

APEGO Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS: IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

ATTACHMENT AND EATING DISORDERS: IMPLICATIONS FOR PSYCHOTHERAPY INTERVENTION

Dra Laura Hernangómez Criado

Psicóloga Clínica

Unidad de Trastornos Alimentarios - Complejo Hospitalario de Toledo. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Hernangómez Criado, L. (2018). Apego y Trastornos Alimentarios: Implicaciones para la Intervención Psicoterapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 69-92.

Resumen

En este artículo, se revisa la relación entre apego y trastornos alimentarios, profundizando en las variables mediadoras investigadas hasta el momento y en las implicaciones de estos resultados para la psicoterapia. Con énfasis en el papel de la relación terapéutica y la metacognición, especialmente en los casos más graves, se plantean propuestas para la adaptación de la terapia y el manejo de dificultades desde la consideración de las diferencias individuales y familiares en el apego.

Palabras clave: *Apego, Trastornos alimentarios, Relación terapéutica, Metacognición, Transdiagnóstico.*

Abstract

In this article, relationship between attachment and eating disorders is reviewed for further analyzing mediator variables and implications of these results for psychotherapy. With a particular emphasis on function of therapeutic relationship and metacognition, mainly in the most severe cases, proposals are made for adapting psychotherapeutic process and handling difficulties from an individual and family differences in attachment perspective.

Keywords: *Attachment, Eating disorders, Therapeutic Relationship, Metacognition, Transdiagnostic.*



INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios constituyen un fenómeno muy complejo en términos de causalidad, morbimortalidad, comorbilidad, migración transdiagnóstica, tendencia a cronicidad, impacto psicosocial y manejo terapéutico. El hecho de que sean multideterminados implica no sólo que en cada caso individual influyen múltiples variables en interacción, sino también que a similar patología puede llegarse por muy diferentes vías. En ese contexto, el papel del apego se incluye como una pieza importante pero no única dentro de la miríada de factores que explican los trastornos alimentarios. Aunque resulte tentador simplificar, una concepción lineal unidireccional constituye un reduccionismo aberrante a nivel teórico y metodológico además de tener implicaciones peligrosas a nivel de práctica clínica por el riesgo de culpabilización implícita a las familias (Zachrisson y Skårderud, 2010). Aunque se ha insistido mucho en el rol de las familias en el origen de los trastornos alimentarios, la visión actual se amplía a los factores de mantenimiento/protección y a reconocer que: (1) no existe un patrón único en las familias donde se presenta un trastorno alimentario; (2) las disfunciones observadas en *algunas* familias no son exclusivas de los trastornos alimentarios; (3) cuando existen funcionamientos patológicos, es complicado dilucidar si es causa, consecuencia o exacerbación asociada a sufrir un trastorno mental grave, y en ocasiones crónico, en el seno de la familia (Le Grange y Eisler, 2009).

El apego es también un fenómeno complejo en términos de *componentes* (conducta-modelos mentales-regulación emocional), *representaciones* (múltiples y en diferentes grados de conciencia y accesibilidad), *dinamismo-estabilidad*, *multicausalidad*, y *dimensionalidad*. Atribuir el estilo de apego de un niño exclusivamente a la conducta de unos padres es ignorar muchas variables y su interacción: entre ellas las temperamentales y socioculturales. Por ejemplo, aunque la emocionalidad negativa temperamental del bebé puede influir en el estilo de apego, esa influencia se da en términos negativos en ausencia de apoyo social (Vaughn y Bost, 1999) pero en términos positivos si se consideran la sensibilidad materna y la competencia parental autopercebida (Gartstein e Iverson, 2014). Podemos interpretar entonces que la intensidad emocional del bebé puede reforzar el vínculo si es tomada como un reto abordable y una lección de vida, más que como una amenaza, en madres/padres suficientemente orientados, apoyados y validados en su entorno social. Y ello nos da claves si pretendemos restaurar vínculos: apoyo a los padres, fomento de su sensibilidad y refuerzo de su autoeficacia.

Además, hay otras figuras significativas en el contexto del niño que influyen en su patrón de apego, así como experiencias que pueden alterarlo en sentido positivo o negativo. La resiliencia se relaciona con el establecimiento de vínculos de afecto y apoyo con alguna persona durante la infancia, no necesariamente los padres (e.g., Atwool, 2006). En negativo, un antecedente biográfico frecuente en personas con trastorno alimentario es haber sufrido acoso por iguales, a menudo asociado a críticas por sobrepeso por las connotaciones negativas asociadas en la

cultura occidental actual (Bell y Ruthersford, 2010).

Estilos de Apego

A la propuesta de Bowlby le sucedieron las investigaciones de Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978), con la situación extraña y su propuesta de tres principales estilos de apego infantil (Evitativo, Seguro y Ansioso), y de Main y Solomon (1986), con la categoría de apego desorganizado (D). Son muchas las posteriores contribuciones, destacando las aportaciones de Bartholomew y Horowitz (Bartholomew, 1990; Bartholomew y Horowitz, 1991) y el Modelo Maduracional-Dinámico de Crittenden (2006). Dado que una revisión de los mismos se escapa a los objetivos de este artículo, se sintetizan las características más relevantes de cada estilo de apego en la tabla 1, añadiendo extrapolaciones de otras áreas de estudio relacionadas que se explican a continuación. Aunque en esta tabla y a lo largo del artículo se adopta un lenguaje de prototipos, debe considerarse que se trata de una construcción artificial para facilitar la comprensión: la *aproximación dimensional* se ajusta más a la realidad de la diversidad humana y, en este caso, de las relaciones.

Siguiendo la propuesta de Brennan, Shaver y Tobey (1991), se considera equivalente la cuarta categoría propuesta por Main y Solomon (1986) de apego desorganizado (D) con la combinación de conductas evitativas (A) y ansiosas (C) caracterizado por la inseguridad más extrema (Feeney, Noller y Hanrahan, 1994). La organización-desorganización, a nivel dimensional, predeciría el nivel de gravedad psicopatológica de modo que los niveles de desorganización de apego más intensos serían aquellos en los que el trastorno de personalidad con sus síntomas se convertiría en el diagnóstico primario (La Rosa, 2004).

Conductas de la figura de apego

En las primeras columnas de la tabla 1 se disponen las variables relacionadas con la figura de apego. En relación a sus conductas, se han observado como fundamentales dos variables: sensibilidad (habilidad para percibir, interpretar y responder a las demandas del bebé) y cooperación (cuidado y respeto a la actividad exploratoria, supervisando sin interferir) (Berk, 1999). La *sensibilidad* constituye la piedra angular del sistema emocional del niño (Halle, 2003) pero la respuesta a los afectos compartidos debe ser capaz de transmitir contención al pequeño. Es en este segundo punto en el que la figura de apego del estilo ansioso (C) presentaría deficiencias (Fonagy, Gergeley, Jurist y Target, 2002), moviéndose muy probablemente a una comprensión de mente ajena egocentrada o, en términos de Carcione y Falcone (2002), con déficit de descentramiento.

Tabla 1.
Características de los diferentes estilos de apego (1).

	Figura de apego: Sensibilidad	Figura de apego: Promoción de autonomía	Modelo mental del otro	Modelo mental de sí mismo	Sistema apego-exploración (vínculo-autonomía)
B-SEGURO	Disponibilidad, receptividad, calidez.	Promoción de funcionamiento volitivo (autonomía psicológica, autodeterminación). Supervisión, control indirecto (consecuencias)	Positivo	Positivo (merezo amor y atención)	Expresión equilibrada de necesidades apego-exploración (en adultos, vinculo-autonomía)
A-EVITATIVO	Rigidez, aversión al contacto, incluso franco rechazo, hostilidad.	Intrusividad. Control directo y/o psicológico. Hiperestimulación. Promoción de independencia/contradependencia	Negativo. (Miedo a intimidad, compromiso y dependencia. Desconfianza).	Positivo a nivel explícito, sobreconfiado, autosuficiente. Estereotipo de género masculino. Autonomía	Hiperactivación de la exploración. Tendencia a la contra-dependencia.
C-ANSIOSO	Inconsistencia: disponibilidad imprevisible; puede empatizar, pero no contener (identificación)	Intrusividad. Control psicológico (coerción, manipulación y/o castigo emocional).	Positivo a nivel explícito-Ambivalente (los demás son complicados de entender, no quieren intimar tanto como yo). Miedo al rechazo/abandono.	Negativo. Sentimientos de incapacidad para retener al otro. Estereotipo de género femenino. Sociotropía	Hiperactivación de la expresión de apego. Tendencia a la dependencia patológica. Inhibición de la exploración/autonomía.
D-DESORGANIZADO	Mallrata o tiene experiencias previas traumáticas no resueltas (muestra estados de disociación). Posible inversión de roles.	Combinación de estrategias de A y C, sin promover el funcionamiento volitivo.	Negativo-Ambivalente (quero tener cercanía pero si intimo me herirán).	Negativo Sociotropía y Autonomía	Desorganización: expresión caótica de ambas necesidades.

