



CUANDO LA BASE NO ES SEGURA, UN CASO DESDE LA TEORÍA DEL APEGO

Ana Carrasco Flores

Aurora Valero Martínez

Juana Portillo Abellán

Paloma Juncosa Montes

Guendolina Andrés Pereira

Dulce Bordes Flores

Anacarrasco0409@gmail.com

Depresión, suicidio, Teoría del Apego, alianza terapéutica, relaciones familiares

RESUMEN

Motivo de la consulta

Varón, 63 años. Derivado a Salud Mental tras hospitalización por intento autolítico.

Antecedentes

En 1982 realiza primer intento autolítico. Tratado en 1986 por conducta adictiva (alcohol), sin recaídas. Patrón consumo adictivo en familiar (primer grado). Sensación de vacío, tristeza, percepción de fracaso, dificultad expresión emocional, culpabilidad. Relaciones familiares marcadas por exigencias. Escasa red socio-familiar, problemática de pareja (reciente divorcio). Segundo intento autolítico (abril 2018). Inicia tratamiento en Equipo Salud Mental en mayo hasta este momento. Evoluciona favorablemente.

Exploración y diagnóstico

A través de la entrevista clínica se recoge que presenta estado de ánimo depresivo, apatía y anhedonia, culpabilidad, miedo a la soledad, insomnio. Consideramos diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, realizando diagnóstico diferencial con Trastorno Adaptativo y Trastorno de Personalidad. Se observan rasgos desadaptativos de personalidad.

CUANDO LA BASE NO ES SEGURA, UN CASO DESDE LA TEORÍA DEL APEGO

Intervención y discusión

Estrategias de Activación Conductual iniciales, bien establecido para instar a la actividad según plan individualizado.

Se propone la figura del terapeuta como nueva figura de apego seguro a través del establecimiento adecuado de alianza terapéutica. Este cumple un papel de figura de vinculación temporal a través del cual el paciente explora aspectos dolorosos. Se busca que el paciente consiga hacer cambios en las representaciones mentales de sí mismo-relaciones con otros (Modelo Operativo Interno, MOI. según Teoría del Apego) para tratar emociones y relaciones de forma más efectiva y autónoma.

INTRODUCCIÓN

El concepto de alianza terapéutica se ha desarrollado a lo largo del siglo XX para explicar la relación que existe entre el terapeuta y el paciente durante el proceso terapéutico. Bordin (1979), introdujo tres componentes para su definición: presencia de un acuerdo en las tareas, en los objetivos y un vínculo positivo en terapia.

Actualmente existen numerosos estudios que investigan a cerca de los factores que resultan de mayor utilidad en el éxito de la psicoterapia. El estudio de Lambert (1992) ha llevado a impulsar la investigación sobre los factores que contribuyen a la construcción y desarrollo de la alianza terapéutica, variable común a todas las psicoterapias y que explica hasta un 30% de las mejorías.

La Teoría del Apego, por su lado, con su énfasis en el desarrollo y dinámica de las relaciones íntimas parece poder ayudar a una mejor comprensión del vínculo terapéutico.

En este contexto y su aplicación a la práctica clínica, Bowlby (1989) plantea al terapeuta como nueva figura de apego para el paciente, entendiendo que dicha relación podría entenderse como un apego si cumple tres criterios: proximidad, refugio seguro físico y emocional facilitando el alivio de la angustia y base segura desde la que poder explorar y aprender sobre el mundo. Esta interacción construirá una representación de confianza en las propiedades protectoras de la figura (Modelo Operativo Interno, MOI) incluyendo representaciones de sí mismo y de los demás, son la base de la identidad y autoestima (Bowlby, 1988) y se organizan en torno al primer año de vida pero pueden modificarse y tomar diferentes formas durante del desarrollo.

Los pacientes con estilo de apego inseguro ambivalente, muestran dificultades en el establecimiento de objetivos conjuntos. La meta se ve obstaculizada y la relación terapéutica en ese momento se debilita (Lossa, Corbella y Botella, 2012).

