

INTERPSIQUIS 10 .

MESA REDONDA

Título: Teoría del Vínculo y Trastornos de Alimentación.

Moderadores: Gonzalo Morandé. Jefe de Servicio de Psiquiatría Infanto- Juvenil. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

Carmen Bayo. Médico Psiquiatra. Unidad de Trastornos Alimentarios de Madrid.

Participantes: María Carrera. Psicóloga Clínica. Ciclo vital, Vínculo y Anorexia Nerviosa. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

Begoña Gállego. Psicóloga Clínica. Vínculo Transgeneracional en los Trastornos de Alimentación. Práctica privada. Madrid.

Presentación de la mesa.

Teoría del vínculo y trastornos de alimentación.

Como psicólogos y psiquiatras infantiles hemos atendido a lo largo de nuestra vida profesional a madres y padres con bebés, con niños pequeños, con adolescentes. Hemos tenido que pensar en vínculos normales o inseguros desde siempre.

Por experiencia clínica y a través de la bibliografía internacional conocemos que, aunque no sea causa etiopatogénica necesaria o suficiente para originarlos (1), las alteraciones o los trastornos vinculares se asocian a los trastornos de alimentación. La vinculación insegura es un importante factor de riesgo psicológico en esta patología.

Esta mesa participa en el necesario esfuerzo común por comprender cómo es que se relacionan las alteraciones de la organización vincular segura con la manifestación subsecuente del trastorno de alimentación y de otros trastornos mentales (2) . Para ello contamos con la participación de dos compañeras : María Carrera , psicóloga clínica de la Unidad de Trastornos de Alimentación del Hospital mallorquín de Son Dureta que hablará sobre ciclo vital, vínculo y Anorexia Nerviosa y Begoña Gállego psicóloga clínica que ha colaborado con este Hospital desde hace años y que realiza su práctica privada en Madrid.

Presentamos brevemente un marco teórico básico como referente (2) (3) (4).

Vínculo Seguro.

En general, las figuras de apego son percibidas como accesibles y receptivas. Existe una mayor capacidad de extraversión y cooperación. Se asocia salud y bienestar a la persona que vive este tipo de vínculo.

En la infancia esta persona ha mostrado una mayor habilidad para jugar y explorar, disgusto adecuado a la separación de la madre y capacidad de ser calmado por la madre tras el reencuentro (5).

En la edad adulta (AAI) (6), la evaluación de experiencias será consistente y su discurso será colaborador. Este discurso será coherente en calidad, cantidad, relación y modo.

Si la persona se angustia acude a los demás en búsqueda de consuelo y apoyo. Existe una mayor flexibilidad afectiva (4).

Vínculo Desentendido.

La persona desactiva su sistema de apego por haber vivido soledad o rechazo con respecto a sus figuras de apego.

En la infancia se puede observar evitación del contacto físico con la madre/padre (vínculo evitativo infantil). No hay llanto al separarlo de las figuras de apego. No hay disgusto ni enfado (5).

En la edad adulta (AAI) (6), hay una eliminación de recuerdos, una idealización de experiencias. Una tendencia a justificar hechos aislados. El discurso es pobre y breve. En cuanto a la autorregulación afectiva, la persona restringe el deseo de reconocer la angustia y buscar apoyo. La persona puede llegar al aislamiento, a la escisión afecto/ cognición (4).

Vínculo Preocupado.

La persona hiperactiva su sistema de apego.

En la infancia (vínculo resistente/ambivalente) las respuestas maternas no se presentan o son impredecibles. El niño muestra pasividad o enfado tras el reencuentro con la madre. No se calma. Llora y no regresa a la exploración y el juego (5).

En la edad adulta (AAI) (6) la persona muestra cierto estado de irritación, da excesiva información. El entrevistador tiene dificultad para obtener una impresión general de sus relaciones. El discurso muestra frases largas, gramaticalmente enmarañadas, expresiones vagas. Se viola la forma del discurso, su claridad y orden, la relevancia de lo que se dice. El discurso es demasiado largo. La persona está sobreimplicada en sus relaciones pasadas. Falta certeza de haber sido realmente amado. En cuanto a la autorregulación afectiva, la persona se muestra hipersensible hacia las emociones negativas y las expresiones intensificadas de angustia (4).

Representación vincular. Recuerdo emocional del vínculo. (1) (2) (3)

Filtro emocional de las experiencias vinculares del pasado. Funciona relacionado con el Modelo Operativo Interno.

Modelo Operativo Interno. (1) (2) (3)

Sistema de representaciones sobre uno mismo en relación con los otros significativos construido a lo largo de la experiencia.

Los Modelos Operativos Internos son reinterpretados y remodelados a lo largo de todo el ciclo vital.

Seguridad adquirida. Seguridad lograda. Movimiento compensatorio vincular. (2)

Aunque la persona se haya vinculado de forma insegura en la infancia, puede conseguir vincularse seguramente a lo largo de su vida. Esto ocurrirá a través de su vinculación con otros familiares, pares, maestros, psicoterapeuta, vínculo matrimonial, hijos, padres en otro momento del ciclo vital familiar, etc.

Vínculo trigeneracional. (1)

Calidad del Vínculo transmitido entre tres generaciones, ej.: abuela-madre-hija. Denominado también Vínculo transgeneracional en esta Mesa.

Tareas Vinculares en el Ciclo Vital Familiar. (7)

Nos referimos aquí a cómo facilita la familia la vinculación segura y el normal avance del desarrollo en cada etapa del ciclo vital familiar.

Formación de pareja.

Vinculación segura adulta a padres, hermanos, amigos, etc.

Organización de vínculo matrimonial, hacia la formación de la nueva familia nuclear, que implica nueva relación con familia de origen.

Resolver fallos ó defectos cualitativos vinculares antes ó alrededor del primer embarazo. Intervenciones psicoterapéuticas orientadas en este sentido pueden contribuir aquí a cumplir esta función.

Nacimiento del primer hijo.

Iniciar y reforzar el vínculo precoz con el bebé durante el embarazo. Tras el parto, identificar, filiar al bebé. Facilitar la organización de estados del bebé en términos de Brazelton. Facilitar los repertorios del bebé y parental (D. Stern) en función de activar la organización vincular. Aceptación y facilitación de los cambios de roles familiares. En esta y otras etapas: propiciar un ambiente estimulante, facilitar la conciencia y motivación de consulta y tratamiento si uno de los padres se encuentra en riesgo de padecer ó padece un trastorno mental.

El bebé en la familia. Hasta los dos años.

Facilitación, refuerzo y estimulación de capacidades emergentes: madurativas, emocionales, cognitivas y conductuales. Permitir la actividad exploratoria del niño. Disponibilidad como “Base Segura” (M. Mahler, M. Ainsworth) de esta actividad. Evitar la intrusión. Actuar como modelo siempre que la situación lo requiera. Propiciar conductas alternativas a conductas tales como morder, arañar, mostrarse negativista ó con pobre iniciativa. Propiciar el establecimiento de límites. Intentar resolver, si existen, problemas relacionados con el bienestar en el hogar, los ingresos y la salud familiar.