Tabla 1.
Características de los diferentes estilos de apego (y II).

	Cognición-Afecto	Registro emocional ante estrés	Conducta interpersonal ante estrés	Estilo de afrontamiento predominante	Narrativa
B-SEGURO	Integración afecto-cognición. Flexibilidad. Capacidad de metacognición.	Reconoce su angustia	Busca consuelo y apoyo	Flexibilidad entre estrategias centradas en emoción y acción. Busqueda de apoyo social. Intentos constructivos de resolver el problema.	Coherencia, tanto si las experiencias narradas son favorables como desfavorables.
A-EVITATIVO	Predominio cognitivo. Hiper-racionalidad. Rigidez.	Inhibe el reconocimiento de la angustia	Perfil autónomo, orientado al logro. Muy sensible a la intrusión y el control. Conductas de distanciamiento y de evitación de conflicto. Se les puede percibir como hostiles. Poco expresivos.	Estrategias de evitación emocional, conductual y cognitiva. Hiper-control del afecto (estrategias minimizadoras o desactivadoras). Hostilidad somáticos. Actividad compulsiva.	Escasos recuerdos. Discurso breve. Puede expresar rechazo o indiferencia. Incoherente: Si evoca recuerdos, puede haber idealización, normalización, pero las anécdotas lo contradicen.
C-ANSIOSO	Predominio afectivo desregulado (excesiva intensidad y/o expresión). Rigidez.	Hipersensibilidad a las emociones negativas. Inhibe la autonomía.	Perfil sociotrópico. Muy sensible a críticas o rechazo. Expresiones intensificadas de ansiedad y enfado.	Desregulación del afecto. Sintomas afectivos. Dependencia afectiva patológica.	Recuerdos intrusivos. Resentimiento. Frases largas, expresiones vagas, sintaxis enmarañada.
D-DESORGANIZADO	Funcionamiento rígido y caótico. Posible disociación.	Oscilante entre la negación y la hipersensibilidad. Emociones confusas y contradictorias.	Conductas contradictorias (p.ej acercarse mirando a otro lado)	Oscilación caótica entre estrategias de forma rígida y drástica (negación emocional-expresión desbordada).	Puede coincidir con características previas, mostrando silencios o lapsus en el razonamiento o discurso al tocar temas traumáticos.

Las variables relacionadas con la **cooperación** han sido más estudiadas en el contexto de los estilos educativos, concepto próximo al de estilos de apego si bien más consciente y explícito. El estilo educativo democrático o asertivo (*authorative*), señalado como el que mayores beneficios psicológicos reporta (e.g., Zakeri y Karimpour, 2011), es descrito en función de una combinación de variables similar a la del estilo de apego seguro: afecto y control, desglosándose éste a su vez en supervisión y promoción de autonomía (Gray y Steinberg, 1999). La supervisión implicaría un control conductual, mientras que la autonomía psicológica supondría un respeto a la subjetividad e individualidad, promoviendo conductas de autodeterminación a través de la toma de decisiones desde edades tempranas (Grolnick, 2003). Ahora bien, Soenens, Vansteenkiste y Sierens (2009) advierten de diferentes trampas en el ejercicio del control y de la autonomía, clarificando la importancia de *cómo* se ejercen. Así, una primera trampa sería la del **control psicológico**, a través de estrategias emocionales como la intrusividad, la inducción de culpa y la retirada afectiva utilizada como coerción, lo que puede tener consecuencias negativas muy diferentes, dependiendo de su interacción con otras variables (p.ej. temperamentales): una dependencia disfuncional y ambivalente respecto a las figuras parentales (patrón de apego C) o una contradependencia por miedo precisamente a la intrusividad y manipulación vividas (patrón de apego A). Una segunda trampa es precisamente confundir la **contradependencia** (*promoción de independencia*: aprender a *prescindir* de los otros) con una autonomía psicológica sana (**promoción de funcionamiento volitivo**: que las conductas se realicen con sentido de voluntad propia, basadas en la conciencia de sus intereses personales, valores y metas) (Soenens et al., 2007, 2009). Lo opuesto al funcionamiento volitivo sería la heteronomía, la sensación de ser controlado por fuerzas externas o compulsiones internas: en su propia definición puede observarse la relación tan directa que mantiene con los trastornos alimentarios, donde prevalece la sensación de ser controlada, bien por las normas estrictas de la restricción, bien por los impulsos irrefrenables de la compulsión.

Modelos mentales de sí mismo y el otro

En los modelos mentales inferidos a partir de la interacción con la figura de apego se ha seguido el esquema propuesto por Bartholomew (1990) añadiendo aportaciones de la investigación cognitiva sobre vulnerabilidad psicológica que se relacionan con los estilos de apego ansioso y evitativo (e.g., Murphy y Bates, 1997).

Beck (1983), basándose en la propuesta psicodinámica de Blatt (1974), propuso dos constelaciones de personalidad: sociotropía/dependencia y autonomía/logro. La sociotropía (similar al apego ansioso) se caracteriza por la sobrevaloración de la aceptación y aprobación social, complacencia y dependencia. La autonomía (similar al apego evitativo) sobrevalora la independencia, la autodeterminación, los logros, y el control (Robins et al., 1994). Siguiendo el paralelismo con los estilos de apego, es muy posible que la combinación de ambas variables esté

apuntando al apego desorganizado ya que parece identificar a los más vulnerables a nivel psicológico (Hernangómez, 2012).

Otra aportación que enriquece la comprensión del modelo de sí mismo es la diferenciación entre autoestima explícita e implícita, especialmente relevante cuando la persona está poniendo en marcha estrategias defensivas como es el caso del apego evitativo. En el ámbito de estilos personales, el estilo autónomo explicita un concepto de sí mismo positivo, aunque en medidas implícitas se observa una realidad bien distinta (Hernangómez, 2012). Esto lleva a sugerir que probablemente el autoconcepto del apego evitativo es positivo sólo en apariencia. Lo mismo sucedería con el modelo del otro, aparentemente positivo, en el apego ansioso: explicitará un predominio general de modelo positivo, pero es posible que a nivel implícito exista una construcción más negativa, que se activaría en las respuestas ambivalentes de enfado cuando la figura de apego frustra la necesidad de proximidad.