CUANDO LA BASE NO ES SEGURA, UN CASO DESDE LA TEORÍA DEL APEGO

Además, a menudo ponen a prueba el vínculo con los demás, ya que tienen una expectativa de que abandonados o rechazados.

El objetivo de este trabajo es que desde el inicio del tratamiento y mediante el terapeuta como nueva figura de apego seguro, se consiga que el paciente pueda explorar sus dificultades y conseguir una mayor autonomía y autorregulación emocional, trabajando de forma específica sobre las características necesarias para una intervención basada en el apego.

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta.

Varón, 63 años que acude a consulta de Centro de Salud Mental (CSM) derivado desde la unidad de hospitalización breve (UHB) tras hospitalización por intento autolítico.

Antecedentes Personales.

En tratamiento en el Centro de Salud Mental desde hace 9 meses por sintomatología de tipo depresiva tras intento autolítico en abril de 2018.

En 1982 realiza un primer intento autolítico tras el cual no recibe ningún tratamiento. Fue tratado en 1986 por Trastorno por consumo de sustancias (alcohol), actualmente en remisión total y tuvo un segundo intento autolítico en abril de 2018, momento a partir del cual inicia un Tratamiento en Salud Mental.

Cuenta con escasa red de apoyo social y separación de su matrimonio hace 8 meses. Con sus dos hijos sí mantiene una buena relación.

Recuerda desde siempre una sensación de vacío, tristeza, percepción de fracaso, dificultad expresión emocional y culpabilidad.

Antecedentes Familiares.

El padre del paciente tuvo un Trastorno por Consumo de sustancias relacionado con alcohol cuando era joven, con periodos de remisión parcial. Ambos padres fallecidos.

Es el tercero de cuatro hermanos (dos hombres y tres mujeres), con quienes no mantiene relación actualmente.

Recuerda sus relaciones familiares marcadas por elevada exigencia y por escasas muestras de afectividad, refiriendo que no recuerda un beso o abrazo de sus padres.

CUANDO LA BASE NO ES SEGURA, UN CASO DESDE LA TEORÍA DEL APEGO

Enfermedad Actual

El paciente refiere estar triste y desesperanzado la mayor parte del tiempo desde hace muchos años. Explica que siente poca energía para hacer cualquier actividad cada día, se siente cansado y duerme aproximadamente tres horas diarias. Todo ello le genera una importante interferencia en su funcionamiento.

Tiene una percepción de fracaso en la mayoría de áreas de su vida, dificultades para identificar y expresar lo que siente y sensación de culpabilidad por ello. Considera que no es un buen padre, buen marido, ni buena persona y siente rechazo, culpabilidad y desprecio hacia sí mismo por esto. Se exige cambiar y alcanzar la perfección en estos aspectos para conseguir agradar, ser valorado por los demás y sentirse mejor, pero a su vez se cree incapaz de lograrlo por la imagen propia que le genera esta percepción de sí mismo. Su intención de agradar a los demás está relacionado con un profundo miedo a la soledad, rechazo y abandono. Esto parece relacionarse con el mantenimiento de su matrimonio aun existiendo ciertos comportamientos denigrantes por parte de su mujer hacia él y sus dificultades.

Exploración Psicopatológica

Paciente orientado, colaborador, con aspecto físico cuidado tras las primeras dos consultas. Sin alteraciones psicomotoras ni sensoriales aparentes. Lenguaje y pensamiento estructurados. No alucinaciones ni ideas delirantes. Distorsiones cognitivas de tipo depresivo (generalización excesiva, dicotomización, personalización...). Hipotimia, apatía, anhedonia. No ansiedad manifiesta. Rasgos de personalidad Cluster C. Insomnio de mantenimiento y despertar precoz. No ideas de muerte ni ideación autolítica planificada ni estructurada en el momento actual. Capacidad de juicio y raciocinio conservados. El resto de funciones cognitivas superiores conservadas.

