



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO

EL ROL DEL APEGO Y LA MENTALIZACIÓN EN LA EXPERIENCIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

TESIS

Tesis para optar por el grado de Magister en Estudios Teóricos en
Psicoanálisis que presentan las alumnas

LORENA RODRÍGUEZ CUADROS
SILVANA MELISSA ROMERO SALETTI

(CARLA MANTILLA LAGOS)

2012





*Me veía y decía más, más.
Era como un arqueólogo con la brocha sacando la tierra
para encontrarme al final con un gran tesoro.
Quería ser esquelética...
para mí eso era un gran tesoro*

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo comprender cómo se han configurado el apego y la mentalización en mujeres con trastornos alimenticios (TA) y cómo esta experiencia particular teje una narrativa propia de la vivencia de la enfermedad. Para ello, se realizó una investigación cualitativa de corte narrativo. Se entrevistó a 6 mujeres con diferentes patologías alimentarias y en diferentes estadios del tratamiento en 2 oportunidades. La primera entrevista fue centrada en el tema y giró en torno a la vivencia del TA; la segunda, en torno a las experiencias tempranas con los cuidadores primarios. Se encontró en ellas dificultades para la elaboración de experiencias difíciles con sus figuras de apego. Asimismo, dificultades en la organización del discurso, la regulación del afecto, sus vínculos con los demás y una pobre función reflexiva. Se discute lo hallado hipotetizando que el tratamiento recibido puede haber actuado como una herramienta que les ha permitido progresar hacia apegos más organizados y un funcionamiento reflexivo más articulado.

Palabras clave: apego, mentalización, función reflexiva, anorexia, bulimia, binge eating.

ABSTRACT

Attachment styles and reflective function in women with eating disorders

The present study aims to understand how attachment and reflective function have developed in women with eating disorders (ED) and how this particular experience itself weaves a singular narrative of the experience with the disease. In order to do this, a qualitative narrative study was conducted. Six women with various eating disorders at different stages of treatment were interviewed twice. The first interview focused on the experience of the ED and the second focused on early experiences with their primary caregivers. We found difficulties in the way they work through their distressing experiences with their attachment figures, in the coherence of their speech, in affect regulation, their interpersonal relations and their reflective function. Findings are discussed hypothesizing that treatment is a mean that enables them to progress to more organized attachment styles and improved reflective function.

Keywords: attachment, mentalization, reflective function, anorexia, bulimia, binge eating.

AGRADECIMIENTOS

De Lorena

La experiencia de hacer una tesis se vuelve mucho más grata si contamos con personas a nuestro alrededor que nos brindan su soporte incondicional. Me siento muy afortunada por haberme topado con tanta gente buena en mi camino. Quiero agradecer a Jando, quien hace ya muchos años, me acompaña y me brinda su apoyo en cada uno de los retos que emprendo. Te amo mucho corazón. A mi familia, en especial a mis padres, por estar ahí brindándome palabras de aliento y procurando, siempre, lo mejor para mí. A mi abuelito Rodolfo, quien desde el cielo me brinda la fuerza necesaria para seguir adelante y me acompaña todo el tiempo. A mis amigos y mis amigas, por su paciencia, su soporte y sus palabras de aliento, especialmente a Elenita, Vane, Clau, Andre, María Inés, Suzann, Miriamcita... No saben lo importante que ha sido para mí tenerlas en este transcurrir. A Silvana por su amistad, su empeño, por cada uno de los momentos compartidos y por la confianza depositada en mí, por haber vivido juntas esta experiencia. A Carla, por sus valiosas enseñanzas, por su experiencia y su constante acompañamiento. A Nelly, Isabel y todas las pacientes que, de manera voluntaria compartieron con nosotras sus testimonios. A mi Facu querido, por ser mi fiel compañero, por cada una de las noches de desvelo en las que me acompañó.

De Silvana

Primero quiero agradecer a Dios por darme entereza, paciencia e inteligencia para mejorar día a día. A Hans por tu amor incondicional y tu comprensión y por acompañarme en cada paso que doy. A mis papás y hermanas, por el apoyo y soporte constante y por ser el motor que me impulsa a alcanzar mis metas. A Lorena, por atreverse a compartir conmigo esta aventura. Voy a extrañar mucho nuestros momentos juntas. A Carla por el acompañamiento permanente. A Nelly, Isabel, las pacientes y todas las personas que trabajan en el centro e hicieron posible la realización de esta tesis. El compromiso de continuar trabajando por las mujeres es compartido.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I: Introducción	5
Mentalización y apego	5
Los trastornos alimenticios a la luz de la teoría del apego	11
Objetivo del estudio	15
CAPÍTULO II: Método	16
Participantes	16
Recojo de información	17
Procedimiento	17
Análisis de la información	18
CAPITULO III: El rol del apego y la mentalización en la experiencia de los trastornos alimenticios	22
Cristel	22
Vania	33
Valery	46
Karina	54
Ana	67
Tesa	79
Conclusiones	90
Referencias	98



CAPÍTULO I

Introducción

Mentalización y apego

La mentalización incluye un amplio rango de competencias de alto nivel que permiten a los seres humanos pensar en sus propios estados mentales y en los de los demás (Bateman & Fonagy, 2004; Choi-Kain & Gunderson, 2008). Se trata de múltiples procesos mentales que incluyen capacidades representacionales e inferenciales que forman un mecanismo interpretativo especializado para explicar y predecir el comportamiento propio y de los demás, infiriendo y atribuyendo estados mentales intencionales al agente de la conducta en cuestión (Gergely, 2003). Actualmente una serie de investigadores y terapeutas utilizan este concepto, enraizado en el psicoanálisis, a fin de comprender en mayor medida diversos cuadros clínicos y aplicar este conocimiento para ofrecer mejores tratamientos a los pacientes (Allen, 2003; Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Fonagy & Target, 2006).

Profundizando en ello, la mentalización (o función reflexiva) incluye una serie de procesos mentales que pueden ser de tres tipos: a) procesos simbolizantes y transformadores, que son las actividades que llevan al procesamiento, transformación y simbolización de pensamientos, afectos y representaciones; b) procesos atencionales, cognitivos, metacognitivos e imaginativos tales como la focalización de la atención, el recordar, interpretar, dar sentido, imaginar, comprender y monitorear; y c) los procesos reguladores que permiten dar curso, postergar la acción y regular la experiencia emocional (Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Lanza, 2011).

En relación a los tipos de mentalización, esta puede ser implícita o explícita. La mentalización *implícita* es automática y transcurre de manera no reflexiva, es decir, es espontánea y tiene lugar en las interacciones cotidianas con otras personas. Incluye juicios, sentimientos e intuiciones que vamos desplegando sin recurrir a la deliberación y al razonamiento. Por su parte, la mentalización *explícita* incluye procesos simbólicos, reflexivos y deliberados, que pasan por la conciencia, como por ejemplo, tomar conciencia de nuestros actos, poner los sentimientos en palabras, identificar estados mentales, etc. (Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Fonagy, 1999a). Es decir, la mentalización explícita

corresponde a lo que puede ser declarado de manera simbólica y la implícita a lo procedural (Lanza, 2010). Al mentalizar oscilamos entre ambas.

Asimismo, como se deriva de la definición, la mentalización está asociada a uno mismo y a los demás. Uno puede mentalizar sobre sus propios estados mentales o sobre los de otros. La mentalización en relación con uno mismo incluye los procesos de autoregulación y auto monitoreo y la percepción del propio funcionamiento mental (Bateman & Fonagy, 2004). Uno de estos procesos, fundamental para el tratamiento de pacientes con diversos cuadros clínicos, es la *afectividad mentalizada*, que es considerada una forma sofisticada de regulación emocional en la que la persona es capaz de comprender el significado subjetivo de sus estados afectivos, es decir, reflexionar sobre ellos (Fonagy et al, 2002). A mayor la familiaridad con la propia experiencia subjetiva, la identificación, modulación y expresión de los afectos será mejor, pues el componente reflexivo puede moldear estos procesos (Jurist, 2005).

Por su parte la mentalización en relación a otros supone la posibilidad de pensar los pensamientos y sentimientos ajenos, lo cual implica un genuino interés y curiosidad por comprender a los demás con apertura y tolerando cierto grado de incertidumbre. Asimismo, requiere superar una tendencia natural al egocentrismo y a suponer que el otro comparte nuestra perspectiva, y esforzarnos para captar la postura ajena controlando esquemas y defensas para evitar distorsionar la percepción del otro. En dicho sentido, mentalizar supone esfuerzo (Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Decety, 2005).

De otro lado, es importante entender cómo emerge este conjunto de habilidades. No se trata de habilidades presentes desde el inicio de la vida, sino que requieren de la maduración cerebral, logros a lo largo del desarrollo y diversas experiencias interpersonales para su consecución (Fonagy & Target, 2006).

La investigación en torno a la emergencia de estas capacidades distingue entre diversos hitos del desarrollo, que van desde el modo teleológico, hasta la consecución de la mentalización (Fonagy et al, 2002; Fonagy & Target, 2006; Mayers, Fonagy & Target, 2007). En los primeros meses de vida, el bebé desarrolla un sentimiento de sí como *agente físico* a partir de su experiencia como agente de su acción y de su capacidad para introducir cambios en el mundo físico. Simultáneamente desarrolla un sentimiento de sí como *agente social* en tanto advierte que sus comportamientos tienen un efecto en los demás, principalmente en sus cuidadores. Luego de los seis meses de vida, el niño puede

comprenderse a sí mismo y a los demás como *seres teleológicos*, es decir, como capaces de emprender acciones deliberadamente para conseguir un objetivo, valorando la acción en términos de resultados físicos más aún no en términos de procesos mentales.