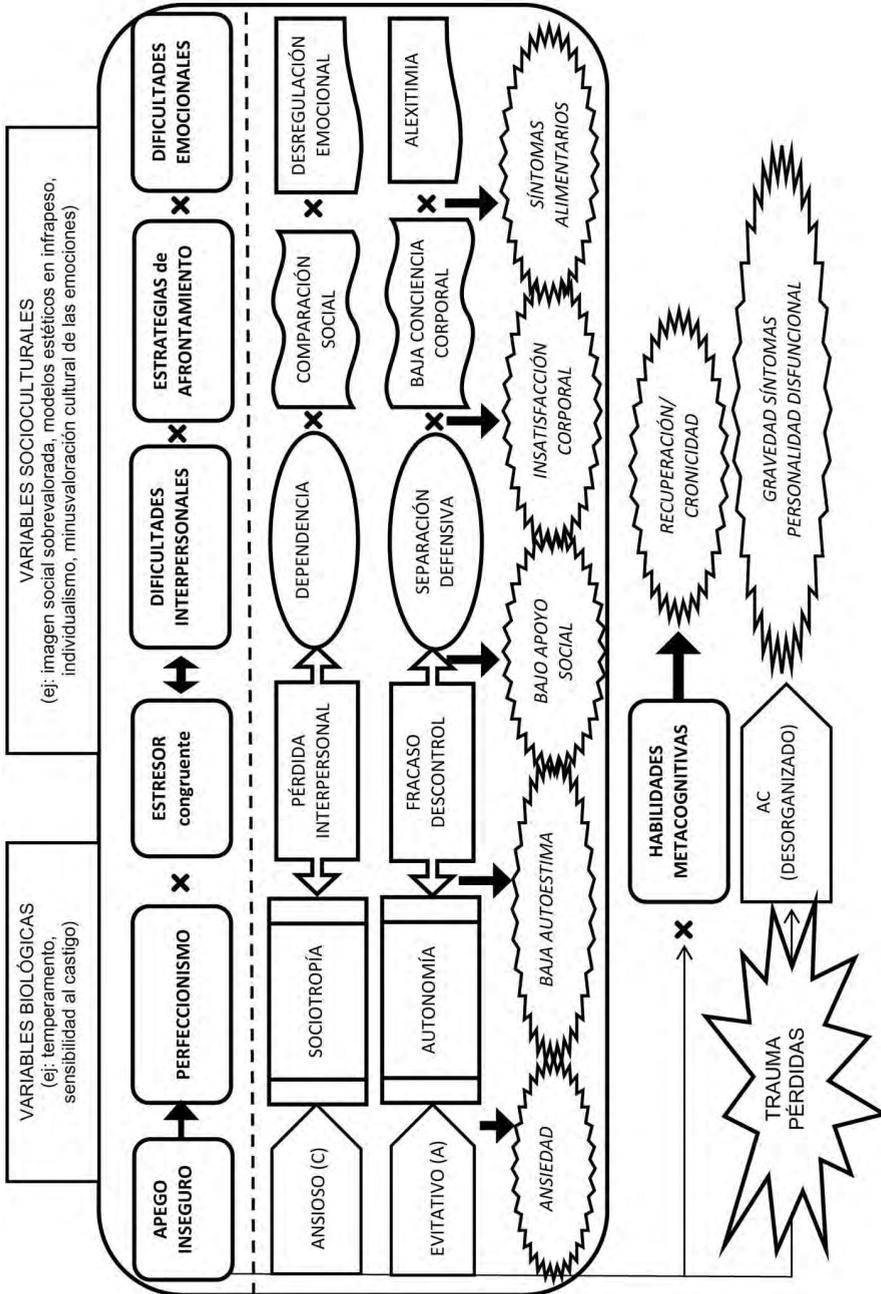
Estrategias de afrontamiento

En el área de investigación sobre apego y afrontamiento de estrés y duelo (e.g., Mikulincer y Shaver, 2003; Stroebe, Schut y Stroebe, 2005) se ha observado que el estilo de apego seguro se caracteriza por una flexibilidad entre estrategias centradas en emoción y acción mientras que en el estilo ansioso predomina una expresión emocional de características rumiativas, y en ocasiones indiscriminadas a nivel social. Coherente con lo encontrado en las investigaciones sobre estilo rumiativo (e.g., Nolen-Hoeksema, Stice, Wade y Bohon, 2007) el riesgo mayor del estilo ansioso sería el desarrollo de síntomas afectivos y un patrón de excesiva dependencia. Frente a lo anterior, el estilo evitativo se centra en estrategias de evitación emocional, conductual y cognitiva, pudiendo adoptar la forma de actividad compulsiva, con una sobreconfianza en los factores cognitivos o racionales y el riesgo de desarrollar síntomas en el orden de lo somático (sueño, alimentación, sexualidad, recrudescimiento de patologías orgánicas previas que pueden verse afectadas por estrés). Por último, el estilo desorganizado mostraría un afrontamiento caótico, caracterizado por la oscilación rígida y drástica entre uno y otro tipo de estrategias sin integración alguna (pasando de la negación emocional a la expresión desbordada).

Narrativas

Los aspectos de narrativa descritos en la tabla 1 están basados fundamentalmente en los estudios del equipo de Mary Main con la entrevista de apego adulto (George, Kaplan y Main, 1984, 1986, 1996), de gran utilidad en las entrevistas clínicas con la familia (ver revisión en Wallin, 2015).

Figura 1. Integración del modelo transdiagnóstico de Fairburn, Cooper y Shafran (2003, 2008) con el modelo de vulnerabilidad cognitiva en trastornos afectivos y las principales variables mediadoras entre apego inseguro y trastornos alimentarios.



APEGO Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS: VARIABLES MEDIADORAS

En los primeros estudios sobre apego y trastornos alimentarios los esfuerzos se centraban en encontrar una conexión entre los diferentes estilos de apego inseguro y las categorías diagnósticas o tipos de síntomas, planteando la relación del apego evitativo con la sintomatología restrictiva y del apego ansioso con la sintomatología compulsivo-purgativa (Botella y Grañó, 2008). Sin embargo, la tendencia de los resultados empíricos ha sido no confirmar más allá de la relación de los trastornos alimentarios con apego inseguro como categorías generales. Si bien algunos autores se plantean que pueden influir las medidas empleadas o tamaño de las muestras (Zachrisson, Sommerfeldt y Skarderud, 2011), no debe olvidarse la elevada migración transdiagnóstica siendo minoría el subgrupo que se mantiene en el cuadro inicial de debut (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003, 2008). Esto hace que sea de mayor interés profundizar en las variables de vulnerabilidad comunes que explican tal migración entre patologías. En ese sentido, se ha pasado a conceptualizar el apego inseguro como variable transdiagnóstica que aumentaría el riesgo general de padecer un trastorno alimentario (Tasca, 2019; Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini y Treasure, 2000). De hecho, se ha demostrado la relación de niveles altos de inseguridad en el apego con conductas insanas a nivel alimentario en población general (Faber, Dubé y Knäuper, 2017). En población clínica, el apego inseguro se muestra como un predictor muy estable: a mayor inseguridad en el apego, peor gravedad de los síntomas (e.g., Dakanalis et al., 2014; Monteleone et al., 2017; Zachrisson y Skårderud, 2010) y peor funcionamiento en el tratamiento (Tasca, Ritchie y Balfour, 2011).

Ahora bien, el apego inseguro es un constructo demasiado amplio por lo que la investigación se ha redirigido a profundizar en las variables que median su relación con los trastornos alimentarios. Enriqueciendo los hallazgos en esas variables con la propuesta de procesos mantenedores del modelo transdiagnóstico de Fairburn et al. (2003, 2008) y las aportaciones del modelo de vulnerabilidad cognitiva en trastornos afectivos (e.g., Vázquez, Hernangómez y Hervás, 2008), la sugerencia es trabajar en el proceso psicoterapéutico los factores que se presentan esquemáticamente en la figura 1 y se explican a continuación. El orden puede ser utilizado para explicar la secuencia temporal de agravamiento progresivo de síntomas (desde afectivos pasando por alteración de la imagen hasta finalmente síntomas alimentarios).

- **Perfeccionismo.** El perfeccionismo es una variable transdiagnóstica multidimensional vinculada a otras variables mediadoras. Mantiene un posible origen en la **sensibilidad al castigo**, que predispone a una elevada **sensibilidad a la crítica y al rechazo**, lo que llevaría a intentar no cometer errores con el fin de evitar precisamente reproches (Monteleone et al., 2018). Esta vía sería más característica del apego ansioso (p.ej. De Paoli, Fuller-Tyszkiewicz y Krug, 2017), dado que apego ansioso y evitativo parecen funcionar de forma diferente en el perfeccionismo. Según las

características del apego ansioso, podríamos esperar que se centre en un perfeccionismo socialmente prescrito (en términos de Hewitt, Flett y Ediger, 1996), centrado en las expectativas que cree que los demás tienen sobre sí mismo, y que se exija más en el ámbito de las relaciones personales. En cambio, el apego evitativo podría acompañarse de perfeccionismo orientado a los demás (estilo exigente con otros, con las consiguientes decepciones confirmatorias de sus esquemas de desconfianza) y una autoexigencia orientada a las tareas (dado que minusvalora el ámbito socioafectivo). Las personas con un apego desorganizado serían las más graves dado que mantendrían un perfeccionismo tanto en el área interpersonal como en el área de autonomía y logros, con el aumento de exigencia que ello supone sin poder compensar con los recursos que cada estilo tiene.