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial del Trastorno Depresivo Mayor ha de realizarse con los siguientes trastornos y situaciones no patológicas:

- Episodio maníaco/ hipomaníaco: no ha tenido episodio maníaco/ hipomaníaco.
- Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Esquizofreniforme u otro Trastornos especificado del espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: descartamos cualquiera de estos trastornos por no existir ningún indicio de sintomatología psicótica en el paciente.
- Efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica: no organicidad.

CUANDO LA BASE NO ES SEGURA, UN CASO DESDE LA TEORÍA DEL APEGO

- Respuesta a una pérdida significativa: no se trata de respuesta a una situación de duelo, ruina económica, enfermedad o discapacidad grave.

Diagnóstico Definitivo

Se realiza entrevista exhaustiva inicial con el objetivo de recabar todos los datos necesarios para conceptualizar el caso y preparar la intervención. Los datos extraídos de la entrevista nos permiten concluir que el paciente presenta el siguiente diagnóstico:

- Trastorno Depresivo Mayor (293.33) (F.33.2). Subtipo: episodio recurrente, grave.
- Rasgos Desadaptativos de Personalidad: especialmente rasgos de tipo B y C: esfuerzos desesperados para evitar abandono, inestabilidad de la autoimagen, sensación crónica de vacío, sentimiento de inferioridad, sensación de desamparo cuando está solo y perfeccionismo.

TRATAMIENTO

- Activación Conductual (AC): procedimiento bien estructurado, aunque flexible, con un carácter ideográfico, encaminado a lograr que los pacientes deprimidos organicen sus vidas y modifiquen algunos aspectos de su entorno para reestablecer su contacto con fuentes de reforzamiento positivo. Tiene una amplia evidencia de su eficacia para la depresión (Coffman, Martell, Dimidjian, Gallop y Hollon, 2007) El objetivo inicial fue activación de algunas conductas: (1) mantener unos horarios fijos para ir a dormir, levantarse y realizar las comidas diarias, (2) buscar grupos de lectura de biblioteca o plantearse preparar uno, ya que esta actividad es la única identificada como valorada por él en este momento. (3) Ver a su hija al menos 1 vez a la semana.

Tal como plantea el modelo de AC, la consecución de estos objetivos tiene que establecerse de forma gradual.

- Entrenamiento en Mindfulness para disminuir pensamientos rumiativos. Se inició el entrenamiento con una práctica diaria de atención a la respiración y la exploración corporal y proponemos a largo plazo el Programa Mindfulness (Mindfulness based Stress Reduction, Jon Kabat-Zinn, 1990) con eficacia contrastada en disminución de los síntomas de depresión y ansiedad (Jon Kabat-Zinn, 1990).
- Mejora de relaciones familiares: específicamente con su hija, factor de protección identificado dentro de su escasa red de apoyo. Esto se realizó a través de técnicas de comunicación asertivas.

CUANDO LA BASE NO ES SEGURA, UN CASO DESDE LA TEORÍA DEL APEGO

EVOLUCIÓN

En las consultas sucesivas tras las primeras semanas encontramos algunas mejorías que podrían estar asociadas a estas intervenciones: duerme una media de 6 horas diarias, con lo que comenta que se encuentra mucho más descansado.

Se observan leves mejorías en pensamiento rumiativo, que el relaciona con las rutinas de meditación.

Respecto a las actividades placenteras, se observa al paciente especialmente motivado con el aspecto de desarrollo intelectual. En las mismas sesiones se presta atención a este aspecto, creando la oportunidad de que el paciente experimente dicha sensación agradable en ese espacio. Se observan breves mejorías en estado de ánimo, también acude, más aseado que la primera sesión.

Proponemos abordar el caso desde un enfoque basado en el trabajo desde los factores comunes de la psicoterapia.

BREVE ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

Los patrones de apego influyen en la búsqueda de ayuda del paciente en terapia, el conocimiento de los patrones inseguros ayudaría a los clínicos a comprender más adecuadamente a los pacientes, servirnos como información y guía para elegir las estrategias más adecuadas para cada persona (Daniel, 2006) y siguiendo las ideas de Bowlby, los terapeutas pueden asumir el papel de figura de vinculación temporal para ofrecer una base segura desde la exploración de aspectos dolorosos.