Hacia el segundo año de vida, ya el niño desarrolla una comprensión mentalizadora de la agencia. Así, puede concebirse a sí mismo y a los demás como *agentes intencionales* cuyas acciones son producto de estados mentales, como deseos e intenciones. A esta edad comienzan a adquirir el lenguaje para representar los estados mentales y pueden razonar acerca de los deseos y sentimientos de los demás de modo no egocéntrico, sin embargo aún no les es posible separar los estados mentales de la realidad externa y por tanto, las fronteras entre lo interno y externo son aún borrosas (Fonagy, 2003; Fonagy & Target, 2006; Lanza, 2010). En situaciones reales, el niño cree que su mundo y el de los demás se corresponde con la realidad externa, de modo que distorsiona la experiencia subjetiva para que se ajuste a dicha realidad (modo de equivalencia). En cambio en el juego, el niño sabe que su experiencia interna no es reflejo necesariamente de la realidad externa, pero piensa que su estado interno es independiente del mundo externo (modo de simulación).

Posteriormente, entre los 3 y 4 años, el niño puede entenderse a sí mismo como un *agente representacional* pues es ya capaz de comprender los estados mentales como tales, diferenciándolos de la realidad efectiva. A esta edad, la mayoría aprueba el test de la falsa creencia.

Finalmente, hacia el sexto año de vida se observan avances considerables en la capacidad del niño para elaborar los recuerdos de sus actividades intencionales y sus experiencias de manera causal-temporal coherente. Es decir, se desarrolla un *self autobiográfico* que le permite comprenderse a sí mismo y a los demás a partir del desarrollo de narrativas autobiográficas (Allen, Fonagy & Bateman, 2008).

En relación a la influencia de los diferentes sistemas sociales motivacionales que intervienen en la evolución de la mentalización y su ejercicio a lo largo del desarrollo, los autores sugieren que el *apego* es el sistema que la facilita y la promueve (Fonagy et al. 2002).

El apego es un sistema interno del infante que lo motiva a buscar proximidad con un cuidador adulto. Esta búsqueda inicial resulta en repetidas interacciones con el

cuidador que permanecen en la memoria implícita del infante y se convierten en modelos operativos internos que actúan como esquemas para relaciones futuras (Benoit & Parker, 1994; Collins & Read, 1994; Fonagy, 1999a; Siegel, 1999). Estos esquemas se transforman en la base de los estilos particulares que tienen las personas para interactuar con el mundo, regular sus afectos y sus conductas, afrontar las diversas situaciones y preocupaciones que surjan y estructurar la memoria autobiográfica y las narrativas relacionadas a las propias experiencias (Fonagy, 1999a; Siegel, 1999; Tasca, Ritchie & Balfour, 2011).

Diversos estudios han corroborado que la calidad del cuidado materno predice el apego seguro del infante (Fonagy, Steele, Moran y Higgitt, 1991). Así, un comportamiento seguro de los niños, es decir, un patrón de apego seguro, se basa en experiencias de interacción positiva y coordinada, donde el cuidador no suele estar hiperactivado y es capaz de equilibrar las respuestas emocionales desorganizadas que emergen espontáneamente del niño. Es decir, media en su regulación afectiva (Fonagy, 1999a).

Esta sintonía entre la madre y el bebé es condición, entre otras, para el establecimiento posterior de la mentalización pues facilita un nivel óptimo de arousal fisiológico y conduce a la exploración saludable del mundo social. Se ha encontrado que la evolución del apego en los seres humanos implica que el cuidador provea una serie de cuidados hacia el bebé que generan un profundo impacto a nivel cerebral y permiten el desarrollo de mecanismos evolucionados que posibilitan la regulación de la exposición ante las amenazas y las respuestas internas de angustia y estrés (Liotti & Gilbert, 2011). Si el sistema de apego no funciona adecuadamente, la cercanía puede percibirse con incomodidad y ello puede interferir con la posibilidad de mantener un foco atencional abierto y curioso, que permita la exploración de la mente del otro. De este modo, una de las mayores fuentes de seguridad que facilita la atención y exploración, ambas centrales en la mentalización, es el apego (Bateman & Fonagy, 2004).

Resumiendo, la mentalización se adquiere en las relaciones tempranas de apego y resulta determinante para la organización del self y otras capacidades de regulación del afecto y mecanismos de control de la atención. De aquí, es posible desprender que los disturbios en la relación de apego mermarán la emergencia normal de estas capacidades sociales y cognitivas.

En esta línea, Allen (2003) plantea que algunos hitos en el desarrollo, como la aparición del otro, la capacidad de mentalizar emociones, el biofeedback social y la aparición del lenguaje, facilitan el desarrollo de la capacidad mentalizadora. Para convertirnos en seres con capacidad para mentalizar, es fundamental contar con un contexto relacional que nutra y el mentalizar se desarrolla de manera óptima en el marco de un apego seguro (Fonagy, Redfern, & Charman, 1997; Meins, Fernyhough, Russell, & Clark-Carter, 1998 citados en Allen, 2003), el cual conduce al infante a explorar, tanto su mundo interno como el externo. De manera contraria, el trauma en la relación de apego, que incluye el abuso y la negligencia, confieren un alto riesgo para el apego desorganizado en cuyo contexto, mentalizar da temor. Así, el trauma del apego promueve un repliegue defensivo del mundo mental, pues ser consciente de la mente del abusador confronta al niño con actitudes hacia sí mismo que son muy dolorosas de reconocer (Allen, 2003; Fonagy, 2003; Soares & Dias, 2007; Sroufe, Duggal, Weinfield y Carlson, 2000).

Se conoce que la seguridad del apego se da en el 55% de la población y la inseguridad en el 45% restante (Bakermans-Kranenburg & VanIjzendoorn, 2009) y que esto se mantiene relativamente estable a lo largo de la vida (Grossman & Waters, 2005). Se sabe asimismo que el apego es maleable, y que, por tanto, a partir de nuevas experiencias, los individuos pueden transitar desde estados seguros o inseguros hacia apegos más seguros (Tasca, Ritchie & Balfour, 2011).

Precisando en torno a esto, al interior de las teorías de apego, se han propuesto diversas categorías. Por ejemplo Main, Goldwyn & Hesse (2003), los categorizan en seguro, preocupado (ansioso) y evitativo. Además, se pueden encontrar estados desorganizados (asociados con pérdidas o trauma) en las diferentes categorías. Adicionalmente, al interior de las mismas se pueden describir *áreas de funcionamiento*, tales como la *regulación del afecto*, *los estilos interpersonales*, *el sentido de coherencia* y *la función reflexiva o capacidad de mentalizar*.

En general, podemos decir que una persona con apego seguro no se siente fácilmente amenazada, puede regular sus afectos de manera efectiva, busca soporte en las relaciones de manera adaptativa y desea intimidad y cercanía con los demás (Mallinckrodt, 2000). Asimismo, desarrolla un sentido de coherencia y una mentalidad autónoma con la que puede valorar sus experiencias de apego conforme van sucediendo (Main, Goldwyn & Hesse, 2003). Se trata de personas consistentes, organizadas, que

pueden recuperar y discutir sus emociones y sus relaciones de apego, identificar sus sentimientos, considerar las potenciales reacciones de los otros y pensar en términos de causa-efecto. Estas capacidades que permiten manejar los procesos internos son absolutamente necesarias para el desarrollo de la función reflexiva (Allen, 2003; Crittenden, 2006).

Por su parte, las personas con apegos evitativos no esperan que la expresión de sus afectos y la búsqueda de proximidad resulten en interacciones positivas, puesto que han aprendido que la vulnerabilidad conlleva a comportamientos de sus figuras de apego que pueden terminar empeorando la experiencia emocional (Tasca, Ritchie & Balfour, 2011). Para poder afrontar esto y regular sus afectos en alguna medida, prefieren evitar la cercanía con otras personas y crean una estructura de memoria defensiva, de modo que no puedan acceder a recuerdos dolorosos. Este distanciamiento emocional se caracteriza por la desactivación o baja regulación de emociones (Fonagy, 2003). A pesar de que tienen altos niveles de percepción de las amenazas, suelen ser incapaces de identificar emociones en sí mismos y en otros (Siegel, 1999). En general, perciben el mundo como peligroso, desconfían de los demás y evitan necesitar a otros. Así, mantienen su independencia, el control y se sienten únicos protegiéndose de manera anticipada al rechazo por parte de otras personas. Suelen tener pobres recuerdos de su infancia y de sus experiencias relacionadas a sus figuras de apego. En dicho sentido, su coherencia mental es pobre pues la estructura de memoria defensiva hace difícil considerar las experiencias internas propias y de los demás, y por ello, su funcionamiento reflexivo es limitado (Wallin, 2007).

Aquellos con apego ansioso o preocupado tienen habilidades regulatorias pobres, pues si bien pueden identificar sus afectos negativos, dicha percepción suele ser exagerada. La investigación indica que estas personas acceden muy rápidamente a recuerdos dolorosos relacionados al apego y por ello, constantemente, se encuentran en un estado agitado que los mantiene hipervigilantes en relación a las pérdidas (Mikulincer, Shaver, Sapir-Lavid & Avihou-Kanza, 2009). Su estilo interpersonal se caracteriza por un foco muy intenso en las relaciones, en donde priman intentos de controlar la ansiedad minimizando la distancia emocional y pidiendo a los demás constantes muestras de cariño, soporte y cuidado. Se caracterizan por el sobre involucramiento en las relaciones y una tendencia a idealizar a otros y depender excesivamente de la aceptación que ellos les brindan como fuente principal de estima personal (Bartholomew & Horowitz, 1991). Dado

que no pueden ordenar con sentido sus experiencias pasadas, al intentar recordarlas éstas retornan de manera inconexa, como un flujo de asociaciones difusas y vagas, afectando su funcionamiento reflexivo.

