduzca las necesidades del recién nacido utilizando poco a poco otras herramientas diferentes al alimento para calmarlo. Esto es, el niño puede llorar por tener hambre, pero también por tener frío, dolor, sueño... si la respuesta es siempre el pecho o el biberón, por ausencia de herramientas tranquilizadoras o porque la madre o figura de apego principal se encuentra deprimida y no pueda hacer ese reconocimiento emocional, el bebé interiorizará que el alimento es la forma de gestionar todos sus estados emocionales, y cuando sea adulto tendrá más riesgo de calmar la angustia, el desasosiego o la tristeza a través de una relación disfuncional con la comida. Aquí se formaría esta relación de dependencia con la comida, que aparece en muchas personas con obesidad.

En relaciones vinculares de dependencia donde la persona no ha logrado individuarse de su figura de apego principal, la obesidad puede tener esta función, logrando a través de ella (obesidad) la separación psíquica y constituir un yo independiente. Otras veces, la obesidad puede expresarse como una forma de dependencia con las figuras de apego gestionando las necesidades parentales o familiares desde la renuncia personal a través de realizar un trastorno de conducta alimentaria. Esto nos llevará al estudio del conflicto dependencia-autonomía, explorando vínculos de dependencia entre el paciente y sus figuras de apego.

En un estudio donde analizaban las variables sociodemográficas en pacientes candidatos a cirugía bariátrica, previo a la intervención quirúrgica, se evidenció en un 57% carencia de figuras parentales, entre los que el 38% había sido por fallecimiento y el 15,8% por separación temprana (19).

No podemos olvidarnos de la experiencia traumática, tan presente en la historia de muchas personas que nos consultan y también en personas con obesidad. Desde este prisma la obesidad puede tener un sentido como mecanismo de defensa inconsciente a sentimientos y sensaciones intolerables que pasan por el cuerpo. Hablamos de un trauma infantil pensado pero no hablado, donde el psiquismo no pudo defenderse de manera consciente por no estar formado. Un ejemplo pueden ser las obesidades sexolíticas, en las cuales la persona con obesidad pudo tener antecedentes de abuso sexual en la infancia y de modo defensivo e inconsciente se distancia del ideal de belleza actual que premia la delgadez para irse al opuesto y evitar ser deseados por un otro deseante. La persona que vivió esa situación traumática no pudo hacer otra cosa, no tenía defensas conscientes y el trauma queda encapsulado poniendo en marcha mecanismos defensivos inconscientes que pueden traducirse en diferentes formas de enfermar (Marín, 2020) (44).

Cuando el relato del trauma aparece en la terapia, porque como terapeutas debemos preguntarlo y explorarlo, es importante generar un espacio de escucha activa pero respetuosa y recogerlo de manera sensible y comprometida, ya que en muchas ocasiones es la primera vez que se permiten contarlo o es la primera vez que son escuchados. La culpa muchas veces les acompaña en el relato, y es importante trabajarlo en terapia para poder digerirlo, convirtiendo algo intolerable en tolerable, y algo doloroso en reparador.

Los duelos como son las muertes, las pérdidas de trabajo o las separaciones son otras experiencias traumáticas que pueden manejarse a través del enfermar psíquico y más concretamente a través de síntomas alimentarios. A veces las personas que han tenido experiencias traumáticas, se retraumatizan con experiencias sucesivas de pérdidas o de vacío, y por tanto el trauma se hace más complejo y difícil de tratar. Por ello mediante técnicas específicas del tratamiento del trauma deberemos intentar llegar hasta el trauma origen y trabajarlo.

La obesidad es muchas veces un equivalente depresivo, de una herida de relación no solventada pero sí perpetuada, que se manifiesta a través de una relación patológica con la comida mediante la cual manejar esta tristeza. Explorando la emoción asociada a la conducta alimentaria nos podemos acercar al significado que para la persona tiene la acción de comer.



Los estudios que relacionan personalidad con obesidad mórbida no han encontrado asociación con un estilo de personalidad específico. Señalándose diversos perfiles con gran heterogeneidad. Algunos autores describen dificultades emocionales, destacando las tendencias depresivas. Por su parte Chaguán en la Ponencia presentada en el III Congreso IF SO Latinoamericano en 2009, señala que en dichos pacientes existe una alta represión emocional y dificultad de manifestar necesidades afectivas, así como elementos de personalidad inseguros y ansiosos.

El hecho de ingerir alimento de manera constante o elevadas cantidades a modo de atracón puede indicarnos signos de inmadurez, de intolerancia a la frustración que sería el no comer.

En este contexto, algunos autores plantean que los pacientes obesos, especialmente mujeres, presentarían una relación entre sobrealimentación y alexitimia, (dificultad para identificar en sí mismo el componente afectivo de las emociones y expresarlo verbalmente) (35). Lo anterior implicaría limitaciones para el reconocimiento y posterior modulación afectiva, especialmente de estados emocionales negativos, favoreciendo conductas de sobrealimentación, como un modo de autorregulación. Sin embargo, también hay investigaciones que no muestran asociaciones significativas entre obesidad y alexitimia (2).

Además de características como alexitimia, otros autores han encontrado que las personas con obesidad presentan con mayor frecuencia dificultades para exponerse en situaciones sociales, rasgos de egocentrismo, autorreferencia, pasividad y dependencia, incapacidad para el control e hipersensibilidad a la crítica (19).

En un estudio de Raquel Zonis de Zukerfeld y Ruben Zukerfeld en 1998, cuyo objetivo era observar la relación entre alexitimia, atracones y sobrepeso en la población femenina, observaron que en las mujeres obesas con IMC menor a 40 el 21% tenía atracones y el 29,5% alexitimia, y entre las mujeres con IMC mayor de 40 los porcentajes eran 44,3% y el 48,1% respectivamente. Además el 67% de las mujeres obesas con atracones eran alexitímicas, mientras que aquellas que no tenían esta patología el porcentaje de alexitimia se reducía hasta el 25% (43).

El rol que la sociedad juega en la obesidad es importante, a través de un mensaje de doble vínculo en el cual el ideal de belleza es la delgadez y por otro una publicidad implacable de alimentos y bebidas hipercalóricas que ponen muy difícil adquirir hábitos alimentarios saludables. Además los alimentos presentan un sesgo económico importante de manera que alimentarse bien es mucho más caro que hacerlo mal.

La consideración social de la obesidad ha provocado una estigmatización de las personas que la padecen, reforzando prejuicios que se traducen en aislamiento social, discriminación, depresión, insatisfacción, incapacidad y baja autoestima(19) lo que genera dificultades que se añaden a las dificultades que originaron la aparición de esta condición.

## TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN NUESTROS DÍAS

El tratamiento de la obesidad en nuestros días pasa por un abordaje médico, nutricionista, a veces psicológico y si la evolución no es buena o se presentan comorbilidades importantes, la cirugía termina siendo la opción más aceptada.

Diversas guías de intervención en el tratamiento de la obesidad describen como primer objetivo, desde el punto de vista médico, descartar una causa secundaria de la obesidad, evaluando el grado de ésta y las comorbilidades asociadas.

Dentro de los objetivos del tratamiento señalan la necesidad de establecer un objetivo realista (reducir un 10% del peso corporal) para evitar la frustración asociada a la no consecución de unos objetivos poco realistas. La base del tratamiento médico será la modificación del estilo de vida, estableciendo un plan de alimentación ajustado a las características, gustos o creencias del paciente, con un aporte de 500 calorías menos sobre el gasto energético calculado, con el fin de conseguir balance energético negativo. La dieta ideal es aquella que pueda ser mantenida en el tiempo (36).

La palabra dieta puede llevar a la restricción angustiosa de alimento y terminar por conductas de atracón o pseudoatracción y generar el llamado "efecto yo-yo". La indicación dada desde el Servicio de Endocrinología del Hospital Ramón y Cajal es realizar una dieta equilibrada, con una distribución de macronutrientes: menos del 30% grasa, 15-20% proteínas y 45-60% carbohidratos (36).

Estas guías señalan como segundo pilar fundamental en el tratamiento de la obesidad el ejercicio físico. Los beneficios se observan con la actividad física moderada, reduciendo también las comorbilidades asociadas a la obesidad. En un estudio europeo se observó que en pacientes con IMC mayor a 30 la inactividad física era la responsable del doble de fallecimientos que en la obesidad en general (20).

Un estudio cuyo objetivo era ver el mejor tratamiento en obesidad en pacientes con obesidad mórbida previo a la intervención de cirugía bariátrica, observaron pérdidas de peso significativas en los grupos donde se aplicó un programa de ejercicio en relación al grupo donde no se llevó a cabo dicha intervención (37).

Como tercer pilar del tratamiento médico se encuentra la farmacología, reservándose a pacientes con IMC mayor a 30 kg/m<sup>2</sup> o IMC mayor a 27 kg/m<sup>2</sup> con otros factores de riesgo o enfermedades asociadas (HTA, diabetes, enfermedad coronaria, apnea del sueño...). Actualmente hay 5 fármacos probados por la FDA de los cuales solo 2 están autorizados para la utilización en España (orlistat y liraglutide 3mg) (36).

Cuando el tratamiento médico de la obesidad ha fracasado, se plantea como herramienta eficaz, previa indicación, la cirugía bariátrica. Las indicaciones de la cirugía bariátrica son: pacientes entre 18 y 60 años, IMC mayor a 40 o IMC mayor a 35 asociado a comorbilidades como: HTA, DM2, SAOS, DL, artrosis radiológica.

Otras indicaciones: IMC mayor a 30 asociado a DM2 con mal control glucémico, falta de respuesta a tratamiento médico durante al menos 1 año y ausencia de enfermedad endocrina responsable.

Las técnicas quirúrgicas pueden incluir tratamientos restrictivos, malabsortivos o mixtos, siendo la gastrectomía vertical sleeve gástrico y el by pass gástrico las técnicas más frecuentemente empleadas (36).

La cirugía bariátrica se presenta como tratamiento eficaz en los casos de obesidad mórbida que no han respondido a otras terapias, pudiendo alcanzar una reducción del 40-60% de exceso de peso (32).

Sin embargo es importante transmitir y trabajar con los pacientes que la cirugía bariátrica constituye solo parte de un largo proceso que implica cambios sustanciales tanto físicos como psicosociales para el paciente y para su entorno. Esto es importante porque no es poco frecuente que los pacientes consideren la cirugía como una herramienta final a su problema, poniendo en ella expectativas de cambio idealizadas que muchas veces no se traducen en la desaparición de la obesidad. He usado la palabra desaparición, porque considero importante trabajar este concepto, igual que hasta llegar a unas cifras de peso en rango de obesidad tuvo que pasar tiempo, y no fue de un día para otro, la resolución del problema y la finalidad de conseguir y mantener un normopeso es un camino complejo donde se necesita gastar tiempo e implicación.

El hecho de llegar a precisar una intervención quirúrgica conlleva un compromiso mayor de la persona y será fundamental tratar de ayudarlo a dar un sentido a esta experiencia.

No es por tanto una solución que viene de fuera de la persona implicada y produce una curación sino que es a través de la motivación de la persona, ayudada por herramientas que parten desde la medicina, nutrición, enfermería, psicología y psiquiatría la forma en la que el cambio y el mantenimiento del cambio es posible. Esta necesidad de cambio en los hábitos de alimentación, en el patrón alimentario y en el auto cuidado implica la concepción de un paciente activo, comprometido con dicho cambio y capaz de hacerse cargo de las consecuencias de su conducta (19).

La disminución de la ingesta tras la cirugía se explica a través del efecto de dumping, restricción gástrica y malabsorción, no tratándose la causa de la obesidad por lo que la cirugía no es el final del tratamiento sino solo una etapa del tratamiento contra la obesidad mórbida (24).

El abordaje psicoterapéutico tanto individual como grupal es muy importante dentro de todo el proceso de tratamiento de la obesidad, como así lo muestran diversos estudios que citaremos a continuación. Se trata por tanto de integrar todos los recursos que tenemos a nuestra disposición de un modo integrado y coordinado.

## **IMPORTANCIA DE LA PSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD**

Se estima que entre un 20-60% de los pacientes con obesidad mórbida en programas de cirugía bariátrica presentan patología psiquiátrica concomitante (40) (19). Los diagnósticos más prevalentes en pacientes con obesidad candidatos a cirugía bariátrica fueron por orden de frecuencia: trastorno por atracones, trastornos afectivos, trastornos adaptativos y trastornos de personalidad (21). Denisse y colaboradores describen en su estudio que un 82,1 % de pacientes candidatos a cirugía bariátrica refieren calidad de vida de regular a muy mala, así como un 85% señalan intensa insatisfacción corporal, añadiéndose un 56,8% que presentaba trastorno por atracones (19).

Será importante incluir un abordaje psicológico/psiquiátrico del paciente de forma previa y tras la intervención quirúrgica para optimizar los resultados a largo plazo. El enfoque multidisciplinario e interdisciplinario de la cirugía bariátrica es clave para el éxito, y de acuerdo con los datos conocidos un psiquiatra y un psicólogo deberán estar incorporados al equipo terapéutico (13).