Ejemplo de esta etapa. Relación entre vínculo inseguro y trastorno de alimentación : Chatoor y Egan describen en 1980 un síndrome caracterizado por un cierto fallo en el medro, caracterizado por un rechazo del alimento como una expresión de un trastorno de ansiedad de separación subyacente (Anorexia Nerviosa Infantil), consideran que este conflicto relacionado con la separación-individuación del bebé interfiere con la diferenciación somatopsíquica. En 1988 (8) realizan una investigación acerca de 42 bebés con Anorexia Nerviosa Infantil y un grupo control de 30 niños y sus madres. Observan a la diada en proceso de juego y de “dar de comer”. Participaron observadores neutros y se utilizaron grabaciones de vídeo y escalas de observación. Las diferencias que se observaron eran estadísticamente significativas. El grupo de trastornos de alimentación demostró menos reciprocidad diádica, menos contingencia materna, más conflicto diádico y más lucha por el control durante la alimentación del niño. El juego de este mismo grupo se

caracterizó por menos reciprocidad diádica, más conflicto diádico, menos responsividad materna a las necesidades del niño y más intrusividad materna.

El Preescolar en la familia. De 2 a 4 años.

Propiciar la interacción continua con el niño. Apoyo y participación en juego simbólico. Uso del lenguaje relacionado con expresión de emociones. Apoyar al niño en el desarrollo de sus capacidades representacionales frente a dificultades tales como “sobrevinculación” hacia los padres ó capacidad inadecuada para controlar la expresión de sentimientos. Contención y modulación de la excitabilidad e irritabilidad del niño. Facilitar la diferenciación entre fantasía y realidad. Apoyar el naciente control de impulsos, la estabilidad del humor, el amor propio. Propiciar afecto, cercanía emocional y afectiva.

Infancia, hasta adolescencia en la familia. De 5 a 12 años.

Propiciar la optimización de la escolaridad (compromiso/ coordinación de la familia y el colegio). Atención especial a la salud física y psíquica. Dar respuestas adecuadas al interés sobre función sexual. Propiciar confianza para plantear cualquier tema y/o preocupación. Atención especial a las dificultades de interacción con padres y de socialización en general. Propiciar sentimientos de filiación y pertenencia a la familia. Asegurar contención emocional y física del hijo. Adecuada supervisión desde la cercanía afectuosa. Facilitar la exploración. Propiciar la construcción de la identidad. Permitir y alentar la diferenciación. Propiciar y premiar la realización de esfuerzos. Apoyar en todo momento al hijo.

El adolescente en la familia.

Aceptación del cambio adolescente: privacidad, límites e independencia. Escuchar activa y seriamente, sin incurrir en “tendenciosidad crítica adulta” las preocupaciones del adolescente. Reconocimiento de las tareas emocionales del adolescente: establecer un nuevo tipo de relaciones, elegir valores éticos, amigos, vocación interese múltiples, tendencia sexual, pareja, aceptar la vía de madurez iniciada, cultivarla, reconciliarse con un cuerpo nuevo y cambiante. Construir identidad. Apoyar a superar las inseguridades del adolescente. Transmitir que esa inseguridad es normal y que se vencerá. Observar y ayudar a solucionar conductas de riesgo. Educar en relación a prevenir riesgos en posibles relaciones sexuales. Apoyar la potenciación de las capacidades del adolescente.

Ejemplo de esta etapa: puede considerarse que la organización vincular de pacientes adolescentes con trastorno de alimentación es de los tipos A (vínculo inseguro evitativo/desentendido) y C (inseguro resistente/ preocupado). Las hijas mostrarán estos patrones ante la amenaza al sistema vincular (9). Estas adolescentes fallarán en desarrollar autonomía al percibir las nuevas demandas intra y extrapsíquicas que alteran el sistema y que plantean otra relación con pares y mundo externo en general. Podemos valorar que la adolescente ANR inseguramente vinculada, en términos de evitación y ambivalencia, “buscará” la delgadez y será dependiente de

su peso y silueta para autoevaluarse y estimarse. Los síntomas de Anorexia funcionarían regulando y asegurando a la paciente una “distancia prudencial” frente a pares y padres en comparación con la proximidad que viven las adolescentes normales. La preocupación de la paciente con su cuerpo le permite restar importancia a las relaciones mencionadas y evitar la ansiedad de separación de la familia así como de adaptarse a los cambios venidos de las nuevas relaciones con pares. Se puede considerar el énfasis en la figura corporal, el peso y la apariencia como un tipo de hipervigilancia al juicio de otros y a su criticismo, rechazo y abandono.

Tanto en pacientes que sufren ANR como BNP se registra una peor percepción de los padres a esta edad, más rechazantes y negligentes, menos empáticos, más inestables, ambivalentes, menos cuidadores, intrusivos, sobreprotectores, idealizados, indiferenciados etc. Se han realizado multitud de trabajos al respecto basados en recuerdos y percepciones de pacientes y grupo control de los primeros 16 años de vida.

El adulto joven en la familia. La emancipación.

Propiciar la comunicación. Evitar posturas excesivamente ambivalentes en relación a la emancipación. Propiciar de forma realista la reflexión sobre las capacidades y formación del joven y sus aspiraciones. Facilitar la socialización de la persona joven. Facilitar su relación de pareja. Propiciar y apoyar autonomía: desde la dependencia a la constitución de un recurso social para la familia.

El adulto como eje del sistema trigeracional.

Propiciar la autonomía de los hijos. Reorganizar los padres su situación vital (familiar y social) de forma suficientemente satisfactoria. Aceptar la dependencia en aumento de la generación anterior. Prestar apoyo y ayuda necesarios. Conciencia del posible aumento de estrés y de la necesidad de lidiar adecuadamente con él (económico, psicológico, social, de relación matrimonial, de salud, laboral, etc.) Alejarse lo menos posible de un clima general de armonía.

Ejemplos de esta etapa:- la pérdida de una figura vincular de la que se ha dependido de forma extrema se relaciona con el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor. La paciente deja de comer como un síntoma más pero la pérdida de peso la agrada en un momento dado. Perder peso había sido para ella una “asignatura pendiente” desde siempre y se origina un Trastorno de Alimentación de tipo Restrictivo identificable como Anorexia Nerviosa.

-El primer embarazo de una hija con la que ha tenido una relación de competencia intensa (vínculo inseguro resistente/preocupado) provoca en la madre de la embarazada la necesidad de diferenciarse y rejuvenecerse. La paciente inicia una serie de cuidados corporales entre los que está perder peso. Inicia al poco una sintomatología restrictiva y un cuadro de Anorexia Nerviosa Restrictiva.

Edad media tardía en la familia.