Finalmente, otros autores han propuesto la existencia de apegos desorganizados que aparecen cuando la función parental es confusa, abusiva, atemorizante o cuando se pierde una figura de apego (Main, Goldwyn & Hessen 2003; Siegal, 1999). Estos se expresan en comportamientos incoherentes de aproximación-evitación, problemas en la cognición y emoción asociada al trauma, culpa, disociación, entre otros (Tasca, Ritchie & Balfour, 2011).

Los trastornos alimenticios a la luz de la teoría del apego

Los trastornos alimenticios (TA) son cuadros de origen psicológico asociados a la alimentación, la experiencia del cuerpo y la conducta que suelen aparecer en la pubertad y comúnmente afectan a adolescentes mujeres. Quienes los padecen sufren y se esmeran permanentemente por lograr tener un cuerpo delgado, perfecto e idealizado, imposible de alcanzar (De las Casas, 2008). Estos trastornos, como diría Zusman (2004) parecieran expresar los dilemas de la identidad femenina en un periodo en que la adolescente transita hacia la adultez. Se trata de enfermedades altamente discapacitantes pues producen serios deterioros en el funcionamiento psicológico y en el estado físico de las mujeres (Fairburn & Harrison, 2003; Striegel-Moore & Bulik, 2007). Así, representan un reto para quienes se enfrentan al trabajo clínico con ellas debido a su alta complejidad y la dificultad para tratarlos (Cate, 2010; De las Casas, 2008; Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

Las causas de los TA no se encuentran del todo clarificadas. Sin embargo, existe consenso en que tanto factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales cumplen un rol importante en su desarrollo (Fairburn & Harrison, 2003; O'Shaughnessy & Dallos, 2010; Pearlman, 2005). Así por ejemplo, Zusman (2009) refiere que el deseo de controlar la comida empieza en el "seno de una economía emocional específica" envuelta en un determinado tipo de historia personal y familiar, así como en una sociedad que asocia la delgadez al logro.

La comprensión contemporánea de los TA sugiere que es fundamental entenderlos de manera comprensiva, tomando en cuenta diversos factores

predisponentes, precipitantes y perpetuadores pues no todas las personas tienen las mismas dificultades en su desarrollo (Yates, 1989). La búsqueda de una sola vía que contribuya al establecimiento de los TA ha sido sustituida por la de comprender los diferentes mecanismos comprometidos en ellos. Así, diversos autores hablan de modelos de comprensión “multimodales” (Bemporad, 1997; Jeammet & Chabert 1996; Zerbe, 2001) que integran la perspectiva psicoanalítica, biológica, cognitiva y hallazgos familiares. Así, este modelo integrado coloca los factores individuales y familiares en el contexto de determinantes biológicos, demandas sociales en relación al cuerpo y expectativas de género. Como señala De las Casas (2008), se trata de patologías que surgen en etapas de cambio, en un momento donde se conjugan el cuerpo, el instinto y la identidad; cuya sintomatología se manifiesta entre lo psíquico y lo somático y que depende y/o es susceptible a las variaciones de la cultura y los patrones femeninos idealizados.

Durante los últimos 30 años, la teoría del apego (Bowlby, 1980), ha emergido como uno de los marcos conceptuales más importantes para poder entender la regulación afectiva y las relaciones humanas (Mikulincer & Shaver, 2007) a la par que se ha desarrollado la investigación en TA (Tasca, Ritchie & Balfour, 2011). En esta línea, algunos autores han hecho énfasis en la importancia de la comprensión del vínculo intersubjetivo madre-bebé para el entendimiento de estos cuadros (Fonagy & Target, 2006). Ellos indican que el apego puede proveer un marco útil para su comprensión (Pearlman, 2005) pues se preocupa por la naturaleza de las experiencias tempranas de los niños y como éstas tienen luego un impacto en el funcionamiento futuro (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969, 1973, 1980; Fonagy, 1999a, 1999b; Grossman & Waters, 2005; Main, 1993; Winnicott, 1982). Sin embargo, sólo recientemente esta teoría viene siendo aplicada en la conceptualización de los TA para orientar al clínico en la evaluación y psicoterapia de individuos con TA.

Como dijimos anteriormente, la investigación en apego y su relación con los TA es reciente, pero en general se puede decir que las mujeres con desórdenes alimenticios presentan mayores niveles de inseguridad en el apego que aquellas que no los tienen (Barone & Guiducci, 2009; Fonagy et al., 1996; Troisi et al., 2006; Ward et al., 2001), incluso, la investigación indica que la ansiedad en el apego se asocia con una mayor sintomatología de TA y pobre pronóstico en el tratamiento.

Algunas investigaciones sugieren una relación general entre las dificultades en las relaciones primarias y los TA y asumen que estas pueden ser detectadas a partir de la medición del apego en adultos con estos desórdenes (p.e. Barone & Guiducci, 2009; Latzer, Hochdorf, Bachar, & Canetti, 2002; Pearlman, 2005; Troisi et al, 2006; Troisi, Massaroni, & Cuzzolaro, 2005). Otras, indican que el apego inseguro es común en mujeres con desórdenes alimenticios, llegando incluso a especificar que el porcentaje de pacientes con TA que presentan un estilo de apego inseguro era del 64%, pero no especifican con detenimiento qué mecanismos subyacen a esta asociación (Elgin & Pritcgard, 2006; Fonagy et al., 1996; Heesacker & Neimeyer, 1990; Latzer, et al, 2002; Roth & Armstrong, 1991; Ward, et al. 2000). En esta línea, Troisi et al (2005) corroboraron la relación entre estos cuadros y el apego inseguro, haciendo referencia específicamente al proceso de individuación y a los síntomas de ansiedad de separación durante la infancia. A pesar de esto, existen otras investigaciones que señalan que la mayor parte de mujeres con TA revelan un patrón de apego ambivalente con sus madres (Greenberg, 2001). Otros autores plantean que los estilos de apego son diferentes entre la anorexia y la bulimia. Por ejemplo Noe (2001) encontró que las pacientes con AN son más evitativas en su estilo de apego mientras que las pacientes con BN tienden a presentar patrones de apego ansiosos o preocupados.

Como se explicara anteriormente, al interior de las categorías de apego se pueden describir cuatro áreas de funcionamiento: la regulación del afecto, los estilos interpersonales, el sentido de coherencia y la función reflexiva. A continuación se presenta lo que sugiere la investigación en relación a estas áreas y los TA.

En términos de regulación afectiva, se suele asociar el uso de afrontamiento orientado a la emoción, estrategias de desactivación de emociones y diferentes dificultades generales para regular el afecto con los síntomas y las cogniciones propias de los TA (Tasca, Ritchie & Balfour, 2011). En general se encuentra que los síntomas de estos son expresiones directas de procesos emocionales y psicológicos que devienen de los patrones de apego (Ringer & Crittenden, 2007; Zachrisson & Kulbatten, 2006). Así, por ejemplo, se encuentra que la asociación entre la ansiedad del apego y los TA y síntomas depresivos está mediada por el truncamiento de emociones (Tasca et al, 2009). Es decir, las pacientes con TA y ansiedad del apego experimentan una hiperactivación de sus emociones que resultan en los síntomas de atracón o purga, quizá como una manera de

afrontarlas. De manera inversa, las personas con apego evitativo truncan su experiencia emocional, y esto puede ser facilitado por su restricción alimentaria.

En cuanto al estilo interpersonal, la investigación sugiere que las personas con TA tienen una mayor sensibilidad interpersonal que puede tener su origen en problemas de autonomía y separación de los padres (Ringer & Crittenden, 2007). Asimismo se observa que suelen tener problemas en sus interacciones personales equiparables a las de estilos de apego inseguros o ansiosos. Esta historia de dificultades interpersonales les confiere una mayor sensibilidad a la separación y las pérdidas. Por ejemplo, se encuentra que los síntomas de atracción suelen haber sido precedidos de interacciones sociales negativas y auto-críticas (Tasca, Ritchie & Balfour, 2011). Así, un estilo de apego evitativo, puede llevar a un gran aislamiento de estas pacientes, mientras que en un estilo más preocupado, las pueda llevar a experimentar conflicto en sus relaciones y temor al abandono.

En términos de coherencia de mente, en general, los resultados reportan que las pacientes con TA presentan menor coherencia de mente que los de grupos control no psiquiátricos o grupos normativos lo que resulta en una capacidad reducida para crear narrativas respecto a su propio desarrollo psicológico, el entendimiento del lugar que los síntomas tienen en su vida y para el establecimiento de una relación terapéutica positiva. Con frecuencia, luchan para proveer apreciaciones realistas y consistentes sobre su desarrollo y sus figuras de apego (Fonagy et al., 1996; Barone & Guiducci, 2009; Ward, 2000).

Finalmente, en cuanto a la mentalización y su relación con los desórdenes alimenticios, no se tiene mucha información y la investigación se encuentra en una etapa marginal (Tasca, Ritchie & Balfour, 2011). En uno de los pocos estudios realizados hasta el momento Fonagy et al. (1996) encontraron que las pacientes con TA tuvieron puntajes en funcionamiento reflexivo significativamente menores que otras personas con desórdenes del Eje I, como ansiedad y depresión, indicando que este déficit es característico de quienes padecen TA. Cate (2010), por su parte, encontró una correlación negativa entre el riesgo de desarrollar TA y los estilos de apego y entre el riesgo de desarrollar TA y los niveles de mentalización, así como una correlación positiva entre apego y mentalización. Finalmente, Skarderud (2007a, 2007b, 2007c) quien aborda estas cuestiones desde la investigación cualitativa, señala que las pacientes con anorexia presentan, como características centrales, una reducida capacidad para la transformación

simbólica que adopta la forma de discursos concretos, carentes de metáforas y de expresiones de fantasía, tienen dificultades para soñar, imaginar, fantasear, hacer duelos y comprometerse con los vínculos de manera profunda. Padecen de un sentimiento de vacío que es llevado al plano concreto y corporal. Si bien este autor ha estudiado la mentalización en pacientes con anorexia nerviosa, pareciera que ésta no ha sido analizada en pacientes con bulimia.