Más allá de las comorbilidades psiquiátricas que presentan estos pacientes y justifican el abordaje, cuando entendemos la obesidad como una enfermedad que se ha formado desde los primeros vínculos, desde los posibles traumas y desde la forma de relacionarnos desde pequeños, entendemos y comprendemos que un abordaje que excluya la parte psicoterapéutica puede resultar muy pobre. El objetivo será dar sentido al síntoma y generar recursos en los pacientes para que no necesiten la obesidad para mantenerse en la vida.

Este abordaje comienza desde la vinculación con el paciente en las entrevistas previas a la cirugía en su etapa prequirúrgica, viéndose un momento clave para afianzar este vínculo en la etapa de hospitalización postquirúrgica, donde el paciente se encuentra recién operado en un momento delicado de un sentir vulnerable.

En la valoración de estos pacientes en etapa prequirúrgica con el objetivo de ayudar a comprender el síntoma obesidad será importante comenzar por la biografía del paciente, la relación con sus figuras de apego principales y el tipo de apego (seguro/inseguro). Explorar la contratransferencia del paciente en la entrevista clínica (esto es, los sentimientos que nos despierta el paciente en la relación terapéutica) nos dará mucha información del tipo de relación que tuvo con las figuras de apego.

Preguntaremos por la existencia de vivencias traumáticas.

Exploraremos la historia de inicio y evolución de la obesidad, así como la historia familiar en relación a hábitos de alimentación y la forma de relación predominante. Abordaremos los hábitos alimentarios actuales: cuándo, cómo, cuánto, con quién y qué come (esto último nos ayudaría a tener una idea de qué tipos de alimentos prefiere el paciente).

Se explorarán fenómenos como la impulsividad y la tolerancia a la frustración, así como rasgos de alexitimia y capacidad de mentalización.

Se medirá el autoconcepto y posibles alteraciones en la imagen corporal y de autoestima.

La sexualidad es un área que deberemos contemplar y entender dentro de la historia del paciente, muchas veces resulta inhibida.

Será necesario conocer el entorno familiar y social del paciente, su estilo de vida, a qué se dedica, sus hobbies, sus relaciones sociales y el entorno de origen y nuclear del paciente.

Con esta información podremos valorar tanto las raíces de la obesidad como los efectos de la misma a nivel físico, emocional, sexual y social.

Preguntaremos a todos los pacientes por los objetivos, metas y expectativas en relación a la cirugía y al abordaje psicoterapéutico, así como la motivación a consultar y su disposición al cambio (38).

Será importante y necesario establecer puentes entre el discurso médico tan distanciado de la experiencia biográfica y el discurso psicoterapéutico, proponiendo que los pacientes puedan dar un sentido reflexivo a su forma única de enfermar, transitando por sus vínculos tempranos, sus mecanismos de defensa para llegar a entender su necesidad inconsciente de estar obesos.

Esto reflejaría el ser capaces de ver al paciente en su totalidad, teniendo en cuenta el cuerpo y la mente sin disociarlos, lo que hablaría de trabajar con el paciente desde una perspectiva psicosomática interdisciplinar.

Se propone el formato grupal como herramienta que puede ayudarnos a conseguir los objetivos, trabajando aspectos como son la relación terapéutica como símil de sus relaciones primarias, establecer relaciones entre la conducta, el afecto y la cognición y dar pautas más conductuales de hábitos de alimentación saludables. Se podrán incluir registros alimentarios con el fin de tomar conciencia de la forma de alimentarse y de las emociones circundantes en el acto de comer, así como los alimentos que eligen con mayor frecuencia y de los que comen mayores cantidades.

Trabajaremos aspectos relacionales a través de técnicas de identificación así como herramientas de resolución de problemas, posibilitando el reconocimiento emocional propio y ajeno en pos de garantizar una adecuada función reflexiva y empática del paciente.

La imagen corporal será trabajada desde la identificación y la exposición al grupo, pudiendo compartir el significado y las emociones asociadas a esta imagen corporal con personas con las que se identifican.

Los aspectos motivacionales serán importantes elementos que mediarán la disposición al cambio.

Otras técnicas grupales que utilizaremos serán la escucha activa y la identificación entre los integrantes del grupo, compartiendo vivencias desde un plano más emocional que permita dar un sentido a la enfermedad, tejiendo una narrativa propia inspirada desde la narrativa común. El grupo puede posibilitar la reparación en las relaciones dañadas a través de un clima de respeto, confianza y confidencialidad.

La mentalización y la capacidad emocional autorreguladora se trabajarán desde una perspectiva grupal incorporando situaciones en el aquí y ahora como una forma de dar potencia a técnicas emocionales y relacionales, pudiendo mejorar la autonomía del paciente.

En diferentes estudios se obtiene un beneficio significativo al realizarse intervenciones psicoterapéuticas grupales previo a la cirugía bariátrica. Abilés y sus colegas concluyen que el 94% de los pacientes que había recibido terapia cognitivo conductual previa a la cirugía lograron perder más del 50% del exceso de peso, así como presentar menos índices de ansiedad y depresión y mayores de autoestima (1).

En otro estudio publicado en 2014, la terapia cognitivo conductual grupal recibida por los pacientes de manera previa a la cirugía consiguió una pérdida de peso promedio de 5,7 kg en las cinco semanas que duró la intervención, mejorando la calidad de vida de esos pacientes y mejorando la percepción corporal (42).

Kathleen Ashton y colaboradores describen reducciones significativas de las conductas de atracón tras 4 sesiones de terapia cognitivo-conductual grupal en pacientes con Trastorno por atracón y obesidad candidatos a cirugía bariátrica (30).

En un estudio de corte cualitativa los pacientes que participaron en un programa de intervención grupal previo a la intervención quirúrgica valoraron el grupo como un recurso exitoso para el cambio de estilo de vida a través del establecimiento de conexiones psicológicas con otros pacientes y el fomento de identidad social compartida (10).

En relación a la variación de peso relacionado con las intervenciones psicoterapéuticas en pacientes incluidos en programas de cirugía bariátrica, no aportan resultados firmes, habiéndose publicado estudios que sí identifican mayores tasas de pérdida de peso en pacientes que habían participado en terapias grupales tras la intervención quirúrgica (25), además de mejoría en la percepción corporal y actitud al tratamiento tras una intervención grupal cognitivo conductual en pacientes candidatos a cirugía bariátrica (41).

En la etapa inmediatamente posterior a la cirugía el paciente cambia de imagen corporal, pudiendo no corresponder con la imagen idealizada, es por ello que estos momentos precisan de un acompañamiento psicoterapéutico para poder trabajar con las expectativas frustradas y reconvertirlo en elementos ricos que ayuden a construir herramientas en el paciente.

Esta nueva imagen corporal debe ir pareja de una adquisición de habilidades sociales que han debido de ser trabajadas de manera previa y entrenadas en los momentos post, ya que el autoconcepto se modifica.

Tras la cirugía bariátrica se han descrito mejorías en la percepción de discriminación y estigmatización, así como mejoría en los contactos y actividades sociales, autoestima, limitaciones físicas y en la satisfacción corporal tras pérdidas significativas de peso (40). Sin embargo también se han descrito patología afectiva, aparición de trastornos alimentarios en personas de las que no se tenían reportes de estos diagnósticos, así como importante malestar psicológico asociado al importante cambio físico.

En un estudio cifran en un 40% los pacientes que sin historia de trastornos afectivos presentan clínica depresiva tras la cirugía (39). Otros estudios presentan cifras menores al 16% (29) (28). Es importante añadir que una de las complicaciones de la cirugía bariátrica a largo plazo es el suicidio con un porcentaje entre 8,8% y 37,5% (27).

Clark y su equipo demostraron que la disminución de peso después del tratamiento quirúrgico dependía de varios factores entre ellos, del estado psiquiátrico del paciente. Observaron que los pacientes con enfermedad psiquiátrica que habían sido atendidos de manera adecuada previo a la cirugía lograron disminuir significativamente el peso en comparación con aquellos que no recibieron esta atención (17).

Otros autores señalan la utilidad de la psicoterapia pre y post cirugía ya que promueve una mayor estabilidad psicológica del paciente y le ayuda a mantener el peso perdido (33)(31).

Estos datos nos hacen detenernos en pensar la importancia de realizar un tratamiento integrado de los pacientes con obesidad a través de un equipo de profesionales no sólo coordinados sino también relacionados, incluyendo la intervención psicoterapéutica en todos los pacientes a través de formatos individuales y/o grupales, comenzando desde etapas previas a la consideración de la cirugía.

## **CONCLUSIONES**

La obesidad es una enfermedad compleja, que lleva a los sujetos a diferentes formas de enfermar. El tratamiento por ello también es complejo.

A lo largo del presente escrito hemos hablado de la importancia de preguntarnos con cada paciente cuál es el sentido de su obesidad y entender su historia personal es fundamental para ayudarlo a corto, medio y largo plazo.

El abordaje médico, nutricional, quirúrgico y psicológico de estos pacientes debería poder realizarse a partir de un equipo que entienda la obesidad desde su perspectiva psicosomática, viendo al paciente como un todo y no segmentado, trabajando de manera relacionada y no solo coordinada.

La cirugía bariátrica es una técnica útil en este camino hacia la salud física y psíquica, y requiere que el paciente pueda recibir un tratamiento psicoterapéutico pre y pos cirugía para optimizar los resultados quirúrgicos como ya han mostrado diversos estudios que se citan en el texto.

La obesidad también les ha dado sentido a su experiencia y ocupa un rol familiar, social y laboral que debemos ayudarles a entender y a descifrar por medio del trabajo psicoterapéutico tanto individual como grupal.

El grupo psicoterapéutico posibilita un espacio en el aquí y ahora que facilita escenarios relacionales que nos pueden llevar a fuentes etiológicas de la enfermedad, partiendo de la idea que los trastornos de alimentación son enfermedades relacionales. Ayudar a entender la relación entre la comida y el afecto, conseguir herramientas de regulación emocional trabajadas en la interacción entre sus miembros, trabajar con el autoconcepto y la aceptación de la imagen corporal, compartir experiencias que permitan la exposición en el grupo y la identificación y potencien la capacidad de vinculación, serán elementos que ayuden al paciente a dar sentido al síntoma y le doten de herramientas que le permitan relacionarse con pares y con la comida de manera normalizada y gratificante.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Abilés V, Abilés J, Rodríguez-Ruiz S, Luna V, Martín F, Gándara N Y Fernández-Santaella MC. Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la pérdida de peso tras dos años de cirugía en pacientes con obesidad mórbida. *Nutr Hosp.* 2013;28(3):1109-1114.
- (2) Adami G, Campostano A, Ravera G, Leggieri M, Scopinaro N. Alexithymia and body weight in obese patients. *Behav Med* 2001; 27: 121-6.
- (3) Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation.* New Jersey: Erlbaum.
- (4) Belsky, J. (1999). Modern evolutionary theory and patterns of attachment. En J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (pp. 141- 161). New York: Guilford Press.
- (5) Berlin, L. & Cassidy, J. (2003). Mothers self-reported control of their preschool children's emotional expressiveness: a longitudinal study of associations with infant-mother attachment and children's emotion regulation. *Social Development*, 12, 477- 495.
- (6) Biederman K, Martínez V, Olhaberry M, Cruzat C. Aportes de la teoría del apego al abordaje clínico de los trastornos de alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XVIII, núm. 3, noviembre, 2009, pp. 217-226.
- (7) Bowlby, J. (1995). *Una base segura.* España: Paidós.
- (8) Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *Internacional Journal of PsychoAnalysis*, 39, 350-373.
- (9) Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva.* Buenos Aires: Paidós.
- (10) Br. J. Patient experiences of a bariatric group programme for managing obesity: a qualitative interview study. *Health psycholo.* 2017.
- (11) Bruch, H. (1971). Anorexia Nervosa in the male. *Psychosomatic Medicine.* 33, 31-48.
- (12) Bunchwald H, Avidor Y, Braundwald E, Jensen M, Pories W, Fahrback K, et al. Bariatric Surgery: a systematic review and meta analysis. *JAMA* 2004; 292: 1724-1737.
- (13) Bustamante F, catalina Williams d, Eduardo Vega P y Benjamin Prieto D. Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Rev. Chilena de Cirugía.*

VOL 58- N°6, Dic 2006; págs. 481-485.