Apoyo en tareas emocionales relacionadas con jubilación: pareja, grupo de pares, actividades adecuadas al interés de la persona (aprendizaje, voluntariado, cultivo de aficiones etc.). Apoyo relacionado con problemas de salud física y mental. Propiciar contacto con personas de diferentes edades que continuará en la siguiente etapa del ciclo.

Ancianidad en la familia.

Propiciar el sentido de filiación y pertenencia a la familia. Apoyo para que la persona mantenga el control sobre su ambiente inmediato. Propiciar la conservación del sentido de control independientemente de las dificultades de salud y deterioro. Propiciar el control de la vida cotidiana al objeto de conservar o mejorar la calidad de vida. Apoyo en la creciente ansiedad de pérdida. Plantear adecuado consejo y asistencia frente a los riesgos que generan las sucesivas crisis. Apoyo relacionado en general con problemas de salud, asistencia y dependencia.

Demos paso ahora a las ponentes.

Bibliografía (presentación de la Mesa Redonda)

- (1) Atkinson, L. Ed. Attachment and Psychopathology. The Guilford Press, 1977.
- (2) Marrone, M. La Teoría del Apego. Un enfoque actual. Ed. Psimática, 2001.
- (3) Brisch, K.H. Treating Attachment Disorders. From Theory to Therapy. The Guilford Press, 2002.
- (4) Feeney, J. Apego Adulto. Editorial Descleé de Brouwer S.A. Bilbao, 2001.
- (5) Ainsworth, M. Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale. Erlbaum, 1978.
- (6) George, C., Kaplan, N., Main, M., Adult Attachment Interview. Unpublished Manuscript. Department of Psychology. University of California. Berkeley, 1996.
- (7) Group for Advancement of Psychiatry. Psychiatric Prevention and the Family Life Cycle. Report num. 127. Brunner/ Mazel, inc., 1989.
- (8) Chatoor, I., Egan, J., et al. Interactions in Infantile Anorexia Nervosa. 0890-8567/88/2705 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1988.
- (9) O'Kearney, R. Attachment Disruption in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: a Review of Theory and Empirical Research. International Journal of Eating Disorders. Vol.20, num.2. 115-127, 1996.

Discusión Mesa Redonda.

G.Morandé : ¿ Puede la psicoterapia cambiar el tipo de apego?

María Carrera : Por mi experiencia diría que no, por ejemplo si nos referimos a la paciente de 19 años, pero creo que es un camino, crear una tendencia que ayude a salir de la patología alimentaria.

Montse Graell: ¿Qué implicaciones tiene esta tendencia desde el punto de vista terapéutico?

María Carrera: El tipo de apego puede aportar elementos técnicos a la terapia. Por ejemplo un paciente evitativo (vínculo desentendido) puede complacer al terapeuta anulando sus afectos e intentando protegerle ya que vive su vínculo como incompetente u hostil. Un paciente vinculado de forma ambivalente (vínculo preocupado) se empeñará en mostrar al terapeuta lo mucho que le interesa pero sin que haya trabajo cognitivo. El mundo cognitivo del paciente así vinculado está distorsionado ó reprimido para poder responder a las inconsistencias de la figura vincular. Es decir, una paciente puede venir encantada a consulta y no trabajar nada porque su experiencia es de incongruencia y ése es su estilo vincular.

G. Morandé : Begoña Gállego nos habla en su exposición de un caso ambulatorio (paciente que sufre una Bulimia Nerviosa Purgativa) y de otro caso ingresado (paciente que sufre una Anorexia Nerviosa Restrictiva) ¿ qué diferenciaría la vinculación de sus madres?

Begoña Gállego y Carmen Bayo: La madre del caso ambulatorio concierne su inseguridad vincular. Sufre por ello, realiza tratamiento psicoterapéutico, intuye que puede romper la transmisión insegura del vínculo a la siguiente generación. La madre de la paciente que sufre Anorexia Nerviosa y está ingresada no es consciente de que no ha pasado por una fase de individuación, de autonomía con respecto a su propia madre (abuela de la paciente). Tampoco es consciente de que su hija adolescente tendrá que realizar esta tarea emocional por las dos. Eso probablemente lastre la evolución de la enferma. Tenemos la idea de que cuando existe un vínculo inseguro de la madre con la abuela y no ha habido un movimiento vincular compensatorio posterior, la evolución clínica de la paciente puede ser más difícil. También pensamos que trabajar sobre la vinculación en general es una forma de alejar a la paciente del riesgo psicológico, de mejorar su evolución, de trabajar en la línea de prevenir recaídas.

VINCULO TRANSGENERACIONAL EN LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN-

Introducción

Quizás vds. recuerden una película del año 1982 dirigida por Ridley Scott y protagonizada por Harrison Ford, titulada **Blade Runner**. La película, que se ha convertido en un clásico del cine de ciencia ficción, se basa, aunque de forma un tanto libre, en la novela de Phillip K. Dick "¿Sueñan los androides con ovejas eléctricas?" "Harrison Ford- Deckard- es un Blade-runner, es decir un policía especializado en detectar y eliminar replicantes.

Los replicantes son robots con aspecto humano (androides), y cualidades similares a las de las personas, con tiempo limitado de "vida" y que se utilizan en trabajos peligrosos. Ellos, los nexus-6, los replicantes de última generación, están tan cerca de los humanos que, no exentos de angustia y dolor, se saben máquinas con fecha de caducidad.

En la última versión de replicantes a algunos les han introducido recuerdos.

Así Rachael, de la que se enamorará el protagonista –Deckard-, se cree humana ya que "recuerda" perfectamente a su familia, escenas de su infancia y las fotos correspondientes...

Por qué les cuento todo esto?, porque son nuestros recuerdos, nuestra historia, esa que nos coloca en la línea de una genealogía, la que nos permite construirnos como humanos, como sujetos. En definitiva, ningún sujeto es para sí sino es antes para otro.

Todo sujeto está inscrito en un determinado sistema de parentesco, y de algún modo soporta la historia de sus predecesores. Todo hijo ocupa un lugar en la fantasmática de sus padres (como individuos y como pareja) relacionado con el sistema narcisista de cada uno de ellos.

Como dice **Osterreich** :” Para lo mejor y para lo peor, cada uno de nosotros transporta en sí a su familia original, como ingrediente, como constituyente de su organización, unas veces como un peso y una fuente de limitaciones, otras como una fuerza y una riqueza”

Y es precisamente a través de la transmisión transgeneracional que esa historia nos llega, no sólo en lo biológico-genético, sino también. en contenidos psíquicos, mitos, historias, secretos, valores, ideales, conflictos no resueltos, etc...

Así pues no es de extrañar que diferentes autores y desde diferentes perspectivas, hayan intentado estudiar las relaciones intrafamiliares, y estudiar las familias como un sistema. En definitiva, si la familia puede ser el origen, o al menos un factor de riesgo para un desarrollo psicopatológico también. puede ser, un factor de curación.

¿Y que relación puede haber entre los aspectos transgeneracionales y los TCA?. Desde que se empiezan a estudiar los TCA en adolescentes, todos los autores en mayor o menor medida, han estudiado las relaciones de la joven paciente con sus familias y a las propias familias.