Objetivo del estudio

Como se ha mencionado anteriormente, los trastornos alimenticios son enfermedades altamente discapacitantes que generan graves consecuencias a quienes los padecen y a sus familias. Del mismo modo, se ha resaltado que la investigación en apego y mentalización relacionada a los TA ofrece un camino novedoso e importante para su comprensión. Asimismo, en nuestro contexto son cada vez más las mujeres jóvenes que presentan estos cuadros o alguna forma subclínica de los mismos. Sin embargo la investigación en estos temas aún es escasa.

Así, el objetivo del presente estudio es comprender cómo se han configurado el apego y la mentalización en un grupo de mujeres con trastornos alimenticios. Además, interesa entender cómo la experiencia particular de apego y la cualidad de la función reflexiva tejen una narrativa propia de la vivencia de la enfermedad en estas mujeres.

CAPÍTULO II

Método

La aproximación al estudio de las experiencias de pacientes con TA se realizó desde el paradigma de la investigación cualitativa. Como señalan Camic, Rhodes & Yardley (2003) la recolección detallada de información de unos pocos casos permite analizar múltiples aspectos de un tema, los elementos que se relacionan y desentrañar los complejos patrones de interacción que ocurren en los fenómenos. De este modo, se podrá dar cuenta de cómo las experiencias tempranas de estas pacientes con sus cuidadores primarios conllevan a la configuración de un estilo de apego y una capacidad de mentalizar particulares. Asimismo se buscará entender como estos mecanismos se relacionan con el desarrollo y la vivencia de la enfermedad.

En la investigación cualitativa se considera al investigador como intérprete de la realidad que aprehende, donde la brecha entre sí mismo y su objeto de estudio será cubierta por la interpretación que este le dé a lo que investiga (Banister, Burman, Parker, Taylor & Tindall, 1994, Kornblit, 2007). En nuestro caso, el interés del estudio está puesto en las personas en sí mismas y en su entorno y en los relatos que se construyen como resultado de la relación intersubjetiva que ambos, participantes e investigador, establecen (Kornblit, 2007).

El diseño del estudio es mixto pues, por un lado el recojo de información se hará de manera estructurada utilizando instrumentos para la valoración del apego y la mentalización con criterios y parámetros definidos, pero por otro también es de interés recoger los relatos y narrativas particulares que cada paciente realiza de sus vivencias.

Participantes

En cuanto a la elección de las participantes para la investigación, el concepto de “informante clave” (González Rey, 2007) resultó fundamental, pues se trata de personas que por sus experiencias y características particulares pudieron brindar información relevante en relación al problema de estudio.

Así, las participantes de nuestro estudio fueron 6 mujeres entre 16 y 25 años que presentan cuadros de TA diagnosticados (anorexia, bulimia, cuadros mixtos, binge eating) con un tiempo de enfermedad de entre 2 y 12 años. Todas tenían un nivel educativo secundario o superior y vivían en Lima, salvo una que se encontraba temporalmente en

Lima para recibir tratamiento. Todas ellas vivían con al menos uno de sus padres y con sus hermanos en caso de tenerlos. Asimismo, todas habían recibido medicación o continuaban recibéndola al momento de ser entrevistadas y habían sido internadas al menos en una oportunidad por periodos no menores de seis meses para recibir tratamiento por el TA. Ellas fueron contactadas a través de una institución de salud mental especializada en el tratamiento de estos cuadros. Con anterioridad a las entrevistas se solicitó su consentimiento para participar en el estudio y su autorización para ser grabadas a fin de cumplir con los estándares éticos requeridos en la investigación (Anexo A).

Recojo de información

El recojo de datos se realizó a partir de una breve ficha sociodemográfica y dos entrevistas. La primera entrevista fue abierta e inestructurada y partió de una sola pregunta: “¿Cómo así llegaste a esta institución?”. La entrevista fue planteada de esta manera a fin de que cada paciente contara sus vivencias particulares relacionadas a la historia del trastorno alimenticio y se estableciera un diálogo dialéctico a partir de la información brindada. Con ello lo que se buscaba era que la persona expresara contenidos relacionados con el tema de estudio pero que surgieran desde sí misma y lo que ella deseara contar por lo que se evitó limitarla colocándole contenidos previamente establecidos (Banister et al., 1994). Así, se promovió que la persona narrase sus experiencias, descubriera su mundo interno, sus reflexiones en relación al TA, la vivencia del mismo, las explicaciones que le otorga y las consecuencias que este le ha traído a su vida.

En una segunda reunión, para completar el recojo de información, se realizó con ellas la *Entrevista de Prototipos de apego adulto* (Martínez & Núñez, 2007), instrumento similar a la Entrevista de Apego Adulto (AAI). Esta permite valorar el apego a partir de preguntas que se concentran en el pasado del entrevistado, eventos y relaciones actuales con miembros de la familia nuclear y otros significativos (Anexo C).

Procedimiento

En primer lugar, se contactó con la institución. Se sostuvieron reuniones con las personas responsables de las pacientes y, una vez obtenida la aprobación para realizar el estudio, se coordinaron las entrevistas. Cabe resaltar que el contacto entre las pacientes y las investigadoras siempre estuvo mediado por la psicóloga de la institución.

Cada investigadora se encargó de entrevistar a un número de pacientes de manera independiente y el criterio empleado para la asignación de los casos a cada una fue la disponibilidad de tiempo de las pacientes y la institución.

Las entrevistas tuvieron lugar entre agosto y setiembre en el local de consulta externa y también en la casa de campo donde tiene lugar el internamiento, en caso de las pacientes que aún reciben tratamiento. Las entrevistas tuvieron en promedio una hora de duración y el tiempo transcurrido entre una entrevista y otra fue variable. Cada investigadora se encargó de entrevistar las dos veces a una misma paciente.

Análisis de la información

Concluidas las entrevistas, cada entrevistadora hizo la transcripción literal de los audios. Todas las transcripciones fueron luego analizadas conjuntamente. Para las *primeras entrevistas* se realizó un análisis temático, es decir, se identificaron núcleos temáticos importantes que luego se organizaron según las relaciones que pudieran establecerse entre ellos y se fueron refinando en función a los significados que les atribuyen tanto las pacientes como las entrevistadoras (Boyatzis, 1998; Kornblit, 2007; Richtie & Spenser, 1994).

Asimismo, el análisis de las entrevistas tomó en cuenta tanto la realidad histórica-empírica en la que se desarrolla el relato, la realidad psíquica del sujeto que resignifica sus vivencias pasadas a partir del presente y organiza su historia de manera particular, y finalmente, la realidad discursiva de la entrevista misma (Kornblit, 2007). Así, cobra relevancia la dimensión temporal que adquiere el discurso, la selección de ideas y la fuerza colocada a cada una de ellas. Según Santamarina y Marinas (1999) la persona que evoca el pasado es una persona que ha pasado por múltiples desdoblamientos, de modo que al revisar y estructurar su historia, pasa por diferentes filtros hasta lograr estructurar una narrativa con sentido.

Para poder analizar el material obtenido de las *segundas entrevistas* que buscan medir la representación actual de las experiencias de apego en términos pasados y presentes en base a narrativas, se utilizaron diferentes indicadores entre los que resalta la coherencia de la narrativa (Grice, 1975). Haciendo uso de la técnica interrogativa, se pretendió comprobar hasta qué punto ellas eran capaces de contar, de manera espontánea, su historia infantil, de manera cooperativa, coherente y plausible (Buccheim y Kachele, 2008).

Grice (1975) sugiere utilizar unas máximas que permiten hacer una evaluación del discurso relacional o coherente, de acuerdo a un “principio de cooperación” en el que la adherencia y no violación de las mismas es primordial:

- Máxima de calidad: implica ser sincero y evidenciar lo que se dice. Este principio es violado cuando la persona es imprecisa, muestra contradicciones en su discurso o presenta oscilaciones rápidas de puntos de vista.
- Máxima de cantidad: implica que el discurso debe ser conciso pero completo. Esta máxima es violada cuando la persona proporciona más ó menos información de la necesaria para poder comprender lo que se dice.
- Máxima de relación: implica que la información brindada debe ser relevante al tema que se está tratando. Este principio no se cumple cuando la persona pierde el hilo, introduce experiencias personales o salta, constantemente, entre el pasado y el presente.
- Máxima de manera: implica que el discurso debe ser claro y ordenado. Este principio es violado cuando la persona hace uso de jergas, muletillas, frases extrañas o afirmaciones inconexas.

Así por ejemplo, personas con estilos de apego seguros podrán oscilar entre los recuerdos y retornar al aquí y ahora para mantener un discurso coherente con el entrevistador. Las diferentes formas de discurso organizado pero incoherente (inseguro), identificados por Main y Goldwyn (1998) son conceptualizadas como estrategias que incluyen la maximización o minimización de la atención hacia temas relacionados con el apego (Hesse, 1999).

A partir de estas máximas, la identificación de una organización específica del discurso, a través del análisis del mismo, conduce a una de las siguientes disposiciones mentales respecto al apego (Main y Goldwyn, 1998). En primer lugar, los adultos que son clasificados como seguros, relatan los recuerdos de su infancia (positivos y negativos) de manera abierta, consistente y coherente. Es posible notar que estas personas son capaces de integrar diversas experiencias en una sola unidad y reflexionar, sobre lo que narran, durante la entrevista. Asimismo, estas personas acceden libremente a los temas acerca de los cuales se les pregunta y se muestran equilibrados.