- (14) Bustamante F, Williams C, Vega E, Prieto B. Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. Rev Chil Cir 2006; 58: 481-5.
- (15) Chassler, L. (1997). Understanding anorexia nervosa and bulimia nervosa from an attachment perspective. Clinical Social Work Journal, 25, 407-423.
- (16) Chinchilla A, Quintero FJ, Correas J, García V, Chinchilla, A, Editors. Obesidad y psiquiatría. Concepto y Clasificación de la Obesidad. Barcelona, España: Editorial Masson; 2005. p. 9-14.
- (17) Clark M, Balsinger B, Sletten C, Dahlman K, Ames G, Williams D et al. Psychosocial Factor and 2 year outcome following bariatric surgery for weight loss. Obes Surg 2003; 13: 739:745.
- (18) Cuevas A, Reyes MS. Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora? Rev Med Chile 2005; 133: 713-22.
- (19) Denisse Montt S, Alejandro Koppman A, Mariela Rodríguez O. Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. Revista hospital clínico Universidad de Chile Vol.16 N°4 año 2005.
- (20) Ekelund U, Ward HA, Norat T, Luan J, et al. Activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: European Prospective Investigation into Cancer and nutrition study (EPIC). Am J Clin Nutr. 2015; 101 (3): 613-21.
- (21) Elizagarate E, Ezcurra S, Sánchez PM. Aspectos psiquiátricos del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Rev. Salud Mental 2001;3.
- (22) Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. Trabajo presentado en el grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo, reunión de la asociación psicoanalítica Americana Washington DC, EEUU, extraído el 23 de abril de 2009, <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-delapego-una-nueva-teoria>.
- (23) Global Health Observatory (GHO) data web site (internet). Overweight and Obesity Adults 18+. WHO 2016. Available from: [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/overweight\\_text/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/)
- (24) Guzmán S. Boza C. Reflexiones sobre la cirugía de la obesidad mórbida. Rev CHIL Cir 2001; 53: 129-134.
- (25) Hildebrandt SE. Effects of participation in bariatric support group after Roux –en- Y gastric bypass. Obes Surg 1998 Oct, 8(5): 535-42.

- (26) Holmes, J. (2001). *The search for the secure base: attachment theory and psychotherapy*. Brunner Routledge, Hove.
- (27) Hsu G, Benotti P, Dwyer J, Robert S, Saltzman E, Shikora S et al. Nonsurgical factor that influence the outcome of bariatric surgery: A review. *Psychosomatic medicine* 1998; 60: 338-346.
- (28) Hsu L, Betancourt S, Sullivan S. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. *Int J Eat Disord* 1996; 19: 23-34.
- (29) Hsu L, Sullivan S, Benotti P. Eating disturbances and outcome of gastric bypass surgery: a pilot study. *Int J Eat Disord* 1997; 21: 385-390.
- (30) Kathleen Ashton, PhD, Michelle Drerup, PsyD, Amy Windover, PhD, Leslie Heinberg, PhD. Brief, four sesión group CBT reduces binge behaviours among bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 5 (2009) 257-262.
- (31) Kinz j, Trefalt E, Fiala M, Biebl W. Psychoterapeutic treatment of morbidly obese patients after gastric banding. *Obes sURG* 2002; 12: 292:294.
- (32) Mun EC, Blackburn GL, Matthews JB: Current status of medical and surgical therapy for obesity. *Gastroenterology* 2001; 120: 669-81.
- (33) Nicolai a, Ipoliti C, Petrelli M. Laparoscopic adjustable gastric banding: Esencial Role of psychological Support. *Obes Surg* 2002; 12: 857-863.
- (34) Orlinsky, D., Ronnestad, M. & Willutzky, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. En M. Lambert, *psychotherapy and behavior change* (pp. 307 – 389). New York: John Willey & Sons.
- (35) Pinaquy S, Chabrol H, Simon C, Louvet J-P, Barbe P. Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obes Res* 2003; 11: 195-201.
- (36) Priego Jiménez P, Galindo Álvarez J, Botella Carretero JI, Gacía- Moreno Nisa F, Cuadrado Ayuso M, Carda Abella P. (2017). *Manual de cirugía de la obesidad para profesionales de atención primaria*. Unidad de Cirugía Esófago-Gástrica Bariátrica.
- (37) Rejane Marcon E, Baglioni S, Bittencourt L, Neumann CR, Trindale MRM. What is the best treatment before bariatric surgery? Exercise, exercise and group therapy or conventional waiting: a randomized controlled trial. *Obes Surg* 2017. 27:763-773.

- (38) Ríos Martínez BP, Sánchez Rentería M, Guerrero Hernández M, Pérez Carbajal D, Gutiérrez Pérez S, Rico Rodríguez M, Balsa Fadanelli et al. El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. *Cirujano Gneral* Vol. 32 Núm. 2-2010.
- (39) Ryden O, Olsson SA, Danielsson A, Nilsson-Ehle P. Weight loss after gastroplastic: Psychological sequelae in relation to clinical and metabolic observations. *J Am Coll Nutr* 1989; 8: 15-23.
- (40) (2) Sarwer D, Wadden T, Fabricatore A. psychosocial and behaviour aspects of bariatric surgery. *Obesity Research* 2005; 13: 639-48.
- (41) Sierra Murgía, M; Intervención cognitivo-conductual grupal para pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Acta.colomb.psicol.* 17 (1): 25-34, 2014.
- (42) Sierra Murguía M, Vite Sierra A, Torres Tamayo M. Intervención cognitivo conductual grupal para pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Acta.colomb.psicol.* 17(1): 25-34,2014.
- (43) Zonis, R.; Zukerfeld, R.; Quiroga, S. (1998). "Conducta alimentaria, peso corporal y psicopatología en jóvenes universitarias". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. 7 / N II, 159-166.
- (44) Marín, J. L. (2020). *Curso de Experto en Medicina Psicosomática*. Madrid: SEMPYP.

# Psicoterapia centrada en la transferencia para Trastorno Límite de la Personalidad

## *Transference focused psychotherapy (tfp) of the borderline personality disorder*

**Iker Urquiza Zorriqueta**

Psicólogo

### **Resumen**

Se trata de un trabajo en el que se aborda la Psicoterapia centrada en la transferencia para trastorno límite de la personalidad, en el ámbito penitenciario. Siendo un colectivo al que resulta complicado dar respuestas adecuadas, y la acuciante necesidad de hacerlo, la TFP proporciona una intervención global, eficaz y validada empíricamente para hacerlo. Es por ello por lo que en el presente trabajo se trata resumir las principales técnicas que tan efectivas resultan para ejecutar dicha terapia.

*Palabras clave: psicoterapia, psicoterapia centrada en la transferencia, trastorno límite de la personalidad*

### **Abstract**

This paper deals with Transference-Focused Psychotherapy for borderline personality disorder, in the prison context. Being it a group which it is difficult to give adequate answers to, and the pressing need to do so, TPF

provides a global, effective and empirically validated intervention in order to satisfy this need. Therefore, this paper attempts to summarize the main techniques that are so effective to execute the aforementioned therapy.

*Keywords: psychotherapy, transference-focused psychotherapy, borderline personality disorder*

## **INTRODUCCIÓN**

En el presente ensayo se tratará de exponer algunas de las múltiples dificultades a las que debemos enfrentarnos en nuestra profesión lo/as psicólogos clínicos en especial aquello/as que desarrollamos nuestra labor en él medio penitenciario. Si bien es cierto que el trabajo que presentaré a continuación no es una solución definitiva confío en que contribuya a dar los pasos necesarios para mejorar la atención que reciben las personas con trastornos de la personalidad en general y las personas con trastornos límite de la personalidad en particular.

Este interés nace desde un punto de vista profesional, por supuesto, pero también desde un punto de vista casi trascendental en el que me surgen preguntas como: ¿Puede la personalidad estar trastornada? ¿Se puede modificar la personalidad si esta resulta estar trastornada? ¿Influyen los aspectos sociales, la cultura, históricos... a la hora de clasificar una personalidad como trastornada o no? ¿Puede que una personalidad se considere trastornada en un entorno y sea adaptativa en otro?

Dado que mi actividad profesional se desarrolla dentro de un centro penitenciario, considero de primera necesidad abordar y dar respuesta a todas estas preguntas en pro de mejorar la atención a las personas atendidas. Por si fuera poco, en este entorno el aspecto clínico a menudo se ve entrelazado con el jurídico-penal dificultando aún más si cabe la intervención clínica. Y es que muchas de estas cuestiones revierten en la salud y en la situación penal de las personas internadas, ya que a día de hoy hay personas con este diagnóstico en prisión. Además, este hecho, hace que surjan nuevas preguntas como: ¿Ha influido su trastorno de la personalidad a la hora de cometer los delitos? Si así ha sido ¿Debe este considerarse un eximente de la culpa? Por otro lado, desde un punto de vista terapéutico, ¿Tiene sentido privar de libertad a estas personas? ¿Serían necesarios otros recursos? ¿Es capaz un centro penitenciario de reinsertar en la sociedad a personas con diagnósticos de trastornos de la personalidad?

A lo largo de este ensayo se abordará la bibliografía al respecto y se presentará una de las psicoterapias más modernas para arrojar luz sobre todas estas cuestiones. Se trata de la Psicoterapia centrada en la transferencia. Si bien es cierto que esta terapia se encuentra con distintas limitaciones al realizarse con personas privadas de libertad, resulta ser una herramienta que proporciona una perspectiva integral de la personalidad de estas personas, y que no aborda cada uno de los diferentes síntomas de manera independiente.

Tras estas reflexiones cabe destacar la importancia de las intervenciones que se realizan con el colectivo de personas con trastornos de la personalidad desde un punto de vista integral. Y es que abordar de manera individual cada uno de los múltiples síntomas que padecen estas personas si bien puede ser una solución momentánea y necesaria, requiere de mayor profundidad si se pretende obtener resultados estructurales en la personalidad de estas personas.

## DESARROLLO

En este ensayo se abordarán las principales características de la Terapia Focalizada en la Transferencia, un método para tratar específicamente alguno de los trastornos de personalidad; como el trastorno de personalidad histriónico, límite y narcisista clasificados en el DSM-5. Todo ello desde el punto de vista de la teoría psicodinámica contemporánea. Esta terapia ha sido desarrollada por Frank E. Yeomans, John F. Clarkin y por Otto F. Kernberg y sus equipos en la Universidad de Cornell, en Estados Unidos. Tal y como se describe en el propio manual de la psicoterapia, las características patológicas de las estructuras psicológicas subyacentes de lo/as pacientes son la razón por la que no se consigue obtener un equilibrio satisfactorio entre las dificultades que debe afrontar el individuo. (Pérez, 2011)

La personalidad ha sido motivo de investigación y de debate entre lo/as diferentes profesionales de la salud mental desde hace muchos años y una de las principales conclusiones obtenidas es que no se trata de un constructo dicotómico que se divide entre personalidades "normales" y personalidades "anormales". El consenso comprende la personalidad como un continuo en el que cada persona sitúa su personalidad, existiendo muchísimos puntos intermedios entre personalidades "normales" y personalidades "anormales".

A lo largo de la historia de la psiquiatría se pueden encontrar varias definiciones de los trastornos de la personalidad, desde el ya lejano DSM III en el que se definió por primera vez el síndrome actualmente conocido como trastorno límite de la personalidad, hasta la actualidad se han ido produciendo cambios. En la primera definición participo uno de autores de la psicoterapia en cuestión, el doctor Otto Kernberg del cual hablare más adelante. No obstante, en el caso de la psicoterapia focalizada en la transferencia la revisión bibliográfica utilizada es la de Clarkin et al 2007. y dado que este no es el principal tema en cuestión esta revisión será la que se utilice a la hora de abordar la patología en este ensayo.

Desde esa perspectiva, psicodinámica, las conductas observables y las alteraciones subjetivas de lo/as pacientes conforman un reflejo de las características patológicas subyacentes. En otras palabras, una de las principales características patológicas de las personas con Trastornos de la Personalidad es el grado de integración del sentido del *self* y de las demás personas. El desarrollo de la personalidad puede evocar diferentes organizaciones de la personalidad, a saber; organización *Borderline*, organización Neurótica u organización no patológica. Cada uno de dichas organizaciones tiene una serie de características propias que pueden ayudar o dificultar la situación de bienestar del/a paciente. Yeomans et al. (2016). Es por ello que la

psicoterapia en cuestión no es válida (al menos no se ha demostrado su validez empírica con todos los trastornos de la personalidad).

La psicoterapia focalizada en la transferencia no tiene una duración estándar ya que se realiza de manera individual y el grupo de personas con este trastorno es de lo más heterogéneo y resulta complicado hablar de fechas exactas. Si bien es cierto que desde hace varios años se está tratando de desarrollar un formato grupal de esta terapia, a día de hoy continua en faso de validación. Esta terapia, en su formato individual, se encuentra manualizada: Yeomans, F., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2016). Psicoterapia centrada en la transferencia. Su aplicación al trastorno límite de la personalidad. Bilbao: Desclée de Brouwer. Y con los correspondientes análisis estadísticos realizados como queda patente en el propio manual.

El objetivo principal de esta terapia no es otro que la consolidación de la identidad, es decir, la integración de las relaciones objétales internalizadas idealizadas y persecutorias mutuamente escindidas que aparecen en la transferencia. Y todo ello para poder realizar una vivencia de sí mismo/a y de las demás personas coherente, realista y estable. Yeomans et al. (2016).

La psicoterapia centrada en la transferencia se aplica en el trastorno límite de la personalidad, para delimitar las características propias de este trastorno se aplicó la perspectiva de los conceptos psicodinámicos de identidad, defensas y prueba de realidad de Lzenzenweger et. Al 2001, 2012. Existen una serie de procesos en tiempo real que pueden ser observables en los/as pacientes *borderline* y que son centrales en la terapia. De este modo se pretende cambiar su funcionamiento actual, para reconducirlos hacia aquellos más adaptativos. Estos procesos son los siguientes: regulación emocional, auto-regulación y sus fallos, funcionamiento interpersonal, confianza interpersonal, sensibilidad y rechazo, exclusión social (siendo este uno de los problemas más graves con la población privada de libertad).