Entender las relaciones intrafamiliares parecía importante tanto para la comprensión del cuadro, como para la toma de decisiones terapéuticas.

Un poco de historia

Hilde Bruch, psiquiatra que en los años sesenta fue pionera en el tratamiento y estudio de la anorexia, puso el acento en la conflictiva relación entre madre e hija, y en el rechazo radical de la imago materna por parte de la hija.

Encontró también, que sus pacientes tenían padres con ideas muy rígidas acerca de cómo debían ser sus hijas y se mostraban intolerantes con cualquier manifestación de independencia por parte de ellas.

Minuchin en los años setenta y **Selvini Palazzoli** en los ochenta, llegan a interesantes conclusiones relacionadas con la estructura familiar, la solución de conflictos, la comunicación, la dificultad en la emancipación e independencia de los miembros jóvenes de la familia, las lealtades, las triangulaciones, etc...

Selvini-Palazzoli, evoluciona a una perspectiva sistémica e incluye pronto en sus tratamientos a toda la familia.

Estudia las constelaciones familiares y establece correlaciones entre el tipo de familia y el modo de enfermar. Algo así como qué tipo de paciente anoréxica para qué tipo de familia.

En resumen, podemos decir que la familia de la paciente anoréxica de Bruch es sobreprotectora, ambiciosa y está preocupada por el éxito y las apariencias. Para Minuchin en estas familias se da la sobreprotección, son rígidas y tienen dificultad para la toma de decisiones. Selvini-Palazzoli, habla de familias con alianzas encubiertas, malas relaciones y falta de comunicación entre sus miembros al intentar cada uno imponer las reglas de la relación.

White, desde una perspectiva transgeneracional, describe a la familia de la anoréxica, como un sistema rígido de creencias implícitas que se transmiten de generación en generación. Este autor considera que son familias con dificultades para aceptar la individuación y para la solución de problemas.

Para **Lofrano**, las familias de anoréxicas en general idealizan tanto a la hija como a la familia, mientras que las de las pacientes bulímicas proyectarían en la hija los aspectos rechazados por los padres.

Sin embargo, en los últimos años se acepta que las familias, en los TCA, son heterogéneas, y que no existe una tipología familiar que explique por sí misma ningún desarrollo de estos trastornos. En su lugar, hoy se habla de factores de riesgo y de dificultades que actuarían como elementos predisponentes.

Teoría del apego. Otro acercamiento a lo transgeneracional

Otro acercamiento a lo transgeneracional viene desde la perspectiva de la teoría del apego. **Bowlby**, psicoanalista inglés, interesado en el estudio de los estados de privación de la presencia de la figura materna, es el autor que desarrolla esta teoría

Mary Ainsworth, colaboradora de Bowlby, describe el apego de la siguiente forma:

-“ Este algo internalizado que hemos llamado apego tiene aspectos de sentimientos, de memorias, de deseos, de expectativas y de intenciones, todos los cuales sirven como una especie de filtro para la percepción de la experiencia interpersonal, como un molde que configura la naturaleza de una respuesta externamente observable”

Para Bowlby y los teóricos del apego este es interno y va más allá de las conductas. Tiene que ver con un vínculo emocional que permanece a través del espacio y el tiempo. Según este autor, las relaciones de apego tempranas, forman un prototipo de relación que se reproducirá en las relaciones posteriores.

A partir de estas primeras experiencias del bebé con sus figuras de apego, generalmente los padres, se constituyen los **MIO** o Modelos Operativos Internos.

Podemos definir los modelos operativos como mapas cognitivos, representaciones, o guiones que un sujeto tiene de sí mismo y de su entorno.

A pesar de la importancia de las primeras relaciones entre el niño y sus padres, hay que tener en cuenta que las experiencias vinculares posteriores permiten realizar Movimientos Compensatorios que pueden atenuar o corregir los efectos adversos de una carencia inicial.

A partir de las teorías de Bowlby y precisamente para intentar estudiar los procesos de transmisión transgeneracional, Mary Main y su equipo, desarrollaron en la universidad de Berkeley la entrevista **AAI**. (Entrevista de Apego para Adultos) (1985)()

La **AAI**, es una entrevista semiestructurada que consta de 20 preguntas relacionadas con la historia vincular del entrevistado. Su propósito principal es buscar y clasificar el estado mental del sujeto con respecto a sus vínculos.

A la hora de valorar la entrevista más importante que las experiencias narradas es la forma en que el sujeto narra dichas experiencias.

El grado de coherencia y consistencia del relato nos dará datos acerca del grado de resolución de los duelos del sujeto y del manejo de las ansiedades ligadas a sus experiencias pasadas.

La entrevista permite considerar 3 tipos de modelos representacionales del apego en el adulto, uno Seguro-autónomo, y dos inseguros, el Desentendido y el Preocupado. También se puede añadir un tercer modo inseguro, el Desorganizado.desorientado.

Desde los años noventa, son numerosas las investigaciones que se han ido realizando con esta perspectiva utilizando la AAI u otras entrevistas o cuestionarios similares. A través de estos estudios se intenta profundizar en los estilos de vinculación de un sujeto y en los mecanismos de transmisión vincular de una generación a otra.

Todas estas investigaciones parecen concluir que el tipo de vinculación segura funciona como un factor de protección ante los eventos de la vida.

Así tenemos por ejemplo que, estudios realizados por **Fonagy, los Steele, Target** y otros (1996, 2000, 2004), muestran que los estilos de apego inseguro se asocian con trastornos de personalidad en los adolescentes y los adultos.

En otro estudio con pacientes femeninas se encontró que aquellas con un estilo de apego inseguro tenían un número significativamente mayor de síntomas físicos y visitas a atención primaria.. (**Ciechanowski y cols.2002**)

Myers (1998), halló que las personas con estilo de apego seguro tenían niveles más altos de competencia personal y autoestima, y niveles más bajos de malestar psicológico

La vinculación segura permite tanto al niño como al adolescente explorar por más tiempo y más lejos y buscar nuevas figuras de apego. Cuando el vínculo es seguro resulta más fácil negociar la autonomía al llegar a la adolescencia.

Cuando el vínculo no es seguro la probabilidad de dificultades en el proceso de individuación es mayor. Así podemos encontrar un alto porcentaje de vínculos inseguros en las conductas adictivas, antisociales y delincuencia o procesos psicósomáticos.

Se ha visto que los dos factores de mayor peso en el sentimiento de seguridad de los hijos son: la capacidad de ofrecer empatía y una respuesta sensible por parte del adulto y la habilidad para entablar conversaciones significativas en las que se muestre la capacidad de reflexionar sobre temas interpersonales.

Vinculación y TCA

Con respecto a los trastornos de alimentación, por ejemplo, tenemos que **A. Ramacciotti** y cols. en un estudio realizado en Roma en el año 2000 encontraron un estilo de apego inseguro, temor al abandono y dificultades con la autonomía en las jóvenes con TCA.