En segundo lugar, los adultos con un apego evitativo, dan cuenta de sus experiencias de manera incoherente e incompleta y muestran, a menudo, lagunas de memoria. Tienden a minimizar la importancia del apego a modo de defensa para que sus recuerdos dolorosos no salgan a la luz, insistiendo en que todo está bien y en su

independencia de los otros. Con el fin de protegerse además, representan las figuras de apego de manera positiva pero no son capaces de sustentar estas descripciones con evidencia concreta. Las posibles influencias negativas son permanentemente negadas.

En tercer lugar, quienes son clasificados con apegos preocupados cuentan, de manera no objetiva y enfadada, los conflictos experimentados con sus figuras de apego. Se muestran confusos y da la impresión de que las experiencias pasadas están siendo vivenciadas por ellos en el presente, mostrándose incapaces de distanciarse de ellas. Describen eventos marcados por el dolor y oscilan permanentemente entre evaluaciones positivas y negativas de sus figuras de apego sin llegar a ser conscientes de la contradicción. En líneas generales, su lenguaje resulta confuso, poco claro y vago.

Finalmente, los adultos clasificados como desorganizados muestran lapsus temporales en el seguimiento del razonamiento o el discurso durante la discusión de eventos potencialmente traumáticos. Se presentan lapsus específicamente en el razonamiento, los cuales parecen sugerir la existencia de creencias paralelas e incompatibles y de sistemas de memoria respecto a eventos traumáticos que han sido disociados.

A este análisis se le agrega la valoración de la función reflexiva (mentalización) de las participantes, a partir de los criterios de Fonagy, Target & Steele (1998). Ellos indican que existen dos niveles de análisis. El análisis de pasajes dentro del relato y el análisis global del mismo.

En relación al análisis de los pasajes, los autores refieren que cuando se aplican los principios del manual de función reflexiva a entrevistas diferentes del AAI, se deben identificar aquellas preguntas que puedan ser respondidas aludiendo a estados mentales y que sólo dichos pasajes deben ser valorados. Es decir, solo se evalúa aquellos que demandan que el hablante demuestre sus capacidades mentalizadoras. Los pasajes pueden ser valorados en una escala de 6 puntos (-1, 1, 3, 5, 7, 9) en donde la calificación más baja alude a una función reflexiva negativa, es decir, a un pasaje en que el entrevistado expresa hostilidad o evade la respuesta ante la oportunidad de reflexión. Una calificación intermedia, por ejemplo de 3 hace referencia a una baja o cuestionable función reflexiva, en la que el examinado, si bien puede hacer uso del lenguaje de estados mentales, no es capaz de dar suficiente soporte a sus aseveraciones. Finalmente, una calificación de 9 da cuenta de una función reflexiva excepcional donde el evaluado muestra una capacidad mentalizadora sofisticada, compleja, elaborada, presentada desde

una perspectiva causal y completa. Se puede asignar también calificaciones usando números pares cuando se tiene duda sobre la categoría en la que debe situarse el pasaje.

Respecto al análisis global del relato, los autores indican que no hay una fórmula establecida para arribar al puntaje global, como por ejemplo, hacer un promedio de los puntajes de los pasajes analizados. Por el contrario, el evaluador debe considerar el relato como un todo, hacerse una impresión global, juzgarlo y asignar una calificación (Fonagy, Target & Steele, 1998). Se mantiene la misma escala que para los pasajes, asignando puntajes con números impares a los relatos globales y calificaciones pares cuando se tiene duda. Asimismo existen subtipos y categorías dentro de cada calificativo.

Finalmente y de manera complementaria a todos los análisis ya realizados se integraron los aspectos contratransferenciales que cada investigadora experimentó en relación a las pacientes, aspectos que fueron discutidos y registrados por ambas, y la información brindada por la psicóloga del centro en diferentes conversaciones que también fue anotada.

Toda esta información fue articulada y estructurada a fin de poder brindar una lectura integrada de cada una de ellas. Se presenta un análisis de cada caso de manera individual y luego una integración horizontal de los hallazgos seguida de las conclusiones del estudio.

CAPÍTULO III

El rol del apego y la mentalización en la experiencia de los trastornos alimenticios

Cristel

*Yo la escuchaba a ella,
entonces al final no quedaba espacio para mí,
de hecho no existía yo.*

Cristel tiene 23 años. Ha retomado sus estudios de medicina y se encuentra cursando el sexto ciclo. Dice que esto la angustia mucho porque el ritmo es fuerte y hacía mucho tiempo que no se cargaba de tanto trabajo. Le está resultando difícil mantenerse equilibrada. Lleva 11 años cargando con anorexia, bulimia y depresión. Sólo 9 años después del inicio de su cuadro, se decidió a buscar ayuda. Estuvo internada para recibir tratamiento por más de un año y, actualmente, asiste a sesiones de psicoterapia grupal e individual, a modo de seguimiento.

Se trata de una joven alta, muy delgada, pálida, con mirada triste y perdida. Se encuentra más abrigada de lo que debería para la estación, con varias chompas puestas una sobre otra y un saco largo encima. Resalta su aspecto frágil y decaído, lo cual deja a la entrevistadora perpleja y con deseos de inyectarle vida y alegría. Esta impresión inicial, rápidamente cambia cuando se inicia la entrevista. Sorprende su tono de voz fuerte y decidido; así como su discurso verborreico y locuaz, con el que busca llenar todos los espacios.

Entre los aspectos más resaltantes del funcionamiento de Cristel, encontramos que su pensamiento está invadido por creencias y aspectos negativos sobre sí misma, que pueden distorsionar su percepción de los eventos y las relaciones. Se caracteriza por una marcada autoexigencia y perfeccionismo que disparan en ella, múltiples sentimientos negativos, como el terror al fracaso. Estos tienen un efecto en su autoestima y autovalía, dada su necesidad de aprobación y aceptación por parte de los demás. Cristel tiende a desvalorizarse en extremo y, por tanto, a sentirse inadecuada. Su autocrítica ha sido tan fuerte que, incluso, llega a parecer exagerada y caricaturesca.

“Ay, a lo mejor tengo algo mal en mí, que será, ah de hecho soy gorda, tengo que bajar de peso, pero ay, a lo mejor es algo dentro de mí, soy desagradable, soy mala, quizás no valgo nada... todos esos años rumiando rumiando rumiando rumiando rumiando... hasta generar un problema mayor”.

“claro, todo giraba en torno a la comida hasta los niños en África, si no comían era por mi culpa, porque yo comía... jajaja... eh, las personas las situaciones, lo que no tenía nada que ver, todo se enfocaba en eso”.

En esa línea, por lo general se describe a sí misma como una persona muy pasiva, muy dócil, que no tenía voz ni voto ni podía sentirse libre de opinar. Incluso, refiere que siente que otros llevan las riendas de su vida y que ella se deja llevar, llegando en ocasiones a hacer cosas por complacer a los demás, para no molestarlos. El temor a crecer, a ser adulta, a ser mirada por otros y a dejar de depender de los demás ha sido muy fuerte y el trastorno alimenticio, en alguna medida, la invisibilizaba.

“Porque mientras más flaca estuviera, al menos al principio la ropa de niñas me seguía quedando, no tenían que comprarme ropa nueva, no crecía, entonces no me convertía en adolescente, seguía vistiéndome como una niña, no parecía una niña, los chicos no se fijaban en mí, entonces tenía mucha ventaja para mí”.

Estas características están íntimamente ligadas con el sacrificio, el control, la virtud y la autodisciplina, a pesar de los intensos montos de sufrimiento y dolor que estos le generaban. En dicho sentido, sus méritos y éxitos son los que dictaminan su valor como persona. Se trata de una mujer sobre adaptada, de alto funcionamiento pero con una gran tendencia a la autocrítica y a la afectividad negativa, aspectos que se dejan entrever como correlato de sus síntomas depresivos.

“En mi caso yo no me abrigaba, no dormía, no hablaba, no tomaba agua, era una forma de desaparecer e infringirme el mayor dolor posible, martirizarme. Al principio decía ok, no voy a bailar, no voy a tomar agua, no voy a abrigarme en las noches cuando tenga frío y no voy a comer dulces. Después fue mutando muchísimo. En la universidad no dormía, me quedaba despierta hasta las 6 de la mañana porque no quemaba tantas calorías dormida como si estuviera despierta y obviamente nunca tomaba desayuno, y prefería ir caminando a todos los lugares que podía y caminaba, caminaba, caminaba”.

“La pareja de mi mamá es extranjero, entonces discutían por teléfono, entonces yo decía, voy a dejar de comer para que ellos se arreglen. Voy a dejar de comer para que esto mejore... a modo de intercambio “

Esto nos recuerda al planteamiento de Blatt sobre las personalidades introyectivas (Blatt, Shahar & Zuroff, 2001). Al respecto, él explica que las personas con patologías introyectivas se preocupan por mantener un sentido del self viable: establecer, proteger y mantener una individualidad básica a través de las preocupaciones por la autonomía y el control. Todos estos aspectos aparecen marcadamente en Cristel, tendiendo a utilizar mecanismos de defensa como la proyección, racionalización, intelectualización, formación reactiva y sobrecompensación para poder lograrlo.