En el manual de Yeomans et al. (2016) se especifica diferencias entre estrategias y técnicas, las primeras hacen referencia a los enfoques globales que se deben seguir por parte del profesional; mientras que las segundas hablan de las intervenciones que se ejecutan en cada momento por el terapeuta. Por lo tanto, en este apartado se abordarán específicamente las técnicas propias de esta terapia.

### **Estrategias de psicoterapia centrada en la transferencia**

A continuación, se describirán brevemente las principales estrategias que se emplean en esta terapia con el fin de lograr los objetivos establecidos. Estas estrategias se realizan de manera transversal a lo largo de la terapia, si bien es cierto que en algunos momentos cobran mayor o menor importancia, en función del momento terapéutico en el que se encuentre el/a paciente, siempre están presentes.

1. **Definir las relaciones objetales dominantes:** en este caso el/a terapeuta debe escuchar para poder entender la manera en la que el/a paciente tiende a relacionarse con el/la. De este modo el/a terapeuta



comenzara a comprender cuales son las diadas relacionales objetales dominantes y activas en cada momento de la sesión. En un primer momento puede resultar confuso para el/a terapeuta, pero este/a no debe tratar de organizar las ideas de manera comprensible para el/a sino que debe sentir la confusión libremente y sin reservas. De este modo se podrá observar cual es la personalidad real del/a paciente y se podrá tratar de "comprender" como este/a se relaciona con el mundo a partir de su personalidad. En otras palabras, se trata de **"Vivenciar y tolerar la confusión"** Yeomans et al. (2016). Este es a su vez el primero de los cuatro pasos que se deben seguir para poder lograr esta estrategia.

El segundo paso que se debe realizar es el de **"Identificar las relaciones objetales dominantes"**: resulta complicado entender cuáles son las relaciones objetales mediante las cuales el sujeto observa el mundo. Esto se debe a que no son directamente observables, y es necesario conocerlas para poder continuar con la terapia. Como ejemplo práctico, recogido del manual de Yeomans et al. (2016), para encontrar el sentido a las conductas manifiestas de lo/as pacientes es considerar cada una de estas acciones como la interrelación que se genera en un drama por parte de cada uno de los personajes. Esta estrategia suele desarrollarse a lo largo de toda la terapia ya que en un primer momento es necesario conocer cuáles son dichas relaciones, pero una vez recabada esa información es necesario identificar cual esta activada.

El tercer paso es el de **"Ponerle nombre a los actores y a la acción"** de este modo y en muchas ocasiones de manera metafórica se tratará de introducir mediante el lenguaje del propio paciente nombre a cada uno de los personajes que participan en la historia que es su vida. Es necesario que el/a tenga una idea muy estructurada de cuáles son las relaciones objetales dominantes para así poder hacer hincapié en aquellos "actores y acciones" que resulten más importantes.

El cuarto y último paso consiste en **"Prestar atención a la reacción del paciente"** se trata de una estrategia que difícilmente habrá experimentado el/a paciente previamente por lo que es habitual que las primeras veces que se realice pueda encontrarse algo confuso/a. Del mismo modo el/a paciente puede mostrar su acuerdo o su desacuerdo con la interpretación del/a terapeuta y esto una vez más debe ser utilizado como fuente de información.

- 2. Observar e interpretar las inversiones de papeles que se pueden advertir en el/a paciente:** es muy importante que el/a terapeuta tenga en cuenta la posibilidad de oscilación que puede suceder por parte de los pacientes, y es que el cambio de papeles suele suceder en la conducta del paciente y no en su conciencia. Y resulta importante que el/a paciente pueda hacerse consciente de ello para poder integrarlo en fases más avanzadas de la terapia. De este modo en la T.F.P. puede suceder que la situación que se esté produciendo en una sesión sea la que se produce entre el/a paciente y otra persona importante de su entorno.

- 3. Observar e interpretar los anexos entre diadas de relaciones objetales que se oponen defensivamente entre sí:** Una vez comprendidas las relaciones objetales del/a paciente, se examina cuáles de ellos confluyen de manera inversa entre sí. En otras palabras, cuales son incongruentes y/o contradictorias entre sí. Esto es porque las relaciones objetales no se presentan de manera independientes o inconexas entre sí, sino que se entrelazan generando la personalidad de lo/as pacientes. Uno de los principales problemas que suelen presentar las personas con este tipo de trastornos, es la incapacidad para integrar todas estas cuestiones, y el sufrimiento que ello conlleva.
- 4. Trabajar la capacidad del paciente de vivir una relación de forma diferente, empezando por la transferencia:** El/a terapeuta debe continuamente identificar cuáles son los aspectos contradictorios del *self* en el aquí y el ahora. Es decir, mostrarle al paciente cuales son las contradicciones en la propia sesión. al principio del proceso resultara más complicado que el/a terapeuta puede ir encontrando estas contradicciones, esto se suele deber a que por el momento no se posee la información necesaria para poder encontrarlas. A medida que el conocimiento del caso es mayor irán apareciendo más y más y el/a terapeuta deberá mostrarlas haciendo especial hincapié en la transferencia que siente el/a terapeuta. Evidentemente este es un proceso que se alarga durando meses y que requiere tanto de tiempo para conocer a el/a paciente como capacidad para y vinculación terapéutica para poder mostrar estas contradicciones sin que la relación terapéutica se rompa.

A continuación, y dando las estrategias por explicadas se abordarán las técnicas necesarias para poder lograr con éxito tales estrategias.

### **Técnicas de la psicoterapia centrada en la transferencia**

Las técnicas son las intervenciones que se deben utilizar en todo momento por parte de el/a terapeuta. Según la experiencia y la pericia de el/a terapeuta sabrá escoger en cada momento cual es la más indicada.

La primera técnica es el proceso de interpretación en donde se tratan de desvelar los conflictos inconscientes del/a paciente. Cabe destacar que debido a que esta técnica está elaborada para pacientes *borderline* se enfatiza la interpretación en el aquí y el ahora dejando un poco de lado teorías más clásicas en donde se realizan interpretaciones mucho más genéricas de la historia del/a paciente. Así pues, en líneas generales los conflictos que se abordan son los que van surgiendo dentro de la propia sesión a consecuencia de la interacción entre el/a terapeuta y el/la paciente. Dichos conflictos se pueden encontrar reprimidos o disociados y será labor del terapeuta acompañar al paciente en interpretación los mismos. En la primera fase de esta psicoterapia el proceso de interpretación es algo distinto de lo que suele ser en la psicoterapia psicoanalítica convencional. Esto se debe a lo/as pacientes *borderlines* y a sus características concretas, y es que las personas con este diagnóstico suelen vivir las primeras transferencias como afectos muy fuertes, bien de odio o de idealización máxima sin puntos intermedios. Esto puede producir en el paciente una sensación inicial de confusión y/o ansiedad y es que hasta que la terapia avance el paciente puede interpretar las intervenciones del/a profesional como una amenaza, como una crítica o como un ataque. Por ello en los

primeros pasos de la interpretación lo que el/la terapeuta deberá hacer será simplemente poner un nombre a lo que está sucediendo sin entrar a interpretaciones, ya que éstas vendrán más adelante y de producirse en este primer momento se pondría en riesgo la vinculación entre el/la paciente y el/la terapeuta. Este primer paso se le conoce como "denominación". Cabe destacar que este proceso se realiza a lo largo de las primeras sesiones por lo que la información obtenida previamente es crucial a la hora de realizar "denominaciones" de manera adecuada. Otro aspecto fundamental es el de percibir la información por las diferentes vías es decir no solo tener en cuenta el discurso del paciente ya que esto solamente es una de las vías por las que obtener la información. En concreto existen tres vías la primera es la ya mencionada comunicación verbal o vía directa; pero también existe la vía indirecta que hace referencia a los actos y a la comunicación no verbal del/a paciente; por último, esta vía de la contratransferencia, se trata de una vía de comunicación que requiere del ojo clínico y que se basa en observar que es lo que le suscita al paciente aquello que el/a terapeuta está proyectando. Evidentemente resulta más complicada de percibir y a menudo requiere de un conocimiento muy profundo del caso para poder detectarlo correctamente. En el caso de las personas con este tipo de trastornos, las contratransferencias que se produzcan suelen ser con una enorme carga emocional.

Una vez superada esta primera fase, se da comienzo a una segunda en donde el papel de la interpretación es algo más cercano a las interpretaciones clásicas del psicoanálisis, con el fin de que el/la paciente integre una imagen de sí mismo/a más completa y acorde a la realidad.

Para desarrollar este objetivo serán tres los pilares sobre los que se sustentara la terapia. "*Clarificación, confrontación, e interpretación*", los dos primeros pasos son los que allanan el camino para poder realizar una interpretación en sí mismo. Por lo tanto, a continuación, se describirá cada uno de ellos:

La *Clarificación* resulta uno de los ejes centrales de la terapia y trata de explorar y explicar todas aquellas intervenciones del/a paciente que quedan fuera de la comprensión del/a terapeuta. Se puede realizar desde intervenciones sustanciales en la vida de los/las pacientes hasta con aquellas que en un primer momento pueden parecer, vagas o desconcertantes. Si bien los aspectos que pueden ser abordados en esta técnica pueden ser muy variados en el tiempo, siempre tendrán por objetivo esclarecer y dar forma a las experiencias subjetivas de lo/as pacientes. Es decir, se dejan de lado las situaciones externas y se centra el foco en la vivencia que realiza la persona con diagnóstico *borderline*, sobre las mismas. Esta técnica suele presentar algunas dificultades y es que lo/as pacientes suelen esperar una comprensión inmediata por parte del terapeuta, pero esto suele ser difícil que suceda ya que es habitual que en las primeras sesiones la impresión del/a terapeuta sea de desconcierto, por la incapacidad de integrar la realidad de las personas atendidas. Es en esas situaciones en las que el/la terapeuta debe clarificar la vivencia que hace la persona que tiene enfrente de la realidad.

Una vez completada la fase de *Clarificación*, se podría dar paso a la fase de *Confrontación*. El principal objetivo de esta nueva fase, es hacer ver al/a paciente las incongruencias de sus intervenciones, con el fin de

que sea el/la propio/a paciente la que reflexione, analice y tome conciencia de respecto a sus propias incongruencias vitales y a sus conflictos internos. En este proceso el/a profesional ofrece material obtenido del/a pacientes por medio de clarificaciones, que el/a paciente vivencia de manera independiente. Para ello se señalan las discrepancias que se muestran en los relatos por parte de las personas atendidas, todo ello se debe realizar con tacto y cortesía ya que de lo contrario la vinculación entre el/a paciente y el/a terapeuta podría verse dañada. Para ello es fundamental que el/a profesional muestra una curiosidad autentica por tratar de comprender a la persona que tiene delante.

Para finalizar este proceso daría paso la Interpretación, propiamente dicha, no obstante, será necesario haber realizado tanto las fases de *Clarificación* como de *Confrontación* ya que la información que se utilizara para llevar a cabo la fase de Interpretación, será obtenida de ellas. De esta forma el/a terapeuta formulará hipótesis sobre los conflictos de la persona *borderline*, y esta deberá resolver dichos conflictos para poder integrar sus palabras y sus actos. Es más que probable que en la medida que este proceso se vaya realizando el/a paciente podrá aclarar aspectos que en las fases de *Clarificación* o de *Confrontación* aun no era capaz de integrar. Este será uno de los aspectos cruciales de la terapia y es que una adecuada formulación de las interpretaciones podría ser la diferencia entre el éxito y el fracaso de la misma.

El análisis de la transferencia resulta otra de las técnicas fundamentales de la terapia y es que si bien todas ellas son importantes esta resulta tener un nivel protagonista, tanto es así que da nombre a toda la psicoterapia. Esta técnica consiste en el continuo análisis de las diferentes distorsiones que se producen en la relación terapeuta-paciente. El hecho de que se realice de manera continua permite situar el foco de atención en todo momento en el aquí y el ahora, abordando las transferencias (y también las contratransferencias) que se van produciendo a lo largo de la sesión. Lo que sucede cuando se trata a personas con Trastorno Limite de la Personalidad es que continuamente distorsionan las relaciones de lo "real" y en este caso debido a que la psicoterapia se centra en el aquí y él ahora la relación que se deforma es la relación con el/la terapeuta. Estas distorsiones deben ser interpretadas como una forma de obtener información sobre la manera de relacionarse del/a paciente con el mundo, y es que la psicoterapia en cuestión parte de la premisa de que la forma de relacionarse del/a paciente con el terapeuta será una reproducción de su manera de percibir y relacionarse con el entorno.

Dentro de *El análisis de la transferencia* se diferencian transferencias negativas y positivas, y es que ambas deben de ser analizadas e interpretadas esto se debe a que si el/a terapeuta elude abordar las transferencias negativas la respuesta que puede obtener por parte del/a paciente suele ser la de reafirmación de que existen aspectos demasiado destructivos y que no se pueden abordar ni tan siquiera con profesionales. Por lo tanto, cuando se produzcan este tipo de transferencias se requerirá interpretación de las mismas y se trataran de abordar como parte de la vivencia que realiza el/a sujeto en el resto de sus relaciones. Del mismo modo es importante comprender las transferencias positivas ya que están suelen constituir otra gran fuente de información. Lo que sucede es que este tipo de transferencias por ejemplo la de idealización en algunos

momentos no suele suscitar sensación de conflicto, pero deben de ser interpretadas y analizadas con el fin de tratar de integrar las imágenes que vive el/a pacientes.