- **Autoestima.** Aunque Fairburn et al. (2003, 2008) la plantean diferenciada del perfeccionismo como “baja autoestima”, sería importante vincularla con el concepto anterior, así como retomar la diferencia entre autoestima implícita y explícita y la discriminación entre autoestima como síntoma y como factor de vulnerabilidad (Roberts y Monroe, 1994). Dado que una persona perfeccionista confía en normas muy rígidas para autoevaluarse, sólo presentará una autoestima explícita positiva si siente que las cumple, aunque con constante tensión por la exigencia que suponen. En paralelo mantendría un autoconcepto negativo a nivel implícito (sin activar pero disponible), dispuesto a tomar el control en cuanto se desconfirme la visión positiva de sí: sería sólo entonces cuando se manifestaría la baja autoestima.
- **Significado de estresores vitales.** Los adultos ansiosos en apego son especialmente sensibles a las críticas o rechazos mientras que los evitativos son especialmente sensibles a las señales de intrusismo y control (Collins y Read, 1994). Así, podemos suponer que a un apego inseguro le afectarían situaciones que impliquen un significado de pérdida interpersonal (conflicto, rechazo, decepción, ruptura, lejanía o muerte) mientras que situaciones que bloquean logros o autonomía (situaciones incontrolables) activarían la vulnerabilidad del apego evitativo. Sin embargo, la mayoría de los estresores pueden tener una interpretación en uno u otro sentido (e.g., ruptura de pareja, pérdida de empleo), e incluso desde un observador externo puede no captarse un estresor (e.g., sucesos culturalmente connotados como positivos: casarse, independizarse, maternidad/paternidad, ascensos en el trabajo). Partiendo de ello, la recomendación es explorar profundamente el significado personal que los diferentes cambios vitales han tenido para el paciente (por ejemplo, la adolescencia).
- **Dificultades interpersonales y Red de apoyo social.** Los estilos interpersonales disfuncionales pueden generar *per se* situaciones difíciles

que constituyan una fuente de estrés, además de contribuir a interpretar de forma estresante sucesos que para otros no lo son. En este contexto, siendo el apoyo social una variable clave en la recuperación (e.g., Beutler et al., 2000), se precisa explorar la red de apoyo subjetivo del paciente y las posibles dificultades que encuentra en ella. Previsiblemente, un patrón predominante de apego ansioso se encontrará con los problemas derivados de un exceso de dependencia, como la sobrecarga y posible retirada de su red social, mientras que un patrón evitativo se encontrará con las consecuencias de su separación defensiva, encontrándose aislado o poco comprendido. Esto tendría el efecto de reducir el apoyo social percibido, contribuyendo como factor mantenedor o amplificador de la sintomatología afectiva.

- **Estrategias de afrontamiento.** Los estilos de afrontamiento adoptados por uno u otro patrón tienen como consecuencia un mayor riesgo de (1) *comparación social* e internalización de los modelos vigentes en los medios de comunicación por parte del *apego ansioso* (Bamford y Halliwell, 2009) y (2) *baja conciencia corporal (embodiment)* y, consecuentemente, emocional, más marcada en el *apego evitativo* (Monteleone et al., 2017). Es importante psicoeducar en la conexión de estas dificultades con la *insatisfacción corporal* para que entiendan por qué se sitúa como objetivo adicional de tratamiento una ampliación de sus estrategias usadas hasta el momento. Además, no debería dejarse sin análisis las relaciones con las figuras parentales: *figuras paterna y materna* pueden impactar sobre la insatisfacción corporal, aunque por mecanismos diferentes, en población clínica femenina (Grenon et al., 2016). El efecto de la relación con la madre es directo sobre la satisfacción corporal, lo que puede ser atribuible no sólo a la importancia del vínculo sino a otros procesos psicológicos como la identificación y los roles de género. En cambio, el de la figura paterna está mediado por el apego ansioso y la internalización de los medios de comunicación: una hija que percibe falta de afecto en la figura paterna aumenta su ansiedad en el apego, y con ello su necesidad de aprobación, y precisamente eso hace que sea más vulnerable ante fuentes externas como los medios de comunicación, con la consiguiente imagen corporal negativa (Tasca y Balfour, 2014). Interpretándolo en positivo: una relación cálida con la madre aumenta las posibilidades de satisfacción corporal, y la percepción de un padre presente y que aporta apoyo emocional podría proteger contra los efectos corrosivos de los medios de comunicación.
- **Intolerancia emocional.** Aunque ambos estilos de apego inseguro presentan problemas en la conciencia y regulación emocional, el apego evitativo se suele caracterizar por la *alexitimia* (Keating, Tasca y Hill, 2013) o por la represión y/o inhibición de emociones, por lo que se necesitará aumentar la conciencia y la expresión emocional (Tasca et al.,

2009), mientras que el apego ansioso necesitará más bien reducir la *hipervalencia y la expresión emocional* (Jakovina, Crnkovic-Batista, Razic-Pavicic, Zuric-Jakovina y Begovac, 2018). Es importante poder explicarles cómo esa ausencia de manejo emocional es responsable en gran parte de los síntomas de distorsión de la imagen y alimentarios, dado que tanto restricción como compulsión constituyen intentos disfuncionales de regular sensaciones y emociones por el impacto directo que tienen a nivel corporal (en términos de habilidades metacognitivas sería un intento de estrategias de dominio de primer nivel: intentar actuar sobre el estado problemático modificando el estado general del organismo).

- **Habilidades metacognitivas.** Estas capacidades serían las responsables de la mejoría, pero también de la cronicidad en caso de déficit. Siguiendo la definición de Carcione et al. (1997) (citado en Carcione y Falcone, 2002, p.25) entendemos por metacognición la capacidad para “realizar operaciones cognitivas heurísticas sobre las conductas psicológicas propias y ajenas, así como la capacidad de utilizar dichos conocimientos con fines estratégicos para la resolución de problemas y el control de estados mentales específicos que son fuente de sufrimiento subjetivo”. El concepto de Fonagy de mentalización es similar, si bien muchos consideramos que la estructuración realizada por Carcione y Falcone (2002) de la función metacognitiva es más amplia y detallada, facilitando la comprensión de los diferentes procesos psicopatológicos y psicoterapéuticos. Otros conceptos próximos son la “conducta verbal autoclítica” en psicoanálisis funcional o la “defusión” en la terapia de aceptación y compromiso. Carcione y Falcone (2002) discriminan (a) auto-reflexividad; (b) comprensión de mente ajena (incluyendo descentramiento, esto es, ser capaz de reconocer que los pensamientos y sentimientos del otro pueden ser diferentes e independientes de los propios); (c) mastery o regulación (con diferentes niveles de complejidad). En su revisión sobre apego en trastornos alimentarios y sus aplicaciones a la psicoterapia, Tasca (2019) considera la mentalización una variable nuclear. Redondo y Luyten (2018) han demostrado que la mentalización claramente media entre apego inseguro y trastornos alimentarios, de modo que el apego inseguro se asociaría a niveles más bajos de mentalización, y estos niveles con mayor probabilidad de sintomatología. Sin embargo, Kuipers, van Loenhout, van der Ark y Bekker (2016) no encuentran un resultado tan claro, relacionando la baja mentalización con síntomas propios del trastorno límite de personalidad y las autolesiones, pero no con los síntomas alimentarios de las pacientes. De nuevo este dato nos lleva a la propuesta de pacientes más graves en categoría AC(D) que mantienen mayor gravedad no sólo de síntomas alimentarios sino también, y, sobre todo, a nivel de trastorno de personalidad (e.g., La Rosa, 2004).

- **Experiencias traumáticas.** Los estudios que han investigado la relación del apego con trastornos alimentarios coinciden en encontrar también una elevada frecuencia de traumas y pérdidas no elaboradas (Gander, Sevecke y Buchheim, 2015; O'Shaughnessy y Dallos 2009; Tasca et al., 2013; Zachrisson y Kulbotten, 2006). El abuso sexual y sobre todo el abuso físico se han visto relacionados con la distorsión de la imagen corporal, lo que puede interpretarse como un mecanismo disociativo ante el trauma (Treuer, Koperdák, Rózsa y Füredi, 2005). De nuevo a ello se suma la relación del apego desorganizado con este tipo de experiencias (Tasca et al., 2011). Es por tanto recomendable explorar de forma sistemática este área considerando que no podrá abordarse hasta que esté establecido un vínculo seguro con el terapeuta. Tanto en exploración como en intervención necesitaremos recordar que lo que está asociado al grado de desorganización no es la experiencia traumática en sí, sino el grado de elaboración de la misma, atendiendo a las dimensiones integradas de cognición, emoción, cuerpo y conducta.