Consideran que la cualidad del vínculo desarrollada por estos sujetos a partir de sus primeras experiencias puede ser tenida en cuenta como un cofactor en el desarrollo del desorden de alimentación.

Otra investigación realizada en Francia por **Michel Bader y otros** (2004) estudia las representaciones mentales de un grupo de jóvenes con TCA severos y otro con toxicomanías y compara las constelaciones familiares y los componentes transgeneracionales en ambos grupos.

Los toxicómanos describen la predominancia de intensas vivencias familiares, de conflictos familiares, separaciones, duelos no elaborados y figuras y funciones transgeneracionales insuficientemente estructurantes.

Los sujetos con conductas alimentarias graves exponen frecuentemente conflictos entre los padres, problemas transgeneracionales madre/hija, y contraste entre las funciones paternas periféricas y las funciones maternas generalmente muy presentes

En el hospital del Niño Jesús de Madrid, **las Dras. Bayo, Martínez- Ladrón y yo misma**, realizamos un estudio con 120 entrevistas, divididas en seis grupos de veinte sujetos cada uno.

Utilizamos una adaptación de la AAI y la entrevista se hizo con las madres de las jóvenes pacientes.

Entre los resultados encontramos que el mayor índice de vínculo seguro y de Movimientos compensatorios hacia vínculo seguro se daba en el grupo control, tanto con respecto a los hijos como con respecto a sus padres, abuelos de las jóvenes, incluso aunque los recuerdos relatados incluyen hechos vitales difíciles como emigración, enfermedad o muerte.

En los grupos más graves que precisaron ingreso aparecía vínculo inseguro de tipo desentendido, tanto respecto a los hijos como con respecto a los padres.

En los grupos de TCA aparecía un índice más alto de vínculo inseguro de tipo preocupado tanto con las pacientes como con los hermanos, siendo mayor el índice de vínculo inseguro en el grupo de pacientes.

También encontramos que el valor que más discriminaba entre grupos correspondía a la representación mental del vínculo de la madre con respecto a su propia madre durante la infancia.

Estos resultados como los obtenidos por otros estudios correlacionan el vínculo inseguro con mayor malestar psíquico y la transmisión transgeneracional del tipo de vinculación.

Dejando hablar a las protagonistas

Finalmente, me gustaría dejar hablar a las protagonistas y para ello les traigo dos entrevistas de nuestro estudio. La primera corresponde a un caso de ANR que precisó ingreso por su bajo IMC y la segunda a un caso de Bulimia con tratamiento ambulatorio.

Viñeta clínica 1:

Esta primera entrevista corresponde a una mujer de 46 años madre de una chica de 18, que padece una ANR de 4 años de evolución, que necesitó un ingreso prolongado por su bajo IMC y que en el momento de la entrevista tiene una buena evolución.

Esta madre es la segunda de cuatro hermanos. El mayor es un varón y tras ella hay dos hermanas gemelas. Nació en un pueblecito de Castilla en el seno de una familia dedicada a las labores del campo. Vivió en su lugar de origen hasta los 22 años, edad en la que contrajo matrimonio y se trasladó a Madrid. Trabajó durante un tiempo en casa y posteriormente se hizo cargo de un negocio de hostelería, negocio que continúa en el presente.

“Yo recuerdo el campo como algo...no sé...no como Madrid”. Le cuesta encontrar un calificativo para su recuerdo. Desde el comienzo de la entrevista y a lo largo de toda ella, transmite añoranza por los años pasados en su lugar de origen.

Entre sus primeros recuerdos, hay un hecho que probablemente marcó el ser de esta mujer. Dice, “ Recuerdo perfectamente el nacimiento de mis dos hermanas en el campo” y cuenta a continuación como su madre dio a luz a las niñas en el camino de vuelta al pueblo. El padre y los dos hijos mayores de cinco y tres años respectivamente tuvieron que atender el parto en un frío día de invierno. Fue un momento de grave riesgo para la vida de la madre (tuvo una intensa hemorragia) y los dos bebés, que esta

niñita pasó sosteniendo la mano a su madre. Todo se resolvió bien e incluso este hecho dio a la familia un pequeño momento de notoriedad. “No hay nada que se celebre más en mi casa”, comenta y añade, “Yo tengo algo con mi madre...y con una de mis hermanas...algo muy especial”. La expresión de este vínculo especial madre-hija (es decir abuela-madre de la joven paciente), se repetirá a lo largo de todo el encuentro.

Más adelante en la entrevista, contará que a los 12 años pasó por una pequeña intervención pero que un exceso de anestesia la tuvo 15 días en coma. “Mis padres no se separaron de mi cama”.

Con respecto a la relación con su madre, contesta” No recuerdo que me haya dicho nada en contra, nunca...solo cuando me eché novio... (rápidamente cambia el tono) y añade... pero siempre muy bien...tengo pena de no estar con ella...como si hiciera algo que no está bien...”

Con respecto al padre, dice “Yo siempre iba con mi padre, era su lazarillo...le traducía lo que le decían...”(el padre tenía un problema de audición y ella hacía de intermediaria cuando era necesario) “Siempre confió mucho en mí...incluso ahora”. Sólo al responder a otras preguntas surge algún comentario crítico respecto a su forma de actuar.

Insiste en el dolor que a todos les produce al distancia, “Una piñita los hijos y los padres...ahora estamos más apartados, la niña (su propia hija), no quiere mucha reunión familiar...”Pensaban que yo había cambiado...no entendían el sufrimiento de que la niña no come...ahora lo entienden más”. Más adelante añade, “Necesito hablar con ella (su propia madre), para mí es como si respirara...” También sus hermanas que viven en el lugar de origen, le cuentan que la madre está mucho mejor cuando habla con ella.

La primera separación fue al venir a Madrid. “Lloré mucho... todos los fines de semana íbamos al pueblo...los jueves ya tenía la maletita preparada “.”Yo era muy blandita...he cambiado mucho...ahora soy dura...por la vida en Madrid”.

Considera que con respecto a sus padres no han habido cambios en la relación y añade muy seria “Espiritualmente estoy unida a ellos”.

Al final de la entrevista, al hablar de sus hijos dice que ellos no han querido nunca ir de campamento. Con respecto a su hijo dirá que aunque no ha querido estudiar, la ayuda mucho y que es estupendo en el negocio.

Su hija sí fue de viaje en fin de curso “...entonces ya vino mal, picadita, justo en el inicio de la enfermedad”. Luego añadirá “Con mi hija me pasa lo que con mi madre, no puedo estar sin verla...”

A lo largo de la entrevista vemos a una mujer que no ha tenido una vida fácil, buena madre, trabajadora y protectora con sus hijos, como ella misma dice. Creo que también podemos ver en sus respuestas la dificultad para la evolución del vínculo entre las generaciones y las angustias que genera la separación y autonomía de los hijos, sobre todo en la línea femenina (abuela-madre- nieta).