Siguiendo con las técnicas de tratamiento nos encontramos con la utilización de la "*Neutralidad Técnica*", esta resulta una técnica sumamente interesante y que suele obtener muy buenos resultados con las personas *borderline*. Consiste en mantener una actitud equidistante con los diferentes factores que conforman el conflicto del/a paciente. Una vez el/a terapeuta se sitúa en ese punto intermedio observa cómo actúan cada una de las fuerzas y trata de comprender que es lo que suscitan en la persona que está siendo atendida. Este hecho resulta fundamental y es que hasta desde una posición neutra el/a terapeuta debe tratar de comprender al paciente, en otras palabras, debe de transmitir al paciente el lenguaje de que si le pregunta por algún aspecto es en aras de comprenderle. Es fundamental que como regla general el/a terapeuta se decante por la neutralidad en los diferentes objetos que conforman los conflictos de lo/as pacientes. De no ser así la información que obtendrá para ejecutar las técnicas mencionadas previamente, será sesgada, arbitraria y estará dejando de lado parte del conflicto que atormenta a el/a paciente. Esto suele producir en primer lugar que el/a paciente comprenda la intención del/a terapeuta de ayudarlo por un lado y por otro lado ayuda a que sea el propio paciente quien comienza a comprender que aspectos conforman su conflicto y de qué manera interactúan entre sí.

Si bien esta técnica es predominante a lo largo de la terapia existen circunstancias en las que se puede/debe abandonar dicha neutralidad en pro de un correcto funcionamiento de la terapia.

## **CONCLUSIÓN**

En definitiva, se trata de una terapia ampliamente corroborada empíricamente y que obtiene muy buenos resultados con un colectivo que genera muchísimas dificultades dentro de la población penitenciaria. Se trata de una intervención integral, que trata desde un prisma psicoanalítico de comprender las vivencias del/a paciente y aporta soluciones.

Si bien es cierto que desarrollar esta terapia en el contexto penitenciario presenta dificultades: una de las principales es el tiempo que requiere esta terapia, resulta complicado contar con los recursos humanos necesarios para poder realizarla, ya que el volumen de personas que podrían beneficiarse de ella es considerablemente elevado. No obstante, sí que es que gradualmente se han utilizado técnicas de esta terapia con este tipo de pacientes con resultados positivos.

Si bien la solución aportada en este ensayo no es definitiva confió en poder arrojar algo de luz sobre un problema con el que se trabaja a diario dentro de los centros penitenciarios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Clarkin, JF, Lenzenweger, MF, Yeomans, F., Levy, KN y Kernberg, OF (2007). *Un modelo de relaciones de objetos de patología límite. Revista de trastornos de la personalidad*, 21 (5), 474-499.

Lenzenweger, MF, Clarkin, JF, Kernberg, OF y Foelsch, PA (2001). *El Inventario de Organización de la Personalidad: propiedades psicométricas, composición factorial y relaciones de criterio con el afecto, el descontrol agresivo, la propensión a la psicosis y los autodominios en una muestra no clínica. Evaluación psicológica* , 13 (4), 577.

Lenzenweger, MF, McClough, JF, Clarkin, JF y Kernberg, OF (2012). *Exploración de la interfaz de las dimensiones de la personalidad y la organización de la personalidad vinculadas neuroconductualmente en el trastorno límite de la personalidad: el cuestionario multidimensional de personalidad e inventario de organización de la personalidad. Revista de trastornos de la personalidad*, 26 (6), 902-918.

López, D., Cuevas, P., Gómez, A., & Mendoza, J. (2004). *Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad. Un estudio con pacientes femeninas. Salud Mental*, 27(4), 44-54.

Pérez, L. (2011). *Trastorno Límite (Borderline) de la personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75(1), 20-25.

Yeomans, F., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2016). *Psicoterapia centrada en la transferencia. Su aplicación al trastorno límite de la personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

# Trauma y disociación: a propósito de un caso de tricotilomanía

## *Trauma and dissociation: a case study on a patient with trichotillomania*

**Carmen Barreiro González y Silvia Oliván Torres**

Psicólogas. Hospital Clínico San Carlos de Madrid

### **Resumen**

La tricotilomanía constituye un problema de salud mental que ha recibido muy escasa atención tanto por parte de la comunidad científica como de la clínica. Esto resulta destacable debido a la altísima alteración del funcionamiento que puede causar en las personas que lo sufren y a la alta tasa de fracasos terapéuticos a los que se asocia. En este trabajo se describirá el caso de una mujer con diagnóstico de depresión recurrente y tricotilomanía, reflejando el proceso de evaluación y tratamiento desde un modelo integrador centrado en la disociación y el trauma. El trabajo desde esta perspectiva permitió una clara mejoría sintomatológica tanto en el componente anímico como en los síntomas de arrancamiento de cabello en una paciente que lleva casi treinta años en seguimiento por profesionales de la salud mental.

*Palabras clave: tricotilomanía, trauma, disociación, EMDR, terapia integradora*

### **Abstract**

Trichotillomania constitutes a mental health issue that has not received the proper attention from both the scientific and clinical communities. That is remarkable considering the significant impairment that it causes to people suffering from it, and the elevated ratio of therapeutic failure associated with it. The present paper

describes the case of a woman diagnosed with recurrent depression and trichotillomania and shows the evaluation and treatment processes from the perspective of an integrative model centered around dissociation and trauma. Working around this perspective allowed improvement on both the mood and the symptoms of hair loss in a patient who has been in the mental health system for almost 30 years.

*Keywords: trichotillomania, trauma, dissociation, EMDR, integrative therapy.*

## **INTRODUCCIÓN**

La tricotilomanía es un trastorno que ha recibido poca atención dentro del estudio de la salud mental hasta hace pocos años. De hecho, la comunidad científica aún a día de hoy hace referencia a la necesidad de llevar a cabo más estudios relacionados con este fenómeno (Flessner, 2010). Esto resulta destacable teniendo en cuenta que la prevalencia de este problema no es especialmente baja, ubicándola el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) entre un 1 y un 2% de la población general, dándose diez veces más en mujeres que en hombres.

Según dicho manual de diagnóstico clínico, la característica esencial de la tricotilomanía es el acto recurrente de arrancarse el propio pelo, pudiendo afectar a cualquier región del cuerpo en la que crezca (cuero cabelludo, cejas y párpados, axilas, pubis...). Es necesario que el acto de arrancarse el pelo dé lugar a una pérdida de este, aunque puede no ser claramente visible y con frecuencia las personas tienden a ocultarlo. También se requiere para su diagnóstico que se hayan llevado a cabo repetidos intentos para disminuir o detener el acto de arrancarse el pelo y que este hecho cause un malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento (American Psychiatric Association, 2013).

En cuanto a su etiología, se acepta de manera generalizada que esta se corresponde con múltiples factores, pero uno de los elementos que aparece recurrentemente en la literatura científica y en la propia clínica es la presencia de trauma temprano, que en muchos casos se asocian directamente con los primeros episodios de arrancamiento de cabello (Özten et al., 2015; Gershuny et al., 2006; Lochner et al., 2004; Boughn et al., 2003; Lochner et al., 2002). De hecho, diversos estudios experimentales identifican eventos traumáticos en la infancia y/o adolescencia en un porcentaje de pacientes que oscila entre un 76 y un 91% de los casos de tricotilomanía estudiados (Özten, 2015; Boughn, 2003). Estas diferencias en los datos se pueden asociar a que los distintos estudios emplean definiciones diferentes del concepto de trauma, restringiendo el concepto de trauma aquellas que obtienen puntuaciones más bajas al empleado por el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), que requiere que el evento consista en acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. Por otra parte, aquellos estudios que obtuvieron porcentajes más elevados de eventos traumáticos en sus muestras, emplearon una definición de trauma mucho más amplia que engloba también el concepto de trauma complejo, el cual ha sido incluido en el manual de diagnóstico clínico CIE-11 (World Health Organization, 2018) dentro del nuevo diagnóstico de



Trastorno de estrés postraumático complejo. Otro aspecto destacable mencionado en la bibliografía consiste en que la mayoría de estas pacientes relacionan directamente el primer episodio de arrancamiento de cabello con un evento traumático concreto (Boughn, 2003; Aznárez, 2018).

Sobre esta base, el presente trabajo tiene por objetivo exponer el proceso de evaluación y el tratamiento psicoterapéutico de una mujer diagnosticada de tricotilomanía desde la infancia, y con una larga historia de tratamientos previos por parte de salud mental. Resulta importante destacar que el caso que se presenta se corresponde con un proceso terapéutico llevado a cabo en un centro de salud mental del sistema nacional de salud. Esto implica que inevitablemente se ve limitado por las características propias de la atención especializada dentro del sistema público, realizándose el encuadre en base a estas mismas características.

## **DATOS PERSONALES Y MOTIVO DE CONSULTA**

J. es una mujer de 33 años, de nacionalidad española, que acude a las consultas de psicología clínica del sistema nacional de salud a finales de febrero de 2019. Es derivada por su psiquiatra de referencia a petición propia, para valoración y posible inicio de tratamiento psicoterapéutico.

Es licenciada en arte dramático y se independizó de su familia de origen a los 23 años habiendo residido diversas ciudades de España y Europa antes de trasladarse a Madrid en 2014, donde vive sola. En el momento de la derivación se encuentra de baja laboral, aunque mantiene ciertas actividades relacionadas con su profesión como proyectos de teatro que lleva a cabo con amigos cercanos. Dispone de un círculo social amplio en Madrid y no tiene pareja desde hace tres años. Expresa deseos de encontrar una pareja y tener hijos, pero se siente limitada en este área de su vida por su sintomatología, como explicaremos más adelante.

## **HISTORIA CLÍNICA**

A nivel de antecedentes personales somáticos, refiere alergia al polen y asma, pero niega otros antecedentes médicos o quirúrgicos de interés. También niega consumo de tóxicos en la actualidad, aunque refiere un patrón de consumo abusivo de múltiples sustancias (alcohol, cannabis, speed, cocaína, éxtasis...) entre los 17 y los 19 años.

Su primer contacto con salud mental fue a los 6 años, siendo derivada a psiquiatría infantil según refiere, con motivo del nacimiento de su hermana. A los 10 años vuelve a ser derivada a psiquiatría infantil con motivo de la pérdida de pelo, habiendo empezado a darse episodios de arrancamiento de cabello un año antes. Este tratamiento se prolongó hasta los 17 años de J., finalizando con motivo del fallecimiento de su psiquiatra.

Volvió a iniciar tratamiento a los 19 años con motivo de aumento de la sintomatología de arrancamiento de cabello, consumo de múltiples sustancias y sintomatología ansioso-depresiva. Mantuvo seguimiento frecuente con este profesional hasta los 23 años, momento en el que se marcha de su ciudad natal. Posteriormente se mantuvieron contactos puntuales con este profesional hasta su inicio de tratamiento en un centro de salud mental de la comunidad de Madrid.

J. no dispone actualmente de informes de ninguno de estos tratamientos, pero sí hay constancia de que en el pasado recibió el diagnóstico de "Episodio ciclotímico" y "Rasgos disfuncionales de personalidad clúster B".

A nivel de antecedentes familiares, J. tiene una tía paterna que ha sido diagnosticada de esquizofrenia paranoide. Otra tía paterna llevó a cabo un intento de suicidio por precipitación en el contexto de un episodio depresivo mayor. Por otra parte, tanto su tío paterno como su padre presentan un patrón de consumo de alcohol abusivo y un nivel de descontrol de los impulsos elevado. Finalmente, su hermana menor sufrió una enfermedad grave perinatal, que dio lugar a alteraciones cognitivas muy importantes y discapacidad intelectual grave. De todo esto se hablará en mayor profundidad en el apartado de Genograma.

## **EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO**

La evaluación se llevó a cabo empleando las siguientes herramientas:

- Entrevista clínica
- Genograma
- Línea de vida
- Pruebas psicométricas:
  - o Escala de Experiencias Disociativas (D.E.S.) (Bernstein, 1993)
  - o MCMI-IV (Millon, 2015)
  - o Cuestionario de apego adulto de Melero y Cantero (2008)

A través del uso de estas herramientas, se busca el conseguir una evaluación amplia de los problemas actuales de J. y de la propia estructura y conflictos psíquicos con los que J. se maneja en su día a día. Del mismo modo, se pretende comprender la construcción de dicha estructura y mecanismos de manejo dentro de su historia desde una perspectiva tanto biográfica como transgeneracional.

### **Primeras entrevistas y análisis del problema actual**

En las primeras entrevistas nos centramos en analizar los problemas actuales de J. así como su recorrido dentro del sistema de salud mental. En este sentido nos encontramos con que J. es derivada por su médico de atención primaria a las consultas de psiquiatría en septiembre de 2015 con motivo de un episodio depresivo mayor. Allí recibe el diagnóstico de depresión recurrente y tricotilomanía y se inicia tratamiento farmacológico.