Asimismo, pareciera que Cristel mantiene pocas relaciones satisfactorias. Salvo la relación con su terapeuta y con su actual enamorado, da la impresión de no haber podido

establecer vínculos positivos con otras personas. En general, existe cierta desconfianza interpersonal y teme abrirse con otros para no ser lastimada, ello debido a que en su historia existen experiencias de abandono. Se trata de un patrón que se repite desde la época en la que estaba en el colegio:

[respondiendo a la pregunta por una mejor amiga] “se supone que si.....porque según mis estándares me dejaban, o... resultaba no ser una mejor amiga, o duraba muy poco... ya cuando he ido creciendo sí (...) quizá por diferencias de estatus, de pensamiento, o ya estoy acostumbrada a que me vean como la que no habla...no sé, pero no tengo cercanía y eso que en el colegio si tuve, en primaria tuve una mejor amiga por unas semanas, y luego tuve otra, que me dejó por otra. Yo lo tomaba así... Luego al año siguiente otra mejor amiga que luego no quiso saber nada de mí, y después ya no tenía mejores amigas. Después yo hablaba con gente pero no, hasta ahí no más, ya no quería tener mejor amiga. Después hubo una época en la que estaba mal, le confié a una chica que me cortaba y ella le contó a todos, entonces menos voy a querer confiar en nadie”.

En relación a los vínculos con sus figuras primarias, lo primero que salta a la vista es la presencia tan predominante de la madre en el discurso de Cristel. Se trata de un discurso muy afectado y emocionalmente cargado en tono de reclamo, a través del cual intenta explicarse el porqué de su falta de atención y cuidado hacia ella. Si bien mantiene una relación plagada de conflictos y choques muy frecuentes, pues desea ser una persona individual y separada de su madre, al mismo tiempo anhela intensamente, tanto su atención como su cuidado.

[respecto a su madre] “es muy contradictoria, porque por un lado es como que la tengo que cuidar, es muy frágil, pero por otro lado es demasiado fuerte porque se ha hecho cargo de nosotros 3 sola (...) y además, se hace cargo de ayudar a las personas, es terapeuta, es terapeuta alternativa entonces es como que... falla algo...porque llega un punto en que puede ayudar a otras personas pero no nos puede ayudar a nosotros que somos su familia”.

En psicoanálisis, muchos autores consideran que la relación con la madre es paradigmática y fundamental para explicar el desarrollo del psiquismo. Al respecto, para André Green (2004) tanto la presencia de la madre como su ausencia estructuran al sujeto. En dicho sentido, la ausencia se encuentra a mitad de camino entre la intrusión y la pérdida: un exceso de presencia es una intrusión y un exceso de ausencia es pérdida. En el desarrollo de esta relación inicial, hay un estado de fusión madre-hijo que desemboca en un proceso de distanciamiento indispensable para que el niño comience a ser otro separado. Cuando la madre pone distancia y dificulta la fusión, el niño se encuentra frente a un pecho en blanco, vacío, hueco, carente, el cual favorece la falta de apetito del niño por la vida (Green, 1990). Así, la sensación de ausencia se transforma en un profundo sentimiento de pérdida donde ya no importa si la madre retorna pues en la mente del niño, ya no existe más. (Del Valle, 2010). Ello fue denominado por Green como *complejo de la madre muerta*. A partir del relato de Cristel, pareciera que nos

encontramos frente a este complejo: su madre no la sostuvo y no la mentalizó (Fonagy, 1999). Resulta evidente que, en ella, el trastorno alimentario se configuró como un intento de recuperar a la madre perdida, a esa madre muerta, de llamar su atención, de insuflarle vida, de buscar su atención y su cuidado. Su cuadro cumple la función de brindarle individualidad, posibilidades de controlar sus propios actos y una oportunidad para castigarla y dañarla por haberla abandonado. No es casualidad que, habiendo pasado 9 años con la enfermedad, Cristel decida contarle a su mamá lo que le pasa, al no ver reacción de su parte.

“Sabes que, le dije a mi mamá, ‘sabes qué mamá, si era verdad [tengo anorexia], pero déjame morirme así porque no quiero hacer nada, simplemente te lo digo porque no quiero seguir escondiéndome’, osea fue una especie de ‘déjame hacer lo que quiero en paz’ ”.

En los relatos de pacientes a los que subyace este complejo, se vislumbra la sombra de la ausencia de la madre. Se presenta como una madre absorta, no disponible, muda y siempre triste, en la que reina la indiferencia. A partir de lo narrado por Cristel, se observa que le resulta imposible recordar momentos en los que su madre fuera cariñosa y afectuosa con ella, por el contrario, pareciera haber experimentado negligencia pues no la recuerda presente e involucrada con su crianza cuando era pequeña. Entre otras cosas, su madre se enfermó de parasitosis, lo cual marcó un hito en la relación entre ambas pues ello le impedía jugar con ella o que le prestara atención, dada la gravedad de su enfermedad.

“... cuando era chica... ella dice que pasaba mucho tiempo con nosotros, yo la verdad, la recuerdo en mi casa, pero no la recuerdo mucho tiempo, osea demasiado tiempo con nosotros, yo la recuerdo más durmiendo.”

“entonces me acuerdo que dormía yo llegaba del colegio, almorzaba, la veía en ese rato, entonces ella se iba a dormir después de almuerzo, yo me quedaba viendo televisión haciendo mis tareas, calladita, y después de eso mi mamá se iba a sus reuniones y llegaba en la noche tarde y a veces inclusive se iba de viaje entonces no la veía mucho y mi papá nunca estaba entonces yo estaba con mi nana, que era la señora Haydee”.

Asimismo, Cristel vivencia poca cercanía afectiva, poco contacto piel a piel, llegando incluso a inhibirse de acercarse a su madre para no dañarla por la fragilidad que percibía en ella.

“Es que...era intocable mi mamá, entonces con cuidadito porque si no se dañaba, entonces...no me animaba mucho a acercarme,...pero además de chiquita qué iba a decirle yo, una niña, no tenía que contarle (...) si me acercaba a darle cariño pero luego empezó a bajar eso”.

Estos acontecimientos revierten en que Cristel percibiera que era difícil sostener una relación con su madre pues ésta no era capaz de ponerse en su lugar. Pareciera existir

una inversión de roles, en la que Cristel hacía las veces de su madre y su madre, las veces de una hija que anhelaba recibir comprensión y apoyo. Cristel sentía que no le daba un espacio y que por tanto, interactuar con ella no le ofrecía un resultado positivo.

“Y ya después.... (...) en realidad siempre he sido muy cerrada entonces, me costaba mucho hablarle...más era yo escuchando sus problemas, yo la niña y ella la mamá, escuchar sus problemas, ella contándome de su novio, de los problemas de mi papá con mi hermano, de lo que le pasaba con sus pacientes y yo la escuchaba a ella, entonces al final no quedaba espacio para mí, de hecho no existía yo”.

“...ingenua, si, bastante ingenua, por eso es que la tenemos que cuidar, entonces se deja engañar y confía, ya no es como que físicamente que se desmaya y todo eso, pero sí es emocionalmente como que “ten cuidado” sobre todo porque ella es el soporte, fue el soporte, pero ahora que somos mayores ya los 3 somos soporte (...) y entonces cada una es soporte de la casa y es un poco, yo lo siento inequitativo porque ella es la mamá y ella tiene que hacerse cargo”.

Esta sensación de sentirse fuera de lugar, no mirada, poco sostenida, se mantiene hasta el día de hoy y se refleja en aspectos tan concretos como el que no tenga su propio espacio en casa. No siente que algo le pertenezca, que sea parte de sí, que la identifique.

“Entonces cuando mi mamá tiene que trabajar yo me tengo que mudar. Saco mis cosas, mi almohada, mis libros, las pocas cosas que puedo tener en el cuarto, porque no es que tenga mucho espacio, un pedazo de escritorio para poner mis aretes, ahorita tengo por ejemplo una ruma de libros y a veces pongo las separatas encima, mis perfumes porque los dejo fuera del baño, mis aretes, mi agua mi celular, y entonces tengo que coger mis petacas y tengo que mudarme al comedor, o a su cuarto inclusive”.

Por otro lado, respecto a su padre, Cristel no recuerda su presencia en momentos importantes. Se acuerda de más peleas y conflictos que de interacciones positivas. Inclusive es muy crítica y señala que ha sido negligente y que, en alguna medida, la dejó desamparada, deslizándose incluso que esta relación cumple un rol importante en el establecimiento de su enfermedad.

“porque si el que es mi papá no nos quiere dar de comer, literalmente no nos quiere dar de comer ‘ay toma, nada más tengo 5 soles para toda la semana, para todo el mes’. Osea, no nos paga el colegio, mmm ... muchas cosas,... entonces es como que si tu papá no quiere que tú comas, por qué lo vas a tener que hacer, no lo necesitas, de repente no lo mereces”.

[respecto a su padre] “con nosotras es... “hola princesita como estás” “angelito lindo te quiero mucho”...antes cuando estaba en tratamiento no le creía, ahora es como “ya te entiendo más o menos” osea, ok tu nos quieres, eres nuestro papá, te has portado mal pero tienes ese cariño de papá que no se te va ¿no?... pero eres un inmaduro, eres un niño, osea, ya lo entendí, osea es como que siente cariño pero no sabe qué hacer con eso, tienes un juguete pero no sabe cómo usarlo. Te quiero juguete, pero no, no lo aprovecha y eso es, es como inmaduro, infantil, ignorante. Es ignorante”.

A ello se le suma un ambiente familiar en que las peleas entre sus padres fueron muy recurrentes. Luego del divorcio, éstas fueron reemplazadas por problemas entre su madre y su padrastro. Las mudanzas de hogar y los conflictos económicos fueron una

fuentes de desazón constante que, según refiere, influyeron mucho en su comportamiento alimentario.

“Recuerdo mucho que influían mucho, siempre influyeron los pleitos con mi papá. Cada vez que me daba cuenta que mi mamá estaba asustada por algo, molesta por el factor económico, yo me asustaba y dejaba de comer al principio”.

“Cuando me daban un disgusto, cuando mi mamá me regañaba, mis hermanos me gritaban, mis hermanos se peleaban, mi hermana tiene un genio muy feo y cada vez que pasaba algo me ponía a comer y decían ‘ay no ahora que dije, ay no por mi culpa’”.