Obsérvese que la síntesis de la figura 1, además de seguir la secuencia temporal del agravamiento, explicaría en parte la comorbilidad con síntomas afectivos. A modo aclaratorio, sigamos el inicio progresivo de un hipotético caso:

*Una niña con **apego inseguro**, predominantemente ansioso pero con rasgos también evitativos, complaciente, hiper-responsable, perfeccionista desarrolla unos **esquemas sociotrópicos y autónomos**, pero como cree cumplir sus exigencias (complacer a todos, mostrarse responsable con todo) su autoestima se muestra explícitamente positiva, aunque podríamos detectar ciertos niveles de **ansiedad**. Llega un **estresor vital** relevante: la adolescencia que supone, entre otras cosas, una mayor autonomía de los padres, capacidad cognitiva para analizarlos de una forma más crítica, enfrentarse a su propia identidad y proyecto de autonomía, sus relaciones, su sexualidad. Complacer a todos le empieza a parecer imposible: tiene sensación de **descontrol** ante los cambios que supone la adolescencia, pero no puede ponerle palabras, no entiende por qué se siente así. Empieza a bajar su **autoestima**, pero no puede confesar que no se encuentra bien, porque eso no es agradable para los demás: debe seguir manteniendo la imagen perfecta y, además, no le gusta hablar de sus emociones, siente bloqueo al hablar de ellas, la mayoría de las veces cree que no siente nada, se siente desmotivada sin saber por qué. La **falta de apoyo socioemocional subjetivo** amplifica sus síntomas depresivos. Buscando parámetros externos, **se compara** con otras chicas de su edad, cree que a todas les va mejor que a ella, y se fija en el físico: **no le gusta su cuerpo**. Descubre no sólo que puede hacer **conductas para intentar controlar** eso que no le gusta, sino que, mientras hace esas conductas (restricción-purga), el resto de sentimientos tan desbordantes desaparece, como si se parara por un momento*

la sensación de malestar: ha entrado ya en el ciclo de un trastorno alimentario.

APEGO, METACOGNICIÓN Y RELACIÓN TERAPÉUTICA EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Dada la relación de los trastornos alimentarios con apego inseguro, Tasca et al. (2011) sugieren mantener dos focos en el tratamiento: síntomas y funcionamiento vincular. Ignorar la importancia de la relación terapéutica comprometería los resultados a nivel de síntomas a través de dos vías. La primera, el impacto directo negativo del apego inseguro sobre el proceso terapéutico, que se traduce en mayor probabilidad de abandono en el caso del apego evitativo y peores resultados terapéuticos en el caso del apego ansioso (Tasca y Balfour, 2014). La segunda, a través del deterioro de la función metacognitiva asociada a apego inseguro que sólo puede compensarse sobre la base de una relación terapéutica sólida (Semerari, 2002). Es posible que la elevada tasa de suicidios, fracasos y abandonos terapéuticos, la frecuente evolución transdiagnóstica y la tendencia a la cronificación puedan ser explicados en parte por tratamientos excesivamente centrados en el síntoma. Sin dejar de reconocer que los síntomas son especialmente angustiosos por el compromiso orgánico y funcional que suponen, necesitamos ampliar la perspectiva para que los tratamientos no sean sólo eficaces sino también, y, sobre todo, eficientes. Las aportaciones del estudio del apego nos ofrecen una reflexión en ese sentido.

La relación terapéutica mantiene muchas equivalencias con la relación de apego no sólo en la dimensión afectiva y de conductas interpersonales sino, y esto es de un especial interés para todo el proceso, en el plano metacognitivo. Si el terapeuta consigue desarrollar un vínculo seguro conseguirá una vía privilegiada para la reconstrucción de significados y procesos. Desde la relación de cuidado, el terapeuta le “presta” las representaciones que infiere sobre los procesos psíquicos del paciente (y las operaciones de regulación) hasta que éstas se integran en nuevas estructuras creadas por el propio paciente para comprender y regular sus procesos mentales, lo que Semerari (2002, p. 92) denomina “neoestructuras terapéuticas”. Se trata de un proceso progresivo en el que el objetivo, obviamente, es que esas estructuras se conviertan en independientes del terapeuta, adaptadas al sistema cognitivo propio del paciente. La dificultad máxima se encuentra en la siguiente paradoja: la metacognición sólo emerge plenamente en un contexto de apego seguro pero los propios déficits en habilidades metacognitivas obstaculizan la relación terapéutica, sucediendo esto en los pacientes más graves, como se ha visto en el ámbito de trastornos alimentarios (Tasca et al., 2011). Es fundamental, por tanto, trabajar constantemente la relación terapéutica tanto en términos de alianza (ver Safran y Muran, 2005) como en términos de transferencia y contratransferencia (ver Safran y Segal, 1994) y contextualizar las intervenciones en un marco comprensivo amplio de las habilidades metacognitivas deficitarias a potenciar en cada caso (Semerari, 2002).

Equipo terapéutico

En el ámbito de los trastornos alimentarios necesitamos hablar siempre de equipo terapéutico: el trabajo debe ser interdisciplinar no sólo por las características como trastorno mental grave sino por los desajustes fisiológicos que habitualmente implican. Frecuentemente se recomienda el trabajo de al menos dos psicoterapeutas en coordinación (e.g., La Rosa, 2004; Pascual, 2004), siendo la coordinación clave para la eficacia de las intervenciones (e.g., Borrego, 2000; Jáuregui, 2009; Kirszman y Salgueiro, 2002). Se recomienda también que los equipos sean capaces de proporcionar tratamientos a largo plazo y seguir la evolución de los casos crónicos independientemente de los años transcurridos y de los fracasos terapéuticos previos (Guía de Práctica Clínica, MSC, 2009) permitiendo el retorno al tratamiento a pesar de los abandonos y facilitando la continuidad del equipo terapéutico (Tierney y Fox, 2009). En términos de apego, se trataría de facilitar que el equipo constituya un “refugio seguro” para la/el paciente.

Dificultades en la relación terapéutica

Las dificultades en la relación terapéutica con las personas que padecen un trastorno alimentario ha sido un tema recurrente en la literatura profesional y aunque a veces no se relacionara de forma explícita con las dimensiones del apego es interesante comprobar cómo, de hecho, las descripciones coinciden con el apego ansioso, el apego evitativo y, sobre todo, la combinación desorganizada de ambos. Ward et al. (2000) parten de que tanto la ansiedad como la evitación del apego están presentes en las pacientes con trastorno alimentario si bien priorizan un modelo u otro en función del momento en el que se encuentren. Esa simultaneidad de modelos llevaría a un dilema entre la búsqueda de cuidados propia del apego ansioso y la separación defensiva propia del evitativo. Ya Kirszman (1992) describía como dificultades básicas en el estilo interpersonal de las personas con trastorno alimentario: (1) la búsqueda de confirmación (lo que puede contaminar la relación terapéutica con constantes pruebas de aceptación y reconocimiento), (2) la hipersensibilidad a las críticas (lo que puede hacer que oculten sentimientos y opiniones sólo por el temor a un juicio negativo) y (3) la evitación de intimidad (lo que puede llevar a la ausencia de compromiso y “falsa comunicación”, con una aparente buena relación pero abandonos inesperados del tratamiento). Puede observarse cómo coinciden con dimensiones características del apego ansioso (1 y 2) y apego evitativo (3). Un cuarto problema frecuentemente descrito es el riesgo de entrar en luchas de poder, que podemos relacionar con el perfil evitativo por su contradependencia y necesidad de control. Basándose en Liotti (1994), La Rosa (2004) propone que cuanto más se desorganiza el apego, más se activaría la competitividad, incluso malinterpretando los intentos cooperativos del terapeuta.

Adaptación del formato de tratamiento

Tasca et al. (2011) concluyen que pacientes con patrón ansioso se beneficiarán más de terapias grupales y centradas en problemas interpersonales y de regulación afectiva. Asimismo, relacionan los abandonos, las dificultades para la cohesión grupal y la baja alianza terapéutica con el patrón evitativo. Ya Beck (1983) propuso que la sociotropía facilitaría una mejor respuesta a las intervenciones interpersonales y emocionales mientras que la autonomía se ajustaría mejor a intervenciones menos personales y más centradas en el problema. La descripción del paciente reactante o resistente desde la psicoterapia prescriptiva (Beutler, Clarkin y Bongar, 2000; Beutler y Harwood, 2000, 2002) es en algunos aspectos similar a la de apego evitativo: desconfiado, opositor, controlador, con facilidad para entrar en luchas de poder, con tendencia al resentimiento. Según Beutler et al. (2000), el ajuste del tratamiento pasaría en este caso por reducir la directividad de las intervenciones, o bien por técnicas paradójicas como la prescripción del síntoma, que se ha utilizado en algunos casos con éxito precisamente en el ámbito de los trastornos alimentarios (e.g., Crispo, Figueroa y Guelar, 1994).