En este momento refiere que tras una ruptura de pareja que se había producido un año antes, comenzó a presentar ataques de pánico frecuentes, tristeza, desesperanza y pérdida de ganas de vivir. Comenta que comenzó a aislarse y a dejar de salir de casa, pasando una gran parte del día en la cama arrancándose el cabello. También refiere que en esta época sufría importante insomnio de conciliación y pérdida de apetito con bajada ponderal.

Este episodio presentó una duración aproximada de dos años, lográndose una recuperación parcial de su sintomatología anímica un año después de iniciar el tratamiento. Esta estabilización se mantuvo hasta finales del año 2018, momento en el que se evidencia una reaparición de la sintomatología anímica y un aumento de la frecuencia e intensidad de los episodios de arrancamiento de cabello coincidiendo con su estabilización en un nuevo puesto de trabajo ajeno a su área de especialización. Por este motivo, y a petición de J., se solicita derivación a consultas de psicología clínica, llegando a las consultas de su nueva terapeuta a finales de febrero de 2019.

En el momento de la evaluación por psicología clínica, J. presenta una clínica similar a la que presentaba en 2015, con ánimo bajo, desesperanza y creciente aislamiento, pasando una gran cantidad de tiempo en la cama. También presentaba, como en el episodio anterior, una importante pérdida de apetito con repercusión ponderal e insomnio de conciliación, que la llevaba a estar en la cama arrancándose el cabello hasta altas horas de la madrugada, llegando estos episodios a durar más de 7-8 horas. A esto se le suma un elevado nivel de ansiedad con importantes dificultades de concentración. En relación a los síntomas de tricotilomanía, los episodios de arrancamiento de cabello alcanzan el pico máximo en frecuencia e intensidad, llegando a encerrarse en el baño en su puesto de trabajo durante largos periodos para arrancarse el cabello, sin ser consciente del paso del tiempo. Teniendo esto serias repercusiones en su funcionamiento.

En este contexto, J. ubica el origen del episodio actual en la ruptura de pareja que tuvo lugar en el año 2014. Describe que esta relación fue muy conflictiva con situaciones propias de una relación de malos tratos, motivo por el que J. acabó rompiendo la relación. A pesar de ser ella la que terminó la relación, describe profundos sentimiento de abandono, lo cual ella relaciona con su empeoramiento anímico y con la reaparición de las conductas de arrancamiento de cabello, las cuales llevaban presentes desde la infancia de forma intermitente, pero en este momento llevaban años sin producirse. Al explorar estos sentimientos de abandono descritos por J., se evidencia la presencia de un nivel muy importante de trauma complejo en la historia biográfica de J., presentando desde su primera infancia, alteraciones importantes en las relaciones vinculares que tenía disponibles, dando esto lugar a una clara alteración en los patrones de apego adquiridos por J.

Estos hechos pueden justificar la presencia del elevado nivel de disociación que se evidencia en J., siendo estos especialmente manifiestos cuando describe los episodios de arrancamiento de cabello, diciendo: "cuando me arranco el pelo me desconecto, es como si no pasase el tiempo. Cuando esto pasa mi cabeza me dice "para por favor, ¿Por qué estás haciendo esto?", pero por otro lado va mi mano, que es como si tuviese vida propia. Es como si tuviese un monstruo dentro de mí que me destroza". Aun así este elemento fue

evaluado con la escala DES, cuyos resultados reflejaron un importante nivel de disociación estructural, siendo estos analizados en el apartado de "pruebas psicométricas".

En relación a su funcionamiento social, J. se caracteriza por tener una amplia red de apoyo con múltiples relaciones de amistad significativas. Aun así, refiere una profunda sensación de soledad y mucho miedo a que las personas importantes para ella le abandonen. Suele estar muy preocupada por la aprobación de los demás, refiriendo llegar a sentir importante ansiedad en contextos sociales y considerando que asume responsabilidades excesivas con el objetivo de agradar. A este respecto también muestra un nivel muy elevado de perfeccionismo que acaba afectando a su funcionalidad, con presencia de cogniciones rumiativas como "Si no soy la mejor soy un monstruo" o "Los demás deben pensar que soy perfecta y siempre estoy bien". Esto lo relaciona con los síntomas de tricotilomanía y la vergüenza que siente asociada a ellos, ya que expresa que "Hay algo de mí que tiene que estar perfecto, pero con lo del pelo me siento incompleta. Por eso lo necesito esconder".

Finalmente se evidencia un importante déficit en los procesos de mentalización, posicionándose J. en muchos casos en un estado de equivalencia psíquica, no teniendo en cuenta la presencia de procesos mentales en el otro y viéndose invadida con frecuencia por sus propios procesos psíquicos. Esto unido a la presencia de esquemas de pensamiento dicotómico y polarizado, llevan a la expresión de una importante disregulación emocional en J., con frecuentes estallidos de llanto e ira en consulta.

## **Genograma**

Se empleó el genograma dentro del protocolo de evaluación para evaluar específicamente la estructura, historia y dinámica relacional de la familia de origen de J., a continuación, se reflejan los resultados más relevantes obtenidos con dicha prueba.

J. es la mayor de dos hermanas. Vive fuera del domicilio familiar en el que residen sus padres y su hermana, pero mantiene una relación estrecha con su familia de origen, yendo con frecuencia a su ciudad a visitarlos. Es destacable que estas visitas suelen estar asociadas a una desestabilización importante de su sintomatología.

J. refiere una mala relación con su padre, estado está caracterizada por el miedo y el enfado. Comenta que este solía pegarla de niña con frecuencia, llegando a golpearla hasta dejarle marcas y hacerla sangrar. Estas agresiones se han prolongado hasta bien entrada la edad adulta, aunque disminuyendo en intensidad. J. le describe como una figura rígida, agresiva y poco empática.

Por otra parte, J. mantiene una relación ambivalente con su madre, moviéndose entre el enfado y la pena. Es de destacar que J. describe a su madre como una mujer con tendencia a la victimización, que descarga en ella su malestar y sus quejas cada vez que interaccionan. También refiere que en relación con las agresiones

padecidas por su padre, su madre negaba los conflictos presentes en el hogar, siendo la sensación general de J. en relación a ella de invalidación y desprotección. Resulta importante el señalar que J. considera que su madre se avergonzaba de sus hijas y siempre deseó que fuesen perfectas, lo cual se refleja en que ante los fracasos de J. su madre solía negarlos y presentar una visión idealizada y poco elaborada de estos. Todo esto muestra una baja disponibilidad de recursos psíquicos por parte de la madre de J., con defensas muy primitivas.

La hermana pequeña de J. presenta un grado de discapacidad muy elevado, siendo completamente dependiente de su madre para las actividades tanto básicas como instrumentales de la vida diaria. Ambas hermanas mantienen buena relación en el momento actual y J. ha integrado en su plan de vida el hacerse cargo de su hermana cuando sus padres fallezcan.

En relación con la rama paterna de su familia, les describe como una familia desligada y "con problemas". A día de hoy ella mantiene contacto con sus tías mientras que su padre no mantiene contacto con ninguno de sus hermanos. Él es el mayor de cuatro hermanos, considerando J. que él y su hermano son muy parecidos, planteando esto como algo negativo. Respecto a las hermanas menores: la tercera hija fue diagnosticada hace años de esquizofrenia paranoide y la menor de trastorno depresivo mayor grave.

Respecto a la familia materna, les describe como una familia aglutinada y muy cerrada, con un elevado nivel de criticismo y que dan gran importancia al concepto de lealtad a la familia. Su madre es la mayor de 3 hermanas y mantiene una relación estrecha con todos los miembros de la familia, aunque estas relaciones se caracterizan, según refiere J., por una importante rivalidad encubierta.

En resumen, es de destacar en relación con el contexto familiar de J. que este se caracterizaba por la presencia de abusos tanto físicos como emocionales por parte de su padre, unido a una madre que negaba los conflictos presentes en el hogar. A esto se le suma la separación temprana de su figura de vinculación principal, su abuela materna, la cual era su cuidadora principal hasta el nacimiento de su hermana, momento en el que su madre deja de trabajar para dedicarse al cuidado de las niñas.

## **Línea de vida**

Se emplea la línea de vida con el objetivo de construir con J. una narrativa completa, ordenada e integrada de su historia. Esto no solo tiene un importantísimo valor dentro del contexto de la evaluación, sino que la propia estructuración de la narrativa vital tiene un elevado valor terapéutico, permitiendo ordenar e integrar determinados elementos disociados, clarificar elementos confusos y localizar puntos ciegos dentro de la propia historia personal de J. (Rodríguez Vega et al., 2005).

En relación con su historia, J. refiere no tener demasiada información sobre su primera infancia. Cree que el embarazo y parto fueron normales y que alcanzó los hitos evolutivos propios de la primera edad con

normalidad. Se describe como una niña inquieta y traviesa, aunque tímida, y con mucho carácter. Desde muy temprana edad pasó a quedarse a cargo de su abuela y su tía materna mientras sus padres iban a trabajar. Esta abuela se convirtió en su figura de apego principal, ejerciendo aún en el momento actual como base segura para ella. Este hecho supuso grandes conflictos en la relación con su madre, realizando ésta esfuerzos por afianzar la relación con su hija comprándole regalos, pero que solían ser infructuosos y llevaban a la frustración y alejamiento de la madre.

Esta situación cambió, cuando a los 5 años de J. nació su hermana. En este momento, su madre dejó de trabajar para ocuparse de la crianza de ambas niñas, reduciéndose notablemente el tiempo que J. pasaba con su abuela. Esto tuvo un impacto importante en el desarrollo de J., ya que vivió esta separación como un abandono temprano con el impacto asociado, siendo además la situación en su propia casa altamente estresante, uniéndose la conflictiva de pareja entre los padres con el nacimiento de su hermana que presentaba un importante nivel de alteración funcional y requería (y continúa requiriendo) un elevado nivel de cuidados. En este contexto J. tiene su primer contacto con salud mental.

Ya desde este periodo J. narra episodios de maltrato físico por parte de su padre y una negación explícita de que estos episodios fuesen reales por parte de su madre, la cual planteaba que eran producto de la imaginación de su hija y se esforzaba por ocultar lo sucedido. A esta dinámica de negación se sumaba el mandato por parte de su madre de "Los problemas de casa se arreglan en casa", lo cual dejaba a J. en una situación de absoluta desprotección. Todo este periodo J. lo recuerda como caracterizado por la ansiedad y el miedo, y refiere que sentía mucha rabia y vergüenza. Esto la llevó, en una clara identificación con la figura de su padre, a comenzar a agredir físicamente a su hermana menor de una forma similar a la que este empleaba. El recuerdo de estas agresiones es uno de los elementos que J. recuerda con más angustia, ya que asociada a estos se presenta un gran sentimiento de culpa y la idea de "ser un monstruo". Como veremos después, esta idea tendrá una gran asociación con los síntomas de tricotilomanía.

En este contexto J. comienza a arrancarse las pestañas cuando cumple los 9 años. En un primer momento llevaba a cabo esta conducta exclusivamente en la cama cuando se iba a acostar por la noche. No es capaz de identificar exactamente la finalidad de esta acción, pero cree que en aquel momento lo hacía porque le ayudaba a calmarse. Pasados unos meses perdió el pelo en cejas y pestañas y comenzó a arrancarse el pelo de la cabeza, llegando a producirse calvas claramente visibles. Esto dio lugar a que dentro del ámbito escolar también se produjesen episodios de acoso, los cuales fueron generalizados y repetidos desde 3º de primaria hasta finalizar la ESO.

Un año después de empezar los síntomas de tricotilomanía J. comienza de nuevo un tratamiento en salud mental que se prolonga durante 7 años, hasta la muerte de su psiquiatra, implicando esto una nueva pérdida de una figura vincular. En este momento, con 17 años, J. comienza un patrón de consumo abusivo de múltiples sustancias que se prolongó durante dos años hasta que comenzó a cursar sus estudios de arte dramático. En este momento, cambia su círculo social, comienza a construir toda su identidad en torno al

concepto de ser actriz y retoma su contacto con psiquiatría. A los 23 años se marcha del domicilio familiar para irse a otra ciudad a cursar sus estudios superiores y por primera vez desde que comenzaron los síntomas de tricotilomanía, el arrancamiento de cabello cesa completamente. En los años siguientes vive en tres grandes ciudades europeas, siempre centrándose en el objetivo de desarrollar su carrera como actriz.

En el año 2011 inicia una relación de pareja con un hombre mayor que ella y acaba mudándose a vivir con él a un pequeño pueblo del interior de España, describiendo esta relación como altamente abusiva. Por otra parte, en el periodo que vivió en este pueblo J. describe síntomas similares a los que la trajeron a nuestra consulta, pero continuó trabajando y viajando por toda España con el objetivo de continuar desarrollando su carrera. Fue uno de estos viajes el que la trajo a Madrid en el año 2014, poniendo fin a esta relación de pareja.

Posteriormente a esta ruptura, vuelven a aparecer los síntomas de arrancamiento de cabello, que llevaban desde la adolescencia inactivos. Esto se suma a una importante alteración del estado de ánimo que es la que la lleva a solicitar atención en salud mental, como se ha mencionado anteriormente.