Tampoco los vínculos paternos parecen haber ayudado en este proceso sin que podamos apreciar movimientos compensatorios, así la relación queda idealizada llevando a una interdependencia que dificulta el desarrollo de la alteridad y la individuación.

Viñeta clínica 2:

La segunda entrevista AAI, corresponde a una mujer de 54 años madre de una paciente adolescente de 16 años con un tratamiento ambulatorio por bulimia nerviosa purgativa.

Es una mujer con una diplomatura universitaria que trabaja fuera de casa en su profesión. De aspecto agradable. Al inicio de la entrevista se muestra a la defensiva. Me pregunta incómoda que porque las madres y no los padres. Su forma de expresarse me hace pensar en los sentimientos culposos que puede experimentar esta mujer con respecto a la situación de su hija.

En un primer momento cruza los brazos sobre el pecho y poco a poco los irá soltando y moviendo acompañando a su relato.

Al despedirnos tras hora y media de conversación me dará dos besos.

Al corregir la entrevista con mis compañeras, calificamos su estilo de vinculación con respecto al padre como seguro y como preocupado con respecto a su propia madre, su hija y su marido, sin que aparezcan movimientos compensatorios a lo largo de su historia.

Durante la entrevista se expresa adecuadamente y sonríe, pero su actitud general transmite tristeza.

Nacida en Madrid, es la quinta de siete hermanos. Cinco varones y dos mujeres, ella y la hermana mayor de la fratria.

Nunca ha habido traslados ni situaciones graves durante su infancia.

El padre inspector de hacienda falleció hace pocos años y la madre vive todavía.

Con respecto a sus primeros recuerdos de la relación con sus padres en la infancia dice:

“Yo creo que para aquellos tiempos era buena. Mi padre era superafectuoso y mi madre más fría. Pero claro tenían que repartir su corazoncito entre siete...Yo...siempre lo he echado de menos ...llegaba a casa y decía dónde está mamá?...”

A lo largo de la entrevista incidirá sobre esta diferencia, :” si me encontraba mal seguro que iba a mimitos con mi padre”. Aunque luego añadirá que en la adolescencia discutieron mucho :...” era muy afectuoso, pero machista...puso problemas en que fuera a la universidad, pero tuve el apoyo de mis hermanos y yo lo tenía claro”

Con respecto a la relación con la madre dirá :” siempre me sentí que estaba en segundo término” y en otro momento añade que “ seguro que soy injusta, pero en fin, seguro que ella lo intenta, pero no es cariñosa...mi hermana mayor que se llevaba fatal con mi padre siempre dice pobre mamá...ella vino a Madrid (procedía de otra ciudad española) y era un poco infantil...siempre dependió de mi padre...no sé yo tengo un contencioso ahí con ella...que en fin ...era dura la vida de las mujeres...supongo que ella se debía de valorar muy poco...en fin ...no sé ...antes de que muera...”.

Con respecto a la relación con sus hermanos. Relata una anécdota referida a su falta de capacidad para dibujar y luego añade, “ Yo aún lo recuerdo fatal. Mis hermanos. eran caústicos y yo les tenía pavor sobre todo a los dos mayores. No era rechazo pero eran bromas y risas, hacía pupita, nunca he vuelto a pintar.”

Ante la pregunta 10 ¿como cree vd. Que estas experiencias han podido afectar a su personalidad adulta? Contesta, “No sé, siento que me falta mucho por madurar... en muchas cosas...tal vez estaba muy protegida...aunque yo trate de volar por mi cuenta”.

De hecho esta mujer a los ventitres años se fué a vivir con su novio, hoy su marido y el padre de su hija, a pesar de la oposición paterna.

Un poco más adelante respondiendo aún a esta misma pregunta esta mujer que se crió con 5 hermanos varones, dirá, “ Me da envidia mi hija que desde pequeña ha estado con chicos...para mí era un corte cuando empecé a salir por la noche , o luego en la facultad”.

Llama la atención como a pesar de algunos movimientos en la realidad esta mujer capaz de oponerse a las opiniones paternas y seguir las suyas propias, transmite

una inquietud interna y una falta de confianza en sí misma que sin duda debieron de pesar en la decisión de ser madre. Tenía 37 años cuando decide dar el paso.

“Nos lo pensamos mucho. Cuando nació la niña yo me sentí feliz pero con una gran hiperresponsabilidad...yo estaba diciendo-yo no te voy a fallar nunca-me llené de esas cosas...empecé a trabajar a los 3 meses...mi marido por las mañanas y yo por las tardes...lo pasé fatal...no tuve apoyo...yo creo que tuve una depresión...fue una etapa mala entre los dos...”. Luego añadirá, “ Ahora siento culpa por no haber dejado a C. un hermano...pero no me sentí con fuerza para repetir. Mi marido tampoco quería otro y se descartó”.

La maternidad aparece como una vivencia conflictiva aunque fuera una experiencia meditada durante años y finalmente buscada.

Tampoco la relación con su pareja parece haber facilitado movimientos hacia una seguridad adquirida. (algunas mujeres a lo largo de estas entrevistas apuntan que la relación con su pareja y su apoyo las han ayudado a cambiar y resolver relaciones conflictivas con sus familias de origen y a sentir confianza en sí mismas).

Ya al final de la entrevista al explorar sobre la relación con su hija, esta mamá hace hincapié en los estudios, y añade, “que sea independiente, una profesional del tipo que fuese, que no necesite casarse ni de nadie...”

Finalmente al preguntarle que desearía que su hija aprendiese en su experiencia como hija, se pone muy nerviosa y parece no entender la pregunta. Trato de ayudarla y darle un tiempo para calmar la ansiedad y por fin responde, “No sé...soy insegura y temo que mi hija ha aprendido lo negativo, mi inseguridad...” Se queda pensativa y añade, “Entonces...no sé...quizás mi madre es una mujer con muy baja autoestima...no sé...yo en mi hija me he volcado...pero...no sé...yo es que ahora estoy yendo a un psicólogo”. (Hecho que hasta ese momento no había mencionado).

Me gustaría pensar, que como ocurre en algunos casos, la enfermedad de su hija llegue a ser también una oportunidad para que esta mujer pueda resolver, por fin, algún contencioso, como ella señalaba al principio de la entrevista, y pueda avanzar hacia una seguridad adquirida y hacia un mayor confort consigo misma.

“

CICLO VITAL, VÍNCULO Y ANOREXIA NERVIOSA”

La teoría del apego intenta explicar el vínculo afectivo que establece una persona con otra, caracterizado por un conjunto de conductas de búsqueda de proximidad, intimidad y base de referencia en las relaciones con el entorno. Este vínculo cuando se presenta como incondicional, competente para ayudar y consolar produce unos sentimientos de seguridad, estabilidad, creencia en las propias competencias, comunicación emocional y amor entre las dos personas. El apego facilita la construcción de unas representaciones mentales sobre la figura de apego, sobre el sí mismo y sobre la supuesta imagen que la figura de apego tiene de la persona apegada. (1)

La principal función biológica del apego es asegurar la protección garantizando así, la supervivencia.(2).