Se observa que Cristel se encuentra fijada a ciertas experiencias difíciles que describe espontáneamente, así no hayan sido preguntadas directamente. Relata por ejemplo experiencias que denotan incompreensión por parte de su madre, relatos cargados de cólera por la ausencia del padre, el hecho de no contar con un espacio propio en su casa y finalmente, los constantes cambios de hogar que le impedían contar con amistades en el barrio.

[respecto a su madre] “había veces en las que ya estaba muy quebrada entonces yo iba y le decía “mamá me siento mal porque tales personas en el colegio no me hablan”... y ella “ay, pero no te preocupes eso ya va a pasar, eso les pasa a todos” es como que yo me siento mal y encima me minimizas...era como que las cosas que a ella le pasaban si eran importantes y grandes y lo mío no era nada...pero sí le tenía confianza y le contaba”.

“cuando yo me sentía mal, porque yo cantaba desde que era chiquitita y me molestaban por eso mi mamá me decía, “te tienen envidia, te tienen envidia, te tienen envidia,” y yo pero... de qué me van a tener envidia, no veo que haya nada en especial para que me tengan envidia, y me decía “no, pero es que tú te sacas buenas notas y encima cantas, y encima las profes te quieren, y eres bonita y eres rubia” entonces las otras chiquitas que no son bonitas ni tienen tan buenas notas ni cantan, te tienen envidia. Y yo... hasta ahora no me cabe en realidad...pero es como que...no creo que me tengan envidia, sino que tienen algo en contra de mí”.

Asimismo, oscila entre evaluaciones polarizadas y contradictorias de sus padres, sobre todo en relación a su padre, a quien además culpa de muchos de los sucesos que ha vivido, incluyendo el trastorno alimentario.

[sobre su padre] “Tiene otra familia, un hijito chiquito... tiene otra esposa, todo bien, vive bien... Yo lo quiero bastante, la verdad si lo quiero, y me alegro cuando lo veo, me pongo nerviosa también porque... es raro tener papá, yo no tenía papá por mucho tiempo...”

[refiriéndose a la relación de su padre con sus hijos] “osea es como que siente cariño pero no sabe qué hacer con eso, tienes un juguete pero no sabe cómo usarlo. Te quiero juguete, pero no, no lo aprovecha y eso es, es como inmaduro, infantil, ignorante. Es ignorante”.

Por todo lo anteriormente dicho pareciera que Cristel pertenece a la categoría de apego preocupado. Como bien resaltan Mikulincer et al (2009), estas personas acceden rápidamente a recuerdos dolorosos relacionados al apego y se mantienen hipervigilantes ante las pérdidas. Asimismo Main & Goldwyn (1998) explican que los conflictos experimentados con las figuras de apego aparecen de manera no objetiva y

emocionalmente cargada, pareciendo que las experiencias están siendo vivenciadas por ellos en el presente y denotando una incapacidad para poner distancia y razonarlas. El discurso de Cristel se encuentra plagado de estos pasajes cargados de dolor y sufrimiento. Del mismo modo en términos transferenciales y contratransferenciales, pareciera que Cristel quisiera coludirse con la entrevistadora en contra de la madre, al experimentar emociones negativas e intensas durante la entrevista. Este aspecto según Hesse (2008) es crucial en estos tipos de apego.

Estos hallazgos son confirmados a partir del sentido de coherencia de la entrevista, aspecto crucial para la adecuada valoración del apego (Bucheim y Kachele, 2008). Si bien Cristel respeta la máxima de calidad, viola constantemente la máxima de cantidad, es decir, responde a las preguntas con discursos prolongados, con excesivo detalle e incluso desviándose del tema y olvidando la pregunta inicial, no respetando, a su vez, la máxima de relación. Por momentos, el nivel de detalle y la rapidez del habla impiden seguirla con atención. El alternar el discurso de primera a tercera persona, la confusión de tiempos y el desorden al evocar las ideas sugiere que si bien puede recordar los sucesos, tiene dificultades para organizar la información e, incluso, a veces el flujo de ideas no es continuo. Se aprecian contradicciones y enredos, que incluso generan que la entrevistadora pierda la hilación de lo que se está diciendo, violando así la máxima de modo (Grice, 1975).

Respecto a su función reflexiva, se puede plantear que, en Cristel, esta es *hiperactiva/hiperanalítica* (Fonagy, Target & Steele, 1998), pues si bien el contenido de la entrevista es profundo y detallado, las descripciones de sus relaciones subjetivas con sus figuras de apego y sus hermanos no son convincentes. En cuanto la narrativa se vuelca en las relaciones de apego, la profundidad se torna mayor de la esperada y se hace difícil seguirla. Si bien pareciera que puede utilizar el lenguaje de los estados mentales, no se puede afirmar a ciencia cierta si su funcionamiento reflexivo es genuino o si sus explicaciones son discursos aprendidos. Pareciera no haber material suficiente que soporte sus asunciones.

Así por ejemplo, utiliza estrategias heterogéneas para aproximarse a la reflexión sobre la pregunta propuesta, observándose algunas respuestas desintegradas. En el ejemplo siguiente se observa que no logra dar una respuesta coherente respecto a lo que se le pregunta y luego se niega a contestar.

[respondiendo a la pregunta sobre a quién se parece más] "... no conozco mucho a mi papá así que no podría decirte...es como que mi papá tiene los defectos y mi mamá las virtudes...entonces tengo algunos defectos de mi papá como.... No sé... algunas cosas en realidad también... osea.. no ni siquiera sé si son de él o de ella... son míos... de todas las personas, no es que me parezca a ninguno...".

Otro ejemplo se encuentra cuando responde a si la enfermedad de su madre tuvo alguna influencia en su comportamiento con ella. Comienza dando una respuesta relacionada a la pregunta y luego se desvía del tópico para introducir el tema de la falta de espacio para sí misma en casa.

"Sí yo creo que sí a pesar de que ella lo niegue. Ella estuvo con parásito años...es que no me acuerdo muy bien... yo me acuerdo que ella estaba en cama, igual hasta ahora, todas las tardes tiene que dormir, ahora me... de hecho yo no tengo cuarto en mi casa, yo duermo en el cuarto donde ella trabaja entonces en ese cuarto hay una cama y yo duermo ahí pero cuando ella tiene que dormir me dice voy a dormir y se coge el lugar donde yo estoy y yo digo...donde voy...".

En general encontramos dificultades en la posibilidad de atribuir estados mentales al otro y a sí misma con evidencia suficiente. Por momentos, pareciera que se encuentra dando respuestas estereotipadas y clichés, donde la representación del estado mental es plana, es decir, no se logra apreciar su complejidad.

"E: me decías que sentías a tu madre ausente por momentos..."

C: si, si, y eso no se lo puedo decir, osea, si le digo: "mamá lo siento pero yo si te he sentido ausente" ...es que no se lo puedo decir en persona porque es como que siempre salta y se empieza a defender "mira yo he hecho esto, yo he hecho aquello, entonces todo lo hago por ustedes y al final...encima me estás diciendo que falta", se justifica diciendo "tengo que hacer un montón de esto, tengo que pagar tal cosa y hago mil cosas" yo lo que veo es que ella se preocupa mucho por mantener la casa pero hablar con nosotras... y...y... nos mantiene el techo pero por lo que hay adentro no se preocupa mucho porque está con muchas cosas en la cabeza, entonces ahm... es eso más o menos lo que le he tratado de decir... pero no se lo puedo decir porque le choca, para ella hace todo, o sea es omnipotente. ¿Cuál era la pregunta?"

Finalmente respecto a la relación actual con sus padres y cómo la evalúa ahora, pareciera haber todavía cierta distorsión en torno a cómo valora el "cuidado" de su madre. Ha pasado de percibirla como enteramente negligente a sobreprotectora y a expresar cierta rebeldía y deseo de independencia ante estos comportamientos. Asimismo la reflexión es egocéntrica, centrada en sí misma cuando quizá lo que está expresando es su propio deseo de ser mirada, mentalizada y atendida por su madre.

"ahora me siento más fuerte y pienso por mí y hago las cosas a mi manera y veo que mi mamá sigue queriendo atraparme digamos, no te vayas, como que impedir de alguna forma que crezca, me cuida demasiado, que si comí, si no comí, quién me cuidó, que a donde fui, y eso tiene que correr por mi parte, no por parte de nadie, nadie tiene que estar cuidándome todo el tiempo..."

Con referencia al padre, la reflexión es *hiperactiva*, es decir, el contenido que muestra es profundo pero la reflexión es irrelevante, es decir, le cuesta llegar al punto y dar una respuesta coherente.

“...con mi papá, osea es como que lo comprendo mucho más y me causa más ternura, no sé si es porque acepto mis emociones y antes las bloqueaba o que pero es como que,... “hola papá” le digo papá, antes jamás le había dicho papá, le decía Jose Luis antes era “oye...por si acaso...tú..., si tú...” y ahora es como que me cuesta pero le digo “papá como que tal cosa” ahora siento como que más calidez...pero no es tampoco como que “¡¡wow mi papito!!” Simplemente es, “a te entendí, te he perdonado, eres un idiota, te portas mal hasta ahora pero ni modo, igual te quiero...” cosa que antes no me permitía.

Como podemos apreciar entonces, en el caso de Cristel, pareciera que el estilo de apego preocupado que tiene, a partir de la interacción con sus figuras parentales, la ha conducido a evitar sus emociones y a crear sus propias estrategias de auto consuelo, las cuales son precursoras de sus conductas alimenticias maladaptativas (Crittenden, 1994). Las pacientes como Cristel que tienen una baja autoestima y una estructura psíquica que no se autoregula apropiadamente, se ven envueltas en estados de afectividad negativa intensa e influenciadas indebidamente por factores externos. Experimentan evaluaciones negativas y preocupaciones en relación a la evaluación de los otros que se acompañan de ansiedad y depresión (Herzog et al., 1992).