Subjetividad del terapeuta

Es necesario también poner el foco sobre los *sentimientos del terapeuta* en respuesta a estas dificultades en el apego. En el caso del patrón mixto AC, podemos retomar el análisis de Ward et al. (2000) que señalan cómo experimentar dos mensajes simultáneos (“déjame” por vía verbal, pero “cuidame, no me dejes sola” por vía somática) conduce habitualmente a sentimientos de frustración e indefensión en el terapeuta. Inspirándonos en las propuestas de Safran y Segal (1994), aplicando nuestras propias habilidades metacognitivas como terapeutas podemos intentar reformular las dificultades relacionales desde la comprensión profunda del paciente y su historia (ver Wallin, 2015). Es posible que nuestros sentimientos negativos reflejen sus propios miedos, frustración e indefensión, o que nuestros sentimientos positivos reflejen su habilidad para complacer. Las manifestaciones de desafío y resistencia pasiva, aunque puedan provocar agresividad en terapeutas y personal sanitario, pueden ser entendidas como formas incipientes de independencia con el fin de romper el ciclo de pasividad y complacencia en el que se encontraban. Y, sobre todo, es importante no perder de vista que la manifestación de su ambivalencia en la relación terapéutica nos ofrece una oportunidad única para comprender un conflicto básico: el temor a vincularse y perder su identidad en la relación.

Basándose en las diferentes *orientaciones teóricas* de los terapeutas (cognitivo-conductual versus psicoanalítica), Daniel, Lunn y Poulsen (2015) también han analizado las reacciones de éstos frente a los diferentes estilos de apego de sus pacientes, encontrando que los psicoanalíticos sentían más indiferencia o aburrimiento con los evitativos, mientras que los cognitivo-conductuales tendían a sentirse sobrecargados con los de estilo ansioso. Aunque los autores concluyen que

el estilo de apego debería ser considerado al adjudicar al tipo de terapia, podemos ir más allá y pensar que realmente no sólo era el tipo de terapia sino sobre todo el *estilo personal del terapeuta* (EPT) lo que estaba en juego. De hecho, se ha comprobado que la orientación teórica es una variable altamente sensible para percibir diferencias estilísticas en el EPT (Martín, Ison y Gomez, 2018). Es posible que los terapeutas más orientados a la expresión emocional y a la implicación toleren mejor la sobrecarga que supone el estilo de apego ansioso, o al menos se sientan más motivados con ello, mientras que los terapeutas más orientados a trabajar el síntoma y la construcción de habilidades funcionen mejor con los pacientes evitativos. De hecho, retomando la sugerencia de coterapia que se comentaba más arriba, en los más graves, caracterizados por el estilo desorganizado, suele ser conveniente que cada terapeuta adquiera un rol diferente.¹

En la tabla 2 se sintetizan las implicaciones terapéuticas sugeridas en cuanto a los diferentes estilos de apego, debiendo recordar siempre que las tipologías son simplistas y no responden a la realidad, sino que constituyen un marco para la organización de información y la reflexión.

IMPLICACIONES PARA EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS

Siguiendo la advertencia ya mencionada en la introducción respecto al riesgo de culpabilización de las familias, deberíamos tomar muy en serio el principio “*primum non nocere*” en cualquier intervención familiar. Incluso en los casos en los que se observen dinámicas claramente disfuncionales, necesitamos recordar la diferencia propuesta por Ringer y Crittenden (2007) entre intenciones, conductas y efectos: podemos contar con que las familias, en la inmensa mayoría de las ocasiones, lo han hecho lo mejor que han podido y sabido. La falta de aceptación de sus limitaciones por parte del terapeuta puede reforzar una posición muy poco sana en el paciente. Es más, es posible que las dinámicas que observamos no sean lo habitual, ya que la presencia de un trastorno alimentario en la familia es una circunstancia excepcionalmente estresante que puede llevar sus recursos de afrontamiento al límite. Afortunadamente, se ha ido adquiriendo una perspectiva cada vez más comprensiva con la familia, con un cambio de enfoque a intervenciones que pretenden movilizar los recursos de la familia más que centrarse en sus aspectos disfuncionales (Salgueiro y Kirszman, 2012), al igual que instrumentos de valoración centrados en sus habilidades como cuidadores (Hibbs et al., 2015). Un ejemplo de ello es la terapia familiar centrada en la emoción (EFFT), que propone trabajar los sentimientos de miedo y culpa en los padres con el fin de facilitar un aumento en su autoeficacia, lo que a su vez facilitaría su implicación en conductas funcionales de cuidado (Strahan et al., 2017). El modelo Maudsley de abordaje familiar (Treasure, Smith y Crane, 2007, 2016) se centra precisamente en los diferentes estilos de afrontamiento del problema y de la emoción, que pueden relacionarse fácilmente con los estilos de apego descritos previamente: la hiper-emocionalidad del estilo ansioso, la evitación del estilo evitativo, y la integración cognición-

Tabla 2.
Implicaciones terapéuticas de los diferentes estilos de apego inseguro.

	Riesgos en terapeuta	Riesgos en paciente	Medidas por el terapeuta	Objetivos terapéuticos añadidos	Objetivos con la familia
A-EVITATIVO	Minimizar su dolor emocional (por estilo negador e hiper-racional). Aburrimiento/Desinterés por falta de emocionalidad en discurso	Evitación experiencial en sesiones Falta de compromiso con el tratamiento Baja alianza terapéutica Abandono de la terapia	Reducir la directividad Expresión emocional moderada Empezar por objetivos: síntomas y habilidades Valorar técnicas paradójicas	Exposición gradual a conciencia emocional y expresión afectiva Aumento gradual de la conexión emocional con otros	Promover expresión de sentimientos y comunicación sobre las relaciones
C-ANSIOSO	Sobrecarga emocional Reaseguración Fomentar la dependencia	Ventilación emocional sin elaboración Rumiación Asiste pero el tratamiento no funciona: ¿Complacencia? ¿Interés sólo por el vínculo con terapeuta?	Facilitar asertividad en contexto terapéutico Aceptación, pero no reaseguración Reforzar la autonomía progresiva Valorar la posibilidad de formatos multipersona (terapia familiar, grupal)	Aprender a regular/modular la respuesta emocional y su expresión Asertividad (reducir miedo al rechazo y al abandono)	Promover narrativas coherentes
D-DESORGANIZADO	Ambos. Frustración Impotencia Desorientación.	Ambos. Abandono de la terapia "inesperados".	En función del estado del paciente	Ambos. Exploración y abordaje de posibles aspectos traumáticos en la biografía del paciente	Narrativa coherente sobre experiencias de trauma y duelos no elaborados.

emoción y conductas de supervisión con promoción de autonomía propias del apego seguro.

En el abordaje de las dificultades que pueden encontrar las familias, Dallos (2006) expone algunas orientaciones en función del estilo de apego. Así, con una familia en la que predominen estilos evitativos la orientación terapéutica sería alentar la expresión de sentimientos y pensamientos sobre las relaciones mientras que si predominan estilos ansiosos se orientaría a generar narrativas más coherentes y menos contradictorias. La propuesta general de Dallos (2006; Vetere y Dallos, 2012) es combinar los enfoques de apego y terapia narrativa para ayudar al sistema familiar a explorar sus experiencias desde una base segura: la terapia. Claramente, la exploración de experiencias entra dentro del ámbito metacognitivo (auto-reflexión sobre sus emociones, sus formas de relacionarse, sus experiencias previas, comprensión de mente ajena...) donde podemos extrapolar lo ya mencionado en el ámbito individual: los déficits metacognitivos obstaculizarán la relación terapéutica, pero cuidar la relación con la familia facilitará que avancen en habilidades metacognitivas necesarias para gestionar su afrontamiento del problema.

Una cuestión sin respuesta única es cómo incluir a la familia. Ringer y Crittenden (2007) proponen que la forma clásica de toda la familia junta no parece la más adecuada si se quiere promover la autonomía de la hija y facilitar espacios de privacidad a cada uno, así como, evitando triangulaciones, facilitar las relaciones directas. Ello se reforzaría desde un encuadre terapéutico que trabajara por díadas (padres, hermanas, padre-hija, madre-hija...), siendo recomendable al menos una pareja de terapeutas. Se debe recordar además que no se recomienda el formato conjunto cuando los niveles de hostilidad y crítica son elevados en la familia, sugiriéndose dejarlo para etapas en las que la preocupación con el trastorno alimentario no es tan intensa (Le Grange y Eisler, 2009).

Incluso cuando la familia no está presente, trabajamos con la familia, y este paso es más necesario cuanto más grave es la disfuncionalidad de los patrones relacionales: el apoyo para reinterpretar las experiencias pasadas, dotarlas de un marco explicativo, más compasivo consigo misma y con los otros, puede facilitar un distanciamiento de los esquemas interpersonales disfuncionales y una apertura a nuevas experiencias que puedan ser interpretadas en función de nuevos modelos de relación más sanos. Para que este trabajo tenga un sentido debe ser experiencial y conectado con los parámetros observados en la relación terapéutica. No se debe olvidar además que el trabajo de figuras parentales incluye la figura paterna, a pesar del tradicional énfasis en la materna (Ruiz, Vázquez, Mancilla, Viladrich y Halley, 2013).