Para Bowlby el apego establecido desde el primer año de vida era estable (evitativo, seguro, ambivalente) aunque no descartaba cambios en el mismo debido a circunstancias vitales distintas.

Desde sus trabajos y los de su discípula Mary Ainsworth numerosos profesionales han profundizado en la teoría del apego presentando estudios diversos.

Algunos autores defienden la invariabilidad en el apego a través del ciclo vital, Sroufe, Egeland y Kreutzer(1) dentro de la corriente prototípica pero admiten que, aunque posteriormente, puedan darse otras influencias, el sistema original permanece inamovible en su esencia y no sólo por la estabilidad del ambiente sino por la naturaleza intrínsecamente estable del apego.(1)

La postura más revisionista defiende que el apego puede mantenerse o cambiar, puesto que se trata de un sistema flexible que se adapta y modifica ante nuevas experiencias, el apego no sería intrínsecamente estable, sino que dependería de la permanencia de las condiciones ambientales (1)

Si nos basamos en el modelo de Patricia Crittenden quien considera el apego como un patrón, un procesamiento de información y una estrategia para identificar y responder al peligro, hablaríamos de variaciones en el apego desde la “situación extraña” con cambios en la infancia, desorganización en la adolescencia para posteriormente configurar un tipo de apego en la edad adulta en una gama que iría desde el apego seguro hasta la psicopatía. (3)

Al intentar entender la Anorexia Nerviosa desde la Teoría del apego cabría preguntarse qué tipo de apego es el que daría lugar a un TA. No hay una respuesta clara, parecería que el patrón evitativo con sus dificultades para entender y mostrar los afectos predominando el mundo cognitivo sería el que más se aproximaría al patrón vincular anoréxico. Las conductas restrictivas junto con la delgadez serían la forma en que la paciente podría mantener esa distancia emocional con los padres y pares propia del apego evitativo en la adolescencia. Cada paciente es diferente y en casos muy graves podríamos valorar un apego ambivalente.

Otra pregunta que cabría preguntarse es si en el proceso evolutivo de una paciente con Anorexia Nerviosa se producen movimientos vinculares y qué los produce. Si como creemos, la AN es el resultado de una vinculación insegura en la primera infancia con una reorganización en la adolescencia (3) ¿sería posible un movimiento vincular en la edad adulta hacia un apego seguro o por el contrario no vamos a encontrar cambios?

¿Puede la psicoterapia como base segura desde la que explorar el mundo ayudar a una paciente anoréxica a establecer un vínculo seguro o en su defecto a facilitar algunos cambios en las dimensiones confianza/desconfianza, seguridad/ansiedad, intimidad/evitación de la intimidad (4)?

OBJETIVOS

- 1.- El primer objetivo de este trabajo sería intentar aproximarse al entendimiento de la Anorexia Nerviosa como un proceso vincular estable o no.
- 2.- El segundo objetivo es realizar una reflexión sobre el papel de la psicoterapia en los posibles movimientos vinculares si los hubiere.

MATERIAL Y MÉTODO

Se expondrán dos casos clínicos.

El primero es el de una mujer adulta y el segundo el de una adolescente mayor y su bebé.

Se han utilizado: La entrevista de apego para adultos (AAI)(5) de Main en el primer caso y el cuestionario de apego para adultos de Feeney, Noller y Hanrahan en ambos (6).

CASO N° 1

Mujer de 62 años sin diagnóstico psiquiátrico en la actualidad.

En su biografía cabe destacar:

- .- Muerte del padre a los 4 años por accidente
- .- Ingresada sin sus hermanos en un internado hasta los 14, edad en la que es trasladada a otro centro con una hermana.
- .- Vuelve a casa a los 16 y es obligada a renunciar a sus estudios para cuidar a su madre
- .- Matrimonio a los 24 con un hombre alcohólico y maltratador de ella y de sus dos hijos.
- .- Su madre abandona el domicilio en el que convivía con ella y su marido e hijos.
- .- Separación del marido a los 46 años.
- .- A los 54 inicia trabajo en un centro para minusválidos psíquicos.
- .- Su hija abandona al marido y a los dos hijos y corta cualquier contacto con su madre.

Antecedentes Psiquiátricos:

Mutismo selectivo en la infancia

Bulimia Nerviosa purgativa a los 16 años. Siempre mala comedora.

Diez ingresos hospitalarios por desnutrición y deshidratación. Anorexia Nerviosa Purgativa a los 46 y dos episodios depresivos mayores. En dos ocasiones ingresada para tratamiento con TEC. Escasa adherencia al tratamiento farmacológico por no confiar en su utilidad.

Tratamiento y seguimiento posterior:

Iniciamos tratamiento en la unidad de trastornos de alimentación enfatizando en que tuviera dos figuras claras de referencia, ya que en la evolución de su trastorno y aunque básicamente había sido tratada por el mismo psiquiatra, los numerosos ingresos en diferentes instituciones habían hecho muy complicada la vinculación con un terapeuta. Nos aseguramos de dejarle muy claras las pautas de tratamiento psicológico y farmacológico e insistimos en la necesidad de mantenerse nutrida para continuar el tratamiento con nosotras. Pactamos un IMC inferior a 17 para un reingreso o bien problemas electrolíticos severos.

A nivel psicológico se inició un tratamiento centrándose en la teoría del apego. Se comenzó haciendo una revisión de su biografía para que ver cuál era la narrativa sobre su historia personal y cómo podía estructurarla, así mismo se le pasó la entrevista de apego para adultos de Main (5).

Su narrativa estaba plagada de desatenciones y pérdidas de sus figuras vinculares principales y también de algunas figuras con las que se vinculó en la edad adulta: padre muerto, enviada a residencia de huérfanos, novio fallecido, madre que la obliga a cuidarla y luego la abandona en su desgraciado matrimonio, sacerdote que debe partir a misiones. No podía expresar emoción alguna, ni tan siquiera identificarlas. En aquel momento observamos un patrón vincular evitativo a caballo entre un patrón ambivalente. Poco a poco fuimos facilitando a la paciente la expresión de sus sentimientos y emociones y pudo poner palabras a su rabia y su dolor. En este proceso que duró tres años, sólo precisó un ingreso por un cuadro epileptiforme que padeció y del que no se concluyó nada.

A menudo tuvimos que ofrecerle agua y algún alimento en la consulta para que no desfalleciera. Sentíamos que le servíamos como base segura para continuar su nuevo camino, pero con sus hermanos mantenía una relación fría y distante, discontinua y sin sentir confianza, intimidad o seguridad. La relación con el hijo mejoró en aquella época en parte debido a la incorporación de la novia de éste a la familia, una mujer cálida y que entendía las enfermedades crónicas debido a su diabetes. El hijo nunca ha entendido la enfermedad de la madre aunque procuraba hacerle un cierto “caso”. La hija se alejó de la madre al emparejarse y ante las demandas de atención de la paciente que sufría mucho con este distanciamiento, aunque no era capaz de expresar sus necesidades con claridad.