En relación con la narración de este relato, destaca una importante disregulación afectiva en J. cuando narra los eventos asociados a su infancia, con frecuentes estallidos de llanto e ira dirigida tanto hacia los demás como hacía ella misma. También presenta episodios de desconexión y sufre fallos claros en los procesos de mentalización.

### **Pruebas psicométricas**

Para completar la evaluación se pasaron las pruebas psicométricas: 1) D.E.S. (Bernstein, 1993), 2) MCMI-IV (Millon, 2015) y 3) Cuestionario de apego adulto de Melero y Cantero (2008), cuyos resultados se exponen a continuación.

Como hemos señalado anteriormente, los resultados aportados por la escala D.E.S. (Bernstein, 1993) mostraron un importante nivel de disociación estructural, presentando J. una puntuación de 36,4, lo cual supera el punto de corte para "desorden disociativo", ubicado generalmente en 35, siendo el punto de corte general para la prueba 30 (Bernstein, 1993). Hay que destacar que de las tres escalas presentadas por esta prueba (amnesia, disociación y despersonalización/desrealización), las puntuaciones de J. resultan especialmente significativas en las dos últimas escalas, siendo estas mucho menores en la escala de amnesia.

En cuanto a los resultados de MCMI-IV (Millon, 2015), cabe destacar que, debido a la presencia de altas puntuaciones en las escalas de deseabilidad social y sinceridad, las puntuaciones deben interpretarse cautelosamente, ya que podrían verse distorsionadas. Además, se indica que se detecta un estilo de respuesta poco habitual, el cual plantea que puede aparecer en pacientes con síntomas depresivos, como es el caso de J. Las escalas que resultan especialmente significativas son: en cuanto a los patrones clínicos de personalidad

el antisocial, narcisista y tempestuoso, y en cuanto a los síndromes clínicos puntúa en ansiedad generalizada, síntomas somáticos, depresión persistente y depresión mayor.

Finalmente se aplicó el cuestionario de apego adulto de Melero y Cantero (2008), encontrando puntuaciones muy altas en los factores "Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo" y "Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad". En el factor "Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad" obtuvo una puntuación alta y finalmente en el factor "Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones" obtuvo una puntuación muy baja. Este perfil de puntuaciones se corresponde con el estilo de apego adulto "Temeroso-Hostil".

En relación con este estilo de apego, nos encontramos que las autoras de la prueba lo describen como un patrón caracterizado por "enfado, hostilidad, rencor y posesividad quizá debido a ira encubierta y conflictos no resueltos hacia sus figuras de apego. Además, se caracteriza por baja autoestima, necesidad de aprobación, miedo al rechazo y alta autosuficiencia emocional. Es, por tanto, un sujeto que manifiesta conductas típicas de los estilos alejado y preocupado, perfil similar al estilo resistente/evitativo o AC definido por Crittenden en la etapa infantil (Crittenden, 1985)." (Melero, 2008). Como podemos concluir, esta definición se corresponde claramente con lo observado hasta ahora en J., y nos habla de una gran desorganización de sus estilos de apego tempranos, lo cual concuerda con la historia de abusos y negligencia vivida en su infancia.

### **Formulación clínica del caso**

En base a todo lo expuesto anteriormente, se puede concluir lo siguiente. El desarrollo de J. se vio marcado por las dificultades vividas en su infancia, las cuales se basaron en la incapacidad de sus figuras parentales para cubrir sus necesidades vinculares y afectivas y ejercer de base segura para ella. Esto se ve agravado debido a que la relación con estos estuvo marcada por la violencia, el maltrato y la invalidación, lo cual dificulta todavía más cualquier tipo de vinculación afectiva segura que J. hubiese podido llegar a desarrollar con ellos. Además, la reiterada separación de aquellas personas ajenas al núcleo familiar que podían suponer un elemento de seguridad para J. termina de dar lugar a una estructura psíquica altamente inestable que se caracteriza por un estilo de apego con un importante nivel de desorganización. En este contexto J. consigue encontrar ciertas bases seguras en elementos como el teatro o sus parejas, pero estos no pueden ser sustitutos completos de la relación vincular original de la que careció, la cual J. continúa reclamando de forma infructuosa a sus figuras parentales. Por otra parte, estos eventos generaron en J. la necesidad de disociar aquellos elementos que ponían en riesgo su capacidad de entender su mundo relacional como un entorno mínimamente comprensible y manejable. Esto dio lugar a la construcción de una estructura psíquica con un bajo nivel de integración, la cual aún rige su funcionamiento.

En relación con los conflictos básicos no resueltos, nos encontramos que siguiendo el manual de psicodiagnóstico OPD-2 (Grupo de trabajo OPD, 2008). Podemos destacar dificultades en los ejes conflictuales 1) Deseo de Protección y Cuidado versus Autarquía (autosuficiencia) y 2) Autovaloración. En relación con el



primer conflicto, J. ha interiorizado que no puede contar con los demás para sobrevivir, y que debe gestionar por sí misma todas aquellas situaciones que encuentra en su camino, pero al mismo tiempo, continúa anhelando que alguien contradiga esta creencia y se ocupe de ofrecerle los cuidados que tanto necesitó. Es por este motivo que J. se muestra altamente demandante en sus relaciones, reclamando un nivel de atención y cuidados que nunca se ve satisfecho. Por otro lado, en relación con el segundo eje conflictual, las situaciones vividas en su infancia dieron lugar a la construcción de un autoconcepto muy negativo en J., con la interiorización de la idea de no ser suficientemente buena para su madre y merecer los castigos de su padre. Al mismo tiempo, J. necesitó disociar esos elementos para poder seguir adelante, convirtiéndose en una persona autónoma y autosuficiente. Estas dos partes se muestran continuamente en las relaciones sociales de J. en las cuales ella considera que debe mostrarse como una persona perfecta y que esta es la opinión que los demás se construyen sobre ella, pero al mismo tiempo siente el temor constante de que descubran aquella imagen de sí misma que quedó disociada en su infancia.

## **OBJETIVOS DE TRATAMIENTO**

En base a esta información, se considera que la intervención con J. debe girar en torno a los siguientes objetivos: en primer lugar, obtener una estructura más integrada donde tengan cabida aquellos elementos que debieron disociarse en un primer momento para poder garantizar su supervivencia. También se trabajará en la aceptación de las diferentes partes constitutivas de J., disminuyendo de este modo la hostilidad dirigida hacia su propia persona. Por otra parte, se debe trabajar la elaboración del duelo necesario para aceptar que sus figuras parentales no pudieron ofrecerle los cuidados requeridos en su infancia y que tampoco podrán satisfacer dichas necesidades en la actualidad. En cuarto lugar, se buscará la interiorización de al menos ciertos elementos de base segura en J., para disminuir la dependencia de características externas (como su rol profesional) para la autorregulación. Y en último lugar, se trabajará el desarrollo de un estilo de funcionamiento desde una posición más mentalizadora, buscando disminuir la tendencia al funcionamiento desde la equivalencia psíquica que se ha detectado en J.

## **PLAN DE TRATAMIENTO**

Una vez finalizado el proceso de evaluación, se procedió a diseñar un plan de tratamiento basado en los objetivos previamente expuestos, consistente en psicoterapia individual y su inclusión en el grupo de psicoterapia para pacientes con rasgos disfuncionales de la personalidad, el cual consistió en 24 sesiones de psicoterapia grupal con frecuencia semanal.

A nivel de tratamiento farmacológico, J. mantiene durante toda la terapia una pauta de Sertralina 100 mg y Diazepam 5 mg si precisa. Es de destacar que, en los momentos de elevada angustia, tiende a recurrir con mucha frecuencia a su pauta ansiolítica, llegando a establecer pautas de consumo diario frecuentemente.

El foco en la psicoterapia grupal se centró en el trabajo sobre los procesos vinculares basándose en los modelos de las terapias del vínculo, y los procesos de mentalización, siguiendo el modelo de Bateman y Fonagy (2018).

Paralelamente, en la psicoterapia individual en un primer momento las sesiones se centraron en la construcción de una buena alianza terapéutica, ya que como se ha expuesto anteriormente este era un elemento complicado para J. Una vez lograda una buena vinculación, se comenzó el trabajo con las vivencias traumáticas, buscando la integración de los elementos disociados, que se activan de manera diaria en su vida actual, los cuales se conceptualizan como una de las bases de la sintomatología. Una de las primeras herramientas para esto fue el empleo de la psicoeducación desde el modelo de disociación de Anabel González y la Terapia de Esquemas de Young con el trabajo sobre la bibliografía "No soy yo" (González, 2017) y "Reinventar tu vida" (Young, 2001).

En este primer momento de la psicoterapia, la sintomatología continúa en aumento, por este motivo J. decide solicitar una baja laboral. Cuando se le concede esta baja J. atraviesa un periodo de ajuste en el que la pérdida de rutinas la llevan a un estado de inactividad muy importante, pasando largos periodos de tiempo en cama arrancándose el cabello. Por este motivo el trabajo terapéutico se centra en la activación conductual y en la búsqueda de actividades alternativas. Es en ese momento en el que queda claramente patente que la identidad de J. está constituida casi en exclusiva en torno al hecho de ser actriz, centrándose todas sus aficiones, actividades y relaciones sociales en este aspecto. Poco a poco se intenta expandir su rango de intereses, pero J. presentaba importantes defensas a este respecto, manteniendo siempre en un primer plano su actividad como actriz.

Durante esta primera fase del tratamiento, en la psicoterapia grupal J. buscaba posicionarse más desde una perspectiva de pseudoterapeuta que de paciente, dando con frecuencia consejos al resto de miembros del grupo, ofreciendo consuelo y procurando dirigir diversos aspectos de las sesiones. Al mismo tiempo, se mostraba minimizadora de sus problemas y en ningún momento hablaba sobre su sintomatología de arrancamiento de cabello o sobre las agresiones vividas en la infancia. Esto es comprensible teniendo en cuenta que J. vivía estos aspectos con un sentimiento de vergüenza muy intenso y jamás había hablado de esto con nadie que no fuesen sus terapeutas.

Todo esto cambió cuando tras un par de meses de tratamiento, el grupo la confrontó con esta posición que adoptaba. En este momento J. fue capaz de narrar los sucesos vividos en su infancia poniendo especial énfasis en las agresiones que ella dirigía a su hermana. También habló sobre los episodios de arrancamiento de cabello, y el sentimiento de vergüenza y desprecio hacia sí misma que este hecho le hacía sentir. Esto fue seguido por un importante cambio en su posición en el grupo siendo capaz de hablar con más frecuencia de sus dificultades y rebajando la frecuencia de las intervenciones centradas en ofrecer soluciones a los otros, aunque continuaron presentes. Además, se objetivó un cambio en el desarrollo de la sintomatología de J.,

comenzando a mejorar su estado de ánimo y disminuyendo la intensidad y duración de los episodios de arrancamiento de cabello hasta dejar de producirse dos meses después.

Esta mejoría de la sintomatología se mantuvo durante seis meses, refiriendo no haber sufrido ningún episodio de arrancamiento de cabello a excepción de un episodio de una duración inferior a 30 minutos durante las vacaciones de verano. También refería una importante mejoría del estado anímico y una mayor regulación del sueño y el apetito. En esta época refiere haberse hecho consciente de que ella de pequeña vio en múltiples ocasiones a su madre arrancándose el cabello de la cabeza hasta hacerse heridas, empleando los mismos movimientos que J. en sus episodios. Esto llevó a J. a contarle a su madre todos los aspectos relativos a su sintomatología, refiriendo que su madre se mostró preocupada por ella, pero negó en todo momento episodios de arrancamiento de cabello por su propia parte.

El segundo cambio en el curso del proceso se dio 9 meses después de su primera evaluación, y J. lo identifica en un episodio de enfrentamiento que tuvo con su hermana en una visita a su ciudad de origen. La situación consistió en un episodio de heteroagresividad descontrolada protagonizado por su hermana en una tienda a raíz de una mala contestación de J. En este contexto comienza a sentirse muy responsable de lo que ha ocurrido y a sentir mucha vergüenza, refiriendo que sentía que todo el mundo la miraba y que pensaban que eran una familia de locos. Este episodio, que se conceptualiza como altamente retraumatizante, llevó a que J. pasase casi toda esa noche y gran parte de los 3 días siguientes metida en la cama arrancándose el cabello.

Después de este episodio toda la sintomatología de J. volvió a reinstaurarse, apareciendo nuevamente la sintomatología depresiva y aumentando los episodios de arrancamiento de cabello hasta llegar a alcanzar una frecuencia diaria y una duración superior a las 10 horas. También se restablece el patrón de relación con la familia de origen, con la cual se había limitado el contacto en los meses de mejoría. Esta recuperación de la interacción familiar se considera uno de los focos principales de desestabilización de J. en aquel momento. De hecho, su nivel de máximo empeoramiento se da en las primeras semanas de diciembre, periodo que pasa visitando a su familia.