La propuesta de intervención está enfocada a la construcción y cuidado de dicha alianza ya que se presupone que es un factor esencial para el éxito de la psicoterapia en general y especialmente en personas con apego inseguro. En el caso de nuestro paciente esto parece tener relevancia en su malestar debido a las vivencias vinculares que ha experimentado.

Se espera que el paciente experimente en el presente de la terapia una nueva forma de relacionarse con el otro, pudiendo luego explorar las implicaciones y miedos que hayan aparecido desde la seguridad de la relación (Farber, Lippert y Nevas, 1995), así cada vez tendrá mayor capacidad de autorregulación y sus interacciones serán más autónomas y efectivas (Mikulincer et al., 2012). El proceso de cambio de los modelos internos es posible, pero como cualquier proceso evolutivo y cognitivo, requiere un tiempo (Holmes, 2001).

CUANDO LA BASE NO ES SEGURA, UN CASO DESDE LA TEORÍA DEL APEGO

Algunas características de las intervenciones basadas en el apego (Holmes, 2001) propuestas son: sintonización (responsividad empática al paciente, atendiendo a las emociones del paciente y a las propias); proximidad emocional (a partir de la cual surge la base segura en un adulto); formación y mantenimiento de alianza terapéutica (necesaria para crear una base segura y ésta lo es para que sea posible la exploración); desafío de patrones relacionales previamente establecidos; la mente pensante (comunicar al paciente que está utilizando su mente para pensar sobre lo que le ocurre, así aparece la seguridad emocional). En el proceso es necesario reparar la alianza tras separaciones, malentendidos y puestas a prueba por parte del paciente con apego ambivalente, dando una experiencia diferente a las anteriores a la persona.

CONCLUSIONES

La Teoría del Apego es una lente que da oportunidad para establecer una visión amplia del vínculo entre el terapeuta y el paciente, tal como explica Obegi (2008).

Las dificultades para la identificación y verbalización emocional, la autorregulación, la difusión de identidad, el miedo al abandono y la sintomatología depresiva presente en nuestro paciente, pueden entenderse desde dicha teoría. El patrón de vinculación inseguro ambivalente que podría tener nuestro paciente estaría en la base de su comportamiento y emoción.

Consideramos necesario continuar investigando sobre la Teoría del Apego y su relación con la psicoterapia, con el objetivo de mejorar los resultados y conocer cómo mejorar la construcción de la relación de alianza, ya que este factor común a todas las psicoterapias explica hasta un 30% de la mejoría (Lambert, 1992). Trabajar sobre esta variable común podría suponer un beneficio en coste y tiempo en el proceso psicoterapéutico, en comparación con otros de abordajes centrados en las técnicas específicas de cada psicoterapia, ya que estas solo explican un 15% del éxito de la terapia (Lambert, 1992), proporción similar al placebo.

CUANDO LA BASE NO ES SEGURA, UN CASO DESDE LA TEORÍA DEL APEGO

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (APA) (2013): *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM 5*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.

Barraca, J., et al. La Activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD): Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. 2009.

Delgado, A. O., & Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, vol. 4, no 1, p. 65-81.

Guzmán, Mónica, & Contreras, Paula. (2012). Attachment Styles in Couples and Their Association With Marital Satisfaction. *Psyche*, vol. 21, no 21, p. 69-82.

Humano, D., Torres, C. P. M. M., & Colorado, P. Y. P. S. (2015). La influencia del apego inseguro evitativo e inseguro ambivalente en el riesgo suicida: Un estudio de la trayectoria en el inicio de la adolescencia tardía.

Lossa, L., Corbella, S., & Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología*, vol. 105, p. 91-103.

Soares, I., & Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol. 7, no 1: 177-195.

Summers, R. F., & Barber, J. P. (2003). Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. *Academic Psychiatry*, vol. 27, no 3, p. 160-165.