Una cuestión especialmente complicada es la frecuencia de traumas o pérdidas no resueltas en los progenitores o conflictos no reconocidos entre los padres (Ringer y Crittenden, 2007): los silencios provocan atribuciones erróneas, habitualmente en términos de culpa en la paciente. Además, la disociación producida por estos traumas no elaborados reduciría la capacidad materna/paterna para responder de

forma sensible, contribuyendo así a la transmisión transgeneracional del trauma (Iyengar, Kim, Martinez, Fonagy y Strathearn, 2014). Dallos y Denford (2008) explican cómo el patrón transgeneracional no siempre es una repetición, sino que en ocasiones se convierte en un guión correctivo aplicado de forma rígida e inflexible por padres que intentan una relación más cálida con sus hijos pero carecen de experiencias emocionales de su propia infancia para contener determinadas crisis, como las dificultades en la adolescencia. Vetere y Dallos (2012) proponen abordarlo en entrevistas conjuntas de tipo exploratorio (mediante genogramas, esculturas familiares...). Ello no es incompatible con la advertencia de Ringer y Crittenden (2007) respecto a los riesgos de desvelar secretos familiares: no es nuestro objetivo arrastrar a las madres/padres a su pasado sino más bien ayudarles a enfrentar su presente y futuro, por lo que necesitaremos encontrar la posibilidad de hablar sin destrozar a los progenitores, lo suficiente para que su hija pueda entender y reformular los vacíos que dejaron esos traumas y pérdidas no resueltas y efectuar una “brecha” en esa transmisión intergeneracional (van IJzendoorn, 1995, p.387).

CONCLUSIONES

La revisión realizada nos deja conclusiones básicas contundentes: la necesidad de ir más allá de un tratamiento sintomático y establecer un foco constante en la relación terapéutica, así como redefinir el rol de la familia adoptando un enfoque salutogénico que refuerce sus recursos y sus expectativas de autoeficacia frente a trastornos complejos de comprender y de abordar para todos. Animaría a reflexionar sobre un tercer aspecto, estableciendo el foco sobre los propios terapeutas. A menudo construimos teorías sobre pacientes y familias, implícitas o explícitas, demasiado simplistas, lo que empobrece nuestro trabajo cuando no lo convierte directamente en iatrogénico. Frente a ello, el conocimiento que nos aportan los datos revisados es muy amplio, marcándonos la importancia de considerar múltiples variables y adaptarnos a las diferencias individuales en nuestra tarea tanto investigadora como clínica. No renunciemos entonces a esa complejidad de nuestros pacientes y sus familias, no renunciemos a co-construir el conocimiento una y otra vez en cada consulta, no renunciemos a la riqueza del ser humano. Al fin y al cabo, eso es lo que convierte nuestra profesión en apasionante y novedosa cada día.

Notas

- ¹ Agradezco a la doctora Diana Kirszman su supervisión a nuestro equipo de adultos en este sentido: a veces una cuestión es saberse la teoría y otra muy diferente aplicarla.

Referencias bibliográficas

- 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.
- Atwool, N. (2006) Attachment and Resilience: Implications for Children in Care. *Child Care in Practice*, 12(4), 315-330. doi: 10.1080/13575270600863226
- Bamford, B. y Halliwell, E. (2009). Investigating the role of attachment in social comparison theories of eating disorders within a non clinical female population. *European Eating Disorders Review*, 17, 371-379. doi:10.1002/erv.951
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61, 226-244.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P. Clayton (Ed.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. Nueva York, NY: Raven Press.
- Bell, L. y Rushforth, J. (2010). *Superar una imagen corporal distorsionada: un programa para personas con trastornos alimentarios*. Madrid, España: Alianza.
- Berk, L. E. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid, España: Prentice Hall.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. F. y Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., y Harwood, T. M. (2002). What is and can be attributed to the therapeutic relationship? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 25-33.
- Beutler, L. E. y Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive Psychotherapy. A Practical Guide to Systematic Treatment Selection*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanal. Study Child*, 29, 107-157.
- Botella, L. y Grañó, N. (2008). La construcción del apego, la cohesión diádica y la comunicación en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 291-301.
- Borrego, O. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24(2), 44-50.
- Brennan, K. A., Shaver, P. R. y Tobey, A. E. (1991). Attachment styles, gender and parental problem drinking. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 451-466.
- Carcione, A. y Falcone, M. (2002). El concepto de metacognición como constructo clínico fundamental para la psicoterapia. En A. Semerari (comp.), *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica* (pp. 23-54). Bilbao, España: DDB.
- Collins, N.L. y Read, S.J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. En K. Bartholomew y D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol 5, pp. 53-90). London, Reino Unido: Jessica Kingsley.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1994). *Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio*. Barcelona, España: Herder.
- Crittenden, P. M. (2006). A Dynamic Maturational Model of Attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27, 105-115. doi:10.1002/j.1467-8438.2006.tb00704.x
- Dakanalis, A., Timko, C. A., Zanetti, M. A., Rinaldi, L., Prunas, A., Carrà, G., Riva, G. y Clerici, M. (2014). Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: A latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups. *Psychiatry Research*, 215(1), 176-184. doi:10.1016/j.psychres.2013.10.039
- Dallos, R. (2006). Attachment Narrative Therapy: integrating ideas from narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. *Journal of Family Therapy*, 26, 40-66.
- Dallos, R. y Denford, S. (2008). A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 305-322.
- Daniel, S. I. F., Lunn, S. y Poulsen, S. (2015). Client attachment and therapist feelings in the treatment of bulimia nervosa. *Psychotherapy*, 52(2), 247-257.
- De Paoli, T., Fuller-Tyszkiewicz, M., y Krug, I. (2017). Insecure attachment and maladaptive schema in disordered eating: The mediating role of rejection sensitivity. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1273-1284. doi:10.1002/cpp.2092

- Demidenko, N., Tasca, G. A., Kennedy, N, y Bissada, H.(2010).The mediating role of self-concept in the relationship between attachment insecurity and identity differentiation among women with an eating disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29,1131–1152. doi:10.1521/jscp.2010.29.10.1131
- Faber A., Dubé L. y Knäuper B. (2017). Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population, *Appetite*, 123, 410-438. doi: 10.1016/j.appet.2017.10.043
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2008). Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders (“CBT-E”): An overview. En C. G Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 23-34). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Feeney, J., Noller, P. y Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and insecurity. En M. B. Sperling y W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Theory, assessment and treatment* (pp. 128-152). Nueva York, NY: Guilford.
- Fonagy, P., Gergeley, G., Jurist, E. J. y Target, M. I. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Nueva York, NY: Other Press.
- Gander, M., Sevecke, K. y Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in Psychology*, 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.01136
- Gartstein, M. A. e Iverson, S. (2014). Attachment security: the role of infant, maternal, and contextual factors. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56031293008>
- Gray, M., y Steinberg, L. (1999). Unpacking Authoritative Parenting: Reassessing a Multidimensional Construct. *Journal of Marriage and Family*, 61(3), 574-587. doi:10.2307/353561
- Grenon, R., Tasca, G. A., Maxwell, H., Balfour, L., Proulx, G. y Bissada, H. (2016). Parental bonds and body dissatisfaction in a clinical sample: The mediating roles of attachment anxiety and media internalization. *Body Image*, 19, 49–56. doi:10.1016/j.bodyim.2016.08.005
- Grolnick, W. S. (2003). *The psychology of parental control: How well-meant parenting backfires*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria* (Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01). Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- Halle, T. G. (2003). Emotional development and well-being. En M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes y K. A. Moore (Eds.), *Crosscurrents in contemporary psychology. Well-being: Positive development across the life course* (pp. 125-138). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hernangómez, L. (2012). *Vulnerabilidad cognitiva a la depresión: Relación entre sesgos atencionales, auto-representación y síntomas depresivos*. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España). Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/16407/1/T33908.pdf>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. y Ediger, E. (1996). Perfectionism and Depression: Longitudinal Assessment of a Specific Vulnerability Hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 276-280.
- Hibbs, R., Rhind, C., Salerno, L., Lo Coco, G., Goddard, E., Schmidt, U., Micali, N., Gowers, S., Beecham, J., Macdonald, P., Todd, G., Campbell, I. y Treasure, J. (2015). Development and validation of a scale to measure caregiver skills in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 290-297. doi:10.1002/eat.22362
- Iyengar, U., Kim, S., Martínez, S., Fonagy, P., y Strathearn, L.(2014).Unresolved trauma in mothers: intergenerational effects and the role of reorganization. *Frontiers in Psychology*, 5. doi:10.3389/fpsyg.2014.00966
- Jakovina, Crnkovic-Batista, Razic-Pavicic, Zuric-Jakovina y Begovac (2018): Emotional Dysregulation And Attachment Dimensions In Female Patients With Bulimia Nervosa. *Psiquiatria Danubina*, 30(1), 72-78. doi:<https://doi.org/10.24869/psyd.2018.72>
- Jáuregui, I. (2009). Cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 10, 1086-1100.
- Keating, L., Tasca, G. A. y Hill, R. (2013). Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(3), 366–373. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.06.013
- Kirszman, D. y Salgueiro, C. (2002). *El enemigo en el espejo: de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid, España: TEA.