En este contexto, se decide intervenir con EMDR para trabajar sobre los elementos disociados que consideramos que se encuentran en la base de los problemas de J. Previamente, a iniciar el trabajo con el protocolo EMDR se procedió a trabajar sobre el aumento de la ventana de tolerancia. Para esto se trabajó con la instauración de recursos positivos, en concreto con la creencia "Soy capaz". También se realizaron dos sesiones de EMD con estimulación auditiva sobre la narración de la línea de vida para, de este modo, aumentar su ventana de tolerancia a este proceso. Esto se hizo con el objetivo de aumentar el rango de activación en el que podríamos trabajar posteriormente sin que esta impidiese el reprocesamiento de la información traumática.

Una vez realizado este primer paso, se procede al trabajo con EMDR propiamente dicho. Para ello se emplea el protocolo de creencias negativas, con el objetivo de acceder a través de este al protocolo básico. Para ello se aplicó el listado de creencias negativas, destacando "Soy una mala persona" y "Soy una vergüenza". Se decidió trabajar con la primera de estas creencias con estimulación bilateral visual a lo largo de 10 sesiones de unos 40 minutos cada una. El objetivo de esta intervención consiste en ayudar al reprocesamiento de las vivencias traumáticas, consiguiendo una mayor integración de los elementos disociados. De este modo se busca conseguir una menor activación relacionada con los disparadores actuales que se asocian a los eventos traumáticos de la situación original. También se busca reprocesar las emociones de vergüenza, ira y culpa, que quedaron disociadas en la infancia y que se reactivan a día de hoy asociándose a la sintomatología de arrancamiento de cabello.

Posteriormente al trabajo con EMDR, J. refiere una importante mejoría de su sintomatología, con mejora de su estado de ánimo, la recuperación de sus actividades cotidianas y disminución de la duración de los episodios de arrancamiento de cabello. También en las últimas semanas ha comenzado a hablar de este problema con algunos amigos cercanos, lo cual le ha hecho sentir mejor y le ha llevado a encontrarse más animada. Por otra parte, ha comenzado a hacer yoga por iniciativa propia, lo cual refiere que le está ayudando a mantenerse más tranquila y a conectar con sus sensaciones corporales.

Aun así, continuaron dándose fluctuaciones significativas de su estado de ánimo asociadas a sus visitas o conversaciones telefónicas con su familia. Pero estas descendieron significativamente en frecuencia, pasando de ir a visitarles quincenalmente en los meses de mayor inestabilidad y hablar telefónicamente con ellos entre dos y tres veces al día, a limitar las llamadas telefónicas a dos o tres llamadas por semana y cancelar varias de las visitas que tenía programadas. Además, estas fluctuaciones anímicas son mucho más controladas en cuanto a frecuencia e intensidad en comparación a los meses previos y J. refiere sentirse "más capaz de controlarse cuando habla con su familia y más fuerte para enfrentarse a ellos y hacer lo que considera que tiene que hacer".

Posteriormente a este trabajo sobre las vivencias traumáticas vividas por J. en la infancia y los elementos disociados de las mismas, se procedió al trabajo sobre la construcción de una identidad más allá de su rol de actriz, con el objetivo de disponer de un mayor rango de recursos sobre los que sostenerse siguiendo el modelo de autocomplejidad de Linville (1985, 1987). Para esto se planteó el trabajo con sesiones individuales más distanciadas en el tiempo.

Este trabajo se vio interrumpido por el estallido de la pandemia COVID-19, lo que llevó a que todo el contacto psicoterapéutico fuese exclusivamente telefónico o a través de videollamadas. Aun así, se mantuvo la dirección del trabajo terapéutico, manteniendo J. durante el confinamiento y la fase de desescalada la mejoría alcanzada en los meses anteriores.

Una vez la actividad asistencial pudo volver a la normalidad se retomó el seguimiento individual llevándose a cabo 6 sesiones adicionales más espaciadas en el tiempo. En estas sesiones se trabajaron aspectos como su cambio de rol tras dejar en pausa su desarrollo como actriz y reorientar su futuro profesional, su deseo de establecer una relación de pareja con las dificultades asociadas al miedo a la intimidad y la vergüenza previamente descritos, y su estabilización de su posición de mayor autonomía y distancia emocional con respecto a su familia. Observándose que la mejoría clínica que describiremos en el siguiente apartado se mantuvo durante todo el periodo del confinamiento y de los meses posteriores con la vuelta a la normalidad, se decidió el alta por parte de Psicología Clínica, aunque se mantuvo el seguimiento por parte de psiquiatría.

## **RESULTADOS**

En el momento del alta, J. había conseguido mantener una relación más tranquila con su familia de origen, en la que ella se siente con mayor control y expresa menos deseos de que ellos cambien. Al mismo tiempo ha mantenido un menor contacto con ellos, limitándose a dos o tres llamadas semanales de corta duración. Por otra parte, los episodios de arrancamiento de cabello han desaparecido casi por completo dándose algunos episodios aislados y de baja duración (minutos), en periodos de mayor estrés y sin apenas repercusión afectiva asociada. Esta mejoría se ha mantenido durante cerca de un año siendo el periodo de mayor duración que J. recuerda desde el 2014 sin arrancamientos de pelo importantes. En relación con su autoconcepto, J. refleja una mayor aceptación de su persona y dispone de una narrativa más integrada sobre su propia identidad. Por otra parte, continúan apreciándose fallos en los procesos de mentalización en situaciones afectivamente intensas, pero estos son mucho más limitados, observándose un funcionamiento desde una posición mentalizadora mucho más frecuentemente que previamente a la terapia.

En el ámbito laboral J. pudo poner límites a sus esfuerzos enfocados a su carrera como actriz, realizando formación de administración con el objetivo de reorientar su carrera profesional. En un primer momento este cambio impresionaba de ser reactivo a la situación del confinamiento, pero una vez finalizada esta formación pudo conseguir un trabajo relacionado con este ámbito y ha conseguido mantenerlo de manera estable refiriendo sentirse satisfecha. Por otra parte, respecto al ámbito de las relaciones de pareja, J. ha podido comenzar a hacer avances en este aspecto, aunque no ha encontrado ninguna persona con la que desee entablar este tipo de relación en el momento actual. A pesar de esto se siente más capaz de mantener una relación de intimidad y tiene menor temor a la impresión que puedan hacerse sus pretendientes en relación a la sintomatología de tricotilomanía. Esto también se asocia a la disminución de las zonas sin pelo en la cabeza que a su vez tiene que ver con la desaparición de la sintomatología de arrancamiento de cabello.

En resumen, se aprecia una importante mejoría tanto a nivel anímico como relacionado con los síntomas de tricotilomanía. Esto se ve además reforzado por una mayor sensación de autodominio y autonomía y una capacidad muy superior de mentalización y manejo en situaciones interpersonales. A su vez, también se puede apreciar claramente una mayor integración de su historia vital y un manejo de sus relaciones familiares

mucho más maduro. Por todo esto, y habiéndose mantenido estos cambios a lo largo de cerca de un año, se procede a la finalización del tratamiento con resultados altamente satisfactorios.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Como hemos podido observar en el caso de J., la sintomatología de tricotilomanía puede llegar a suponer una alteración grave con una importante afectación de la funcionalidad de las personas que lo sufren. Además, estos síntomas suelen ser la manifestación de alteraciones estructurales e importantes conflictos psíquicos, los cuales deben ser abordados para un tratamiento exitoso de la sintomatología de arrancamiento de cabello. Todo esto se relaciona con la importantísima prevalencia de trauma infantil encontrado en las poblaciones clínicas de personas con tricotilomanía, cuya revisión se aborda al inicio de este trabajo, y lo cual hemos podido observar claramente en el caso de J. (Aznárez, 2018; Marín, 2019)

Todo esto nos lleva a plantearnos cuál es la función que cumple el arrancamiento de cabello en relación con estos eventos traumáticos. A la hora de analizar este hecho destaca un fenómeno que a primera vista puede resultar contraintuitivo, pero que consiste en que de manera recurrente en la bibliografía se ha encontrado que estas pacientes tienden a presentar una proporción mucho menor de lo que cabría de esperar de trastorno de estrés postraumático (TEPT) según los criterios CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994) y DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) y DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). A esto se le suma, que se ha visto también de forma consistente que, a mayor gravedad y duración de los síntomas de tricotilomanía, menor probabilidad de comorbilidad con TEPT, entendido en base a dichos manuales de diagnóstico clínico (Gershuny et al. 2006). La explicación que se le da a este hecho se basa en que el arrancamiento de cabello consiste en una estrategia de afrontamiento de los eventos traumáticos que, a pesar de ser desadaptativa, evita el desarrollo de la sintomatología clásica del TEPT. De este modo, se entendería que el arrancamiento de cabello puede cumplir 2 funciones (Gershuny et al., 2006): 1) Función ansiolítica y de autorregulación frente a la disregulación emocional asociada a los eventos traumáticos, y 2) Función de autocastigo asociada a los sentimientos de ira y culpa. Ambos elementos pueden observarse en J., la cual tiene presente en su narrativa estas funciones dependiendo del momento y las características de los desencadenantes de episodio.

Por otra parte, también podemos encontrar en J. un importante nivel de disociación, la cual también encuentra su correlato en múltiples estudios experimentales, alguno de los cuales llega a identificar episodios francos de despersonalización en un 21% de las pacientes de su muestra durante los episodios de arrancamiento de cabello (Özten, 2015).

Toda esta evidencia apoya la idea de que, en estos casos, se hace necesario trabajar en terapia aquellos eventos traumáticos vividos en la infancia, ya que podemos entender que estos juegan un papel fundamental en el origen y mantenimiento de dicha sintomatología. Además, otro tipo de aproximaciones terapéuticas que

son de primera línea como son la terapia de conducta y más concretamente la inversión del hábito (Azrin et al., 1988) ya fueron aplicadas sin obtener resultados completos en los tratamientos anteriores de J.

Todo esto nos vuelve a mostrar la importancia del trabajo sobre los elementos más estructurales y constitutivos del psiquismo, haciéndose necesario el mirar más allá de la sintomatología concreta para poder entender qué le ocurre realmente a la persona que tenemos delante y poder trabajar con ella. Solo de este modo, podremos lograr que las personas a las que atendemos se sientan comprendidas y puedan confiar en nosotros y nosotras, pudiendo permitirse explorar sus posibilidades y abandonar las defensas que tan útiles les han resultado en su vida, pero que a día de hoy les generan tanto sufrimiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA) (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 Diagnostic Classification. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Barcelona: Masson.
- Aznárez, B. (2018). *Experto en Clínica e Intervención en Trauma con EMDR*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Azrin, N. H., & Nunn, R. G. (1988). Tratamiento de hábitos nerviosos: tartamudez, tics, morderse las uñas, arrancarse el cabello, etcetera. Barcelona: Ediciones Roca.
- Bateman, J., & Fonagy, P. (2018). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.
- Bernstein, E., & Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation: progress in the dissociative disorders*, 6(1), 16-27.
- Boughn, S., & Holdom, J. J. (2003). The relationship of violence and trichotillomania. *Journal of nursing scholarship*, 35(2), 165-170.
- Flessner, C. J., Penzel, F., Board, T. L. C. S. J., & Keuthen, N. J. (2010). *Current treatment practices for children and adults with trichotillomania: consensus among experts. Cognitive and Behavioral Practice*, 17(3), 290-300.
- Gershuny, B. S., Keuthen, N. J., Gentes, E. L., Russo, J. R., Emmott, E. C., Jameson, M., Dougherty, D. D., Loh, R. & Jenike, M. J. (2006). *Current posttraumatic stress disorder and history of trauma in trichotillomania. Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1521-1529.
- González, J. (2017). *No soy yo. Entendiendo el trauma complejo, el apego, y la disociación: una guía para pacientes, familiares y terapeutas*. Breslavia: Amazon fulfillment.
- Grupo de trabajo OPD (2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2): manual para el diagnóstico, indicación y platificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder Editorial.



- Linville, P. W. (1985). *Self-complexity and affective extremity: Don't put all your eggs in one cognitive basket*. *Social Cognition*, 3, 94-120.
- Linville, P. W. (1987). *Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression*. *Journal of personality and social psychology*, 52(4), 663-703.
- Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, J., van Kradenburg, J., Seedat, S. & Stein, D. J. (2002). *Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls*. *Depression and anxiety*, 15(2), 66-68.
- Lochner, C., Seedat, S., Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Corfield, V. J., Niehaus, D. J., Moolman-Smook, J. C., & Stein, D. J. (2004). *Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: clinical and genetic findings*. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 384-391.
- Marín, J. L. (2019): Experto en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud. Madrid: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Millon, T., & Grossman, S. (2015). *MCMII-IV: Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*. Bloomington, MN: NCS Pearson.
- Odlaug, B. L., Kim, S. W., & Grant, J. E. (2010). *Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania*. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 823-829.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Özten, E., Sayar, G. H., Gül Eryılmaz, G. K., Işık, S., & Karamustafaloğlu, O. (2015). *The relationship of psychological trauma with trichotillomania and skin picking*. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 1203-1210.
- Rodríguez Vega, B., Fernández Liria, J., & Bayón Pérez, C. (2005). *Trauma, disociación y somatización*. *Annuary of clinical and health psychology*, 27-38.
- World Health Organization (WHO). (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Young, J. E. & Klosko, J. S. (2001). *Reinventar tu vida. Cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Barcelona: Paidós