Consiguió empezar a ser crítica con su lugar de trabajo, a darse cuenta de que ella no era una minusválida y a exigir mejoras para todos en el ámbito laboral por lo que fue y sigue siendo sometida a un cierto acoso laboral.

Actualmente evita todo contacto con sus hermanos y sólo se relaciona con una sobrina que parece ofrecerle confianza y cierta intimidad. Ha recuperado la relación con su hija (probable TLP) y entre ambas están construyendo una relación de confianza mutua, intimidad y seguridad. Con su hijo mantiene una relación difícil, marcada por las quejas, gran desconfianza entre ambos y una gran rabia expresada porque no le dejan cuidar a su nieto. Ha cambiado de domicilio y vive en la ciudad pues siempre había soñado con esto. Realiza labores semanales de voluntariado y sigue en su trabajo en espera de la jubilación. Acude mensualmente a consulta e insiste en que deberíamos escribir un libro sobre su vida.

Se le aplicó la escala de apego de adultos de Feeney y Noller y obtuvo puntuaciones compatibles con el tipo de apego evitativo resistente (6).

Comentarios al caso 1:

El trabajar con esta paciente fue muy desalentador al principio hasta que enfocamos el caso desde la teoría del vínculo y rehicimos su historia personal. Esto nos permitió entender por qué le costaba tanto vincularse, por qué nunca protestaba pero continuaba con sus conductas restrictivas y purgativas hasta el punto de que en algún momento fue diagnosticada como trastorno pasivo – agresivo de la personalidad. A lo largo de estos años de tratamiento, 5 ya, hemos aceptado que su estilo vincular se mantiene estable, evitativo, con tendencia a la desorganización. El vínculo terapéutico le ha permitido el cuidado de sí misma y mantener un ánimo estable (ahora sigue medicada y lo acepta), no le ha ayudado a establecer relaciones vinculares adultas más seguras aunque ha mejorado notablemente la relación con su hija. En conjunto le ha permitido, quizá, cambiar un patrón evitativo muy rígido por otro algo más flexible.

CASO 2

Mujer de 19 años, soltera, madre de un bebé de 18 meses. Estudios elementales. Trabajo temporal en negocio familiar.

Actualmente sin diagnóstico psiquiátrico.

Datos biográficos:

- .- Posible acoso escolar entre los 11-12 años
- .- Emparejamiento a los 15 años
- .- IVE a los 16 años
- .- Maternidad a los 17 años

Antecedentes personales:

- .- Trastorno por ansiedad de separación en la infancia (sin diagnosticar ni tratar)
- .- Anorexia Nerviosa Purgativa a los 12 años que precisó 7 ingresos hospitalarios.

Tratamiento y seguimiento posterior:

La paciente acude con sus padres por primera vez con 12 años y precisando un ingreso por su bajo IMC y la imposibilidad de parar las conductas purgativas. Presentaba un miedo intenso a separarse de sus padres. Se la derivó a otro hospital por no disponer de camas infantiles en esa época. Al alta, las conductas restrictivas y purgativas habían empeorado por lo que precisó 6 ingresos más y alguna estancia breve en Hospital de Día. Lo que caracterizaba a esta chica era su incapacidad para vincularse con algún terapeuta, lo intentábamos todos, marcaba una gran distancia y manifestaba una absoluta desconfianza hacia el equipo terapéutico que transmitía a los padres o quizá era al revés. No era capaz de manifestar lo que sentía y sus palabras eran “voy a deslomar a mi caballo de lo que peso” transmitiendo una angustia intensa. Su desconfianza hacia nosotros se había instaurado y sentíamos que no podríamos ayudarle. Decidimos centrar su tratamiento en un solo terapeuta que trasladó a la paciente la responsabilidad del mismo y le dio la confianza necesaria para que ella empezara a creer en sí misma.

Aparecieron dificultades enormes en sus relaciones con los pares y también con sus padres, viviendo una larga temporada muy aislada y sin poder acudir a clase. Al fin encontró algunos iguales, no muy recomendables, con los que identificarse y aparecieron conductas de riesgo como fumar hachís, beber, alguna autolesión, transgredir normas familiares etc. Todo apuntaba hacia la configuración de un trastorno de personalidad, sin embargo algo había cambiado ya que empezaba a confiar en el terapeuta y la alimentación mejoraba poco a poco. Inició una relación de pareja estable, bastante mayor que ella consumidor de cannabis, consiguió hacer los cursos de la ESO (Educación Obligatoria Secundaria) que le faltaban y empezó a trabajar en verano en el negocio familiar. Un embarazo no deseado puso a prueba su incipiente estabilidad, pero le ayudó a sentir a sus padres como figuras vinculares seguras que responden ante las dificultades sin criticar. A los pocos meses queda nuevamente embarazada y decide proseguir esta vez el embarazo. Trabajamos la vinculación precoz al bebé que es muy pobre. No hay presencia de sintomatología depresiva tras el parto, pero sí activación de la distorsión de la imagen corporal y de su inseguridad. Después de vivir con la pareja en otro pueblo, vuelve a vivir con los padres y finalmente se separa de la pareja, pasa por períodos de gran insatisfacción corporal ligados al estado de ánimo pero aún no es capaz de darse cuenta de ello. La hija presenta un trastorno por ansiedad de separación. El abuelo del bebé se significa como figura vincular importante igual que lo era con sus hijas.

Comentarios al caso 2:

Con esta paciente no nos centramos en la narrativa de su historia personal, el tiempo corría rápido, había que conseguir una vinculación terapéutica para que la paciente empezara a caminar, involucrar a sus padres y ayudarles a proporcionar a la hija la seguridad que necesitaba a la vez que le permitían y le ayudaban a separarse. Al revisar el caso no dudamos del vínculo ambivalente de esta chica, siendo el de su madre evitativo y básicamente seguro el de su padre (6).

El reto ahora es darle un soporte y ayudarle en la construcción de un vínculo más seguro con su bebé que acaba de sufrir su primer revés, la separación de sus padres.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- López F: Apego: Estabilidad y Cambio a lo largo del ciclo vital. Rev. Infancia y Aprendizaje 2006 vol. 29, nº1; pag. 9-25
- 2- Marrone M. La teoría del apego. Un enfoque actual Editorial Psimática. 2001
- 3- Crittenden PM. Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego. Promolibro. 2002
- 4- Feeney J, Noller P. Apego adulto. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. 2001
- 5- Kaplan N, Main M. Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of California, Berkeley. 1996
- 6- Feeney J, Noller P y Hanrahan M: Assessing adult attachment: Development in the conceptualization of security and insecurity. En M.B. Spearling y W.H. Berman (Eds.). Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives (pp 128-152) Guilford Press. 1994
- 7- Brisch KH. Treating attachment disorders. Guilford Press. 2004

8- Stern D. La primera relación madre-hijo. Ediciones Morata, S.A. 1983