- Kirszman, D. (1992). Trastornos alimentarios: Paradoja de la abundancia. *Revista de Clínica Psicológica*, 1(2), 150-155.
- Kuipers, G. S., van Loenhout, Z., van der Ark, L. A. y Bekker, M. H. J. (2016). Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. *Attachment & Human Development*, 18(3), 250-272. doi:10.1080/14616734.2015.1136660
- La Rosa, C. (2004). Anorexia y bulimia: una perspectiva cognitivo-evolucionista. *Revista de Psicoterapia*, 15(58-59), 55-74. Recuperado de: <http://tienda.revistadepsicoterapia.com/anorexia-y-bulimia-una-perspectiva-cognitivo-evolucionista.html>
- Le Grange, D. y Eisler, I. (2009). Family Interventions in Adolescent Anorexia Nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 159-173. doi:10.1016/j.chc.2008.07.004
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/desoriented attachment pattern. En T. Brazelton y M. W. Yoman (Eds.), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex.
- Martín, L., Ison, M. y Gómez, B. (2018). Estilo Personal del Terapeuta: estado actual (1998 – 2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica XXVII(III)*, 466-477. doi: 10.24205/03276716.2018.1082
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2003). The Attachment Behavioral System in Adulthood: Activation, Psychodynamics, and Interpersonal Processes. En M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 35, (pp. 53-152). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press. Recuperado de: <https://bit.ly/2S73bWR>
- Monteleone, A. M., Castellini, G., Ricca, V., Volpe, U., De Riso, F., Nigro, M., Zamponi, F., Mancini, M., Stanghellini, G., Monteleone, P., Treasure, J. y Maj, M. (2017). Embodiment Mediates the Relationship between Avoidant Attachment and Eating Disorder Psychopathology. *European Eating Disorders Review*, 25, 461-468. doi: 10.1002/erv.2536
- Murphy, B. y Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and Individual Differences*, 22(6), 835-844. doi:10.1016/s0191-8869(96)00277-2
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E. y Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 198-207. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.116.1.198>
- O'Shaughnessy, R. y Dallos, R. (2009). Attachment Research and Eating Disorders: A Review of the Literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(4), 559-574. doi:10.1177/1359104509339082
- Pascual, J. L. (2004). Tratamiento integrado de los trastornos de la conducta alimentaria desde una óptica cognitivo-evolutiva. *Revista de psicoterapia*, 15 (58/59), 165-189. Recuperado de: <http://tienda.revistadepsicoterapia.com/tratamiento-integrado-de-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-desde-una-optica-cognitivo-evolutiva.html>
- Redondo, I. y Luyten, P. (2018). The mediating role of mentalizing between attachment and eating disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(3), 202-223. doi: 10.1521/bumc.2018.82.3.202
- Ringer, F. y Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15, 119-130. doi:10.1002/erv.761
- Roberts, J. E. y Monroe, S. M. (1994). A multidimensional model of self-esteem in depression. *Clinical Psychology Review*, 14, 161-181.
- Robins, C. J., Ladd, J. S., Welkowitz, J., Blaney, P. H., Diaz, R. y Kutcher, G. (1994). The Personal Style Inventory: Preliminary new measures of sociotropy and autonomy. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 227-300.
- Ruiz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J. M., Viladrich, C. y Halley, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 45-57.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao, España: DDB.
- Safran, J. D. y Segal, Z. V. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona, España: Paidós.
- Salgueiro, M., y Kirszman, D. (2012). Intervención Multinivel en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: El rol de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI (2), 161-171.
- Semerari, A. (2002). La relación terapéutica y la técnica de la entrevista. En A. Semerari (comp.), *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica* (pp. 81-119). Bilbao, España: DDB.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Lens, W., Luyckx, K., Goossens, L., Beyers, W. y Ryan, R. M. (2007). Conceptualizing parental autonomy support: Adolescent perceptions of promotion of independence versus promotion of volitional functioning. *Developmental Psychology*, 43(3), 633-646. <https://bit.ly/2q1hsaW>
- Soenens, B., Vansteenkiste, M. y Sierens, E. (2009). How Are Parental Psychological Control and Autonomy Support Related? A Cluster Analytic Approach. *Journal of Marriage and Family*, 71, 187-202. doi:10.1111/j.1741-3737.2008.00589.x

- Strahan, E. J., Stillar, A., Files, N., Nash, P., Scarborough, J., Connors, L., Gusella, J., Henderson, K., Mayman, S., Marchand, P., Orr, E.S., Dolhanty, J. y Lafrance, A. (2017). Increasing parental self-efficacy with emotion-focused family therapy for eating disorders: a process model. *Person Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 256-269. doi: 10.1080/14779757.2017.1330703
- Stroebe, M., Schut, H. y Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9(1), 48-66.
- Tasca, G. A. (2019). Attachment and eating disorders: a research update. *Current Opinion in Psychology*, 25, 59-64. doi:10.1016/j.copsyc.2018.03.003
- Tasca, G. A. y Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 710-717. doi:10.1002/eat.22302
- Tasca, G. A., Ritchie, K. y Balfour, L. (2011). Implications of Attachment Theory and Research for the Assessment and Treatment of Eating Disorders. *Psychotherapy*, 48(3), 249-259. doi: 10.1037/a0022423
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Zachariades, F., Proulx, G., Trinneer, A., Balfour, L., Demidenko, N., Hayden, G., Wong, A. y Bissada, H. (2013). Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: A structural equation model. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 926-933. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.004>.
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Kryszanski, V., Balfour, L. y Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 662-667. doi:10.1016/j.paid.2009.06.006
- Tierney, S. y Fox, J. R. E. (2009). Chronic anorexia nervosa: A Delphi study to explore practitioners' views. *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 62-67.
- Treasure, J., Smith, G. y Crane, A. (2016) (2ªed). *Skills-based Caring for a Loved One with an Eating Disorder. The New Maudsley Method*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Treuer, T., Koperdák, M., Rózsa, S. y Füredi, J. (2005). The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 106-111. doi:10.1002/erv.616
- Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Vaughn, B. E. y Bost, K. K. (1999). Attachment and temperament: Redundant, independent, or interacting influences on interpersonal adaptation and personality development? En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 198-225). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Vázquez, C., Hernangómez, L. y Hervás, G. (2008) Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. En J. L. Vázquez-Barquero, J. Ayuso y J. Artal (Eds.), *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos* (pp. 21-33). Barcelona, España: Masson & Elsevier.
- Vetere, A. y Dallos, R. (2012). *Apego y terapia narrativa. Un modelo integrador*. Madrid, España: Morata.
- Wallin, D. J. (2015). *El apego en psicoterapia*. DDB, España: Bilbao.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M. y Treasure, J. (2000). Attachment patterns in Eating Disorders: Past in the Present. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 370-376. doi:10.1002/1098-108X(200012)28:4<370::AID-EAT4>3.0.CO;2-P
- Zachrisson, H. D. y Kulbotten, G. R. (2006). Attachment in anorexia nervosa: An exploration of associations with eating disorder psychopathology and psychiatric symptoms. *Eating and Weight Disorders* 11, 163. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/BF03327567>
- Zachrisson, H. D. y Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18, 97-106. doi:10.1002/erv.999
- Zachrisson, H. D., Sommerfeldt, B. y Skårderud, F. (2011). What you use decides what you get: Comparing classificatory procedures for the Adult Attachment Interview in eating disorder research. *Eating and Weight Disorders*, 16(4), 285-288. doi:10.1007/bf03327474
- Zakeri, H. y Karimpour, M. (2011). Parenting Styles and Self-esteem. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29, 758-761. doi:10.1016/j.sbspro.2011.11.302