En dicho sentido entonces, el trastorno alimenticio se configura como un intento de regular los afectos, mecanismo que está afectado y consecuencia directa del estilo de apego preocupado y la pobre mentalización que presenta (Tasca et al, 2009). Ella refiere que la anorexia inició a temprana edad y que son múltiples las razones y hechos que la desencadenaron: problemas entre sus padres, conflictos con su madre, dificultades económicas, su propio carácter.

“...conmigo no creo que haya una sola razón para decir...sabes qué, quiero matarme de hambre. Ahí jugó mucho mi carácter, mi personalidad, era muy sensible, muy dócil, las cosas que pasaban a mi alrededor, mi familia que nunca ha sido muy funcional y encima el divorcio de mis papás, la falta de dinero, la falta de comida en la casa”.

Es interesante notar cómo liga su enfermedad con sentimientos de inadecuación, de ser muy aprehensiva y vehemente ante los problemas, su necesidad de ser perfecta y sus deseos de complacer a su madre. A ello se le adiciona un gran monto de autoexigencia y frustración, sobre todo cuando no es capaz de alcanzar la meta que se planteó.

“por más que uno intenta seguir ese orden no puede porque ya el hambre y el desorden interno en el cuerpo es tan grande que te llama la comida por más que no quieras”

Cristel mantuvo por años periodos de restricción muy marcados que alternaba con atracones voraces y que compensaba con purgas, laxantes y ejercicios físicos

extenuantes. Todo ello tenía la intención de reparar en alguna medida los excesos cometidos por su falta de control y de castigarse por no ser perfecta y no poder complacer a su madre. Pareciera sentir que no podía llenarse de comida porque no la merecía.

“Si, si, estando muy mal, inmediatamente después de haber vomitado decía:”uy no, me quedé con comida adentro” y me iba montando bicicleta desde la virgen de Fátima hasta el Bonilla y volvía...”.

Ella vivía su cuerpo como un elemento extraño, que no entendía y que no podía controlar por completo lo cual le generaba múltiples frustraciones. Si bien era consciente de sus sensaciones corporales, era incapaz de identificar y discriminar adecuadamente el hambre. A esto se sumaban los hábitos desordenados de alimentación de su familia y la falta constante de dinero que, en ocasiones tuvieron como consecuencia que Cristel comiera inadecuadamente.

“mi almuerzo podía ser un pedazo de pollo, con unas verduras y luego picaba durante todo el día, no tenía orden y en la universidad fue peor, pues de por si yo no sabía cómo era tener un orden en la comida... y luego dejé de comer, de mal comer, y al año siguiente me dio lo contrario, me dio por comer compulsivamente”.

Mantuvo estos comportamientos por años en secreto, esperando que alguien se diera cuenta. Esto sólo sucedió cuando su pérdida de peso, sus negativas a comer y sus escapadas al baño fueron ya muy evidentes para su familia e intolerables para sí misma. La indiferencia de sus familiares, especialmente de su madre, fueron los detonantes para que Cristel decidiera quitarse la vida. Sus múltiples intentos de suicidio tenían el fin de llamar la atención y pedir la ayuda que por tantos años anheló:

“después tuve mi tiempo en que me deprimí bastante, no sé si fue por la anorexia o si fue primero la depresión, el punto es que me deprimí mucho y tuve muchos intentos de suicidio, ahí fue cuando mi mama obviamente se dio cuenta, porque, en realidad fui, se lo dije, ‘mamá me he cortado’, todavía tengo unas marcas (...) tomé pastillas, traté de ahogarme..., nunca fui lo suficientemente valiente para tirarme del tercer piso, o realmente colgarme pero sí me cortaba muy seguido”.

Asimismo, Cristel es muy prolija al detallar las consecuencias que estos comportamientos desencadenaron en ella:

“tenía quelitis, heridas, se corroyó el esmalte de mis dientes, tenía ampollas en la garganta, me moría de frío. Andaba con ropa sobre ropa sobre ropa, estaba un poco estreñida, tengo reflujo, gastritis, la tengo hace años, cuando me dolía el estómago, pensaba que tenía hambre. Tenía palpitaciones, no podía dormir, las uñas se me rompían, perdí la mitad de mi peso....No me podía aguantar la orina, porque no tenía tono muscular para contener los esfínteres... Me daba un estornudo y me orinaba un poquito, no me venía la regla y tenía calambres... jugaba con mis manos acalambradas mientras veía televisión”.

A pesar de darse cuenta de que las consecuencias de su conducta eran severas, Cristel batalló mucho consigo misma para aceptar que necesitaba ayuda y demoró mucho

en buscar tratamiento. Inclusive expresa con franqueza que, en principio, demandaba ayuda para aliviar el malestar emocional que sentía más no para deshacerse de sus síntomas alimenticios. Se negaba a ser internada o medicada y continuaba con sus estudios en la universidad a pesar de darse cuenta de que no estaba rindiendo. Cuando la situación se torna muy peligrosa por fin cede:

“primero dejé de trabajar, después me tuve que retirar de la universidad porque era la tercera semana y no había entregado tareas, la siguiente semana tenía 5 exámenes, ese día también tenía, todos los días me daban exámenes y yo no hacía nada entonces era como que ‘qué estoy haciendo’ entonces yo dije ‘sabes qué, no, no puedo, me voy de la universidad’ (...) me dediqué por completo a la clínica de día y era como que más o menos la vida más tranquila me, me ayudó a darme cuenta de que necesitaba un respiro, y una especie de, no solo un respiro, sino curarme porque no estaba nada bien y ya”.

El no rendir en la universidad, situación que nunca antes había experimentado, fue como una llamada de atención que le permitió pensar en la posibilidad de buscar tratamiento. A partir de ello, se inició un largo proceso de recuperación con más de un año de internamiento de por medio. Es importante dar cuenta de que todo este tiempo le ha permitido a Cristel hacer elaboraciones en relación al trastorno y resignificar sus experiencias. Sin embargo, no es posible discriminar aún si es esta resignificación es real o si se trata de un discurso aprendido impulsado por la necesidad de mostrarse mejor de lo que realmente está. Aun así, se le aprecia reflexiva y poética, incluyendo metáforas para explicitar cómo se sentía.

“Me veía y decía más... más. Era como un arqueólogo con la brocha sacando la tierra para encontrarme al final con un gran tesoro, quería ser esquelética, para mí eso era un gran tesoro (...) Cuando me di cuenta de que el tesoro no era la muerte o llegar al límite, me di cuenta de que las personas tienen diferentes topes. Yo llegué a puntos fuertes. No estuve en la clínica con una sonda pero casi. Si no me morí en una bicicleteada fue por milagro. No llegué a estar tan flaca como las personas que se han muerto de esto, pero si estuve lo suficientemente mal como para decir basta”.

Vania

Yo creo que la bulimia era una forma de autoeliminarme poco a poco. Sentía que quería agarrarme de eso, que había encontrado algo que me diera una cuota de dolor todos los días con lo que yo pudiera vivir.

Vania tiene 23 años, estudia arquitectura en una universidad particular y, actualmente, vive con sus padres, hermana y abuelo paterno. Ha sido diagnosticada con depresión y bulimia. Ha tenido mucha dificultad para aceptar, en ella, la presencia de este último cuadro, debido a su tendencia a atribuirlo a personas débiles y superficiales.

“Creo que no era tan consciente con el problema de bulimia como el de la depresión, para mí era totalmente detestable tener bulimia. (...) Entonces verme yo encajada dentro de las personas que para mí eran estúpidas este no, no entraba en mi cabeza, entonces prefería tener depresión que tener la bulimia”.

Luego de haber estado internada, se encuentra recibiendo terapia psicológica individual, asistiendo a sesiones grupales y tomando medicación. A primera vista, su apariencia física llama la atención, lo cual entra en contradicción con las ganas de pasar desapercibida que manifiesta. Se muestra como una persona dura, lo cual genera temor y la sensación de que se encuentra poco abierta a compartir sus experiencias con otros. Por el contrario, estuvo dispuesta a contar partes de su historia sin mostrar reparos en hacerlo por lo que, aparentemente, se encontraba necesitando expresarse y deseando establecer una conexión con la entrevistadora para poder hacerlo. Así, detrás de esta coraza, parece existir un enorme vacío de fondo, que se manifiesta en su expresión neutra.

Un aspecto resaltante en ella es la construcción de una visión negativa de sí misma, del entorno, de las relaciones. Así, tiende a resaltar los aspectos negativos de las situaciones y a anticiparse a que éstas tendrán resultados negativos. En dicho sentido, podría decirse que existen pocos momentos en los que realmente se ha sentido feliz, pues presenta una marcada tendencia a señalar que le cuesta recordar eventos positivos en su vida.

“En realidad sí sé que he tenido logros de chica porque tengo bastantes diplomas, pero no recuerdo ningún momento de esos en que los haya recibido, no recuerdo ninguno, ningún momento en que los haya recibido, todos están borrados de mi memoria”.

“Cuando estaba en la casa tenía momentos en que me sentía feliz, en la casa te podría decir que tuve momentos en que estuve feliz. No sé si en algún otro momento he experimentado la felicidad así”.

Se trataría de una persona con una autoestima muy baja y un pobre concepto de sí misma. No confía en sus capacidades y señala no tener grandes aspiraciones económicas y profesionales en la vida, enfatizando en su capacidad para conformarse con lo indispensable para vivir.

“Ahora viene la universidad, las responsabilidades, ahora viene esto, ahora viene lo otro y quizás no pueda con todo. Es como que ya yo sólo quiero tener un cuartito de miércoles, un sueldo de 500 Soles a la semana y ya... vivir con eso y hacer lo que quiera, irme de viaje que se yo, no quiero ser dueña de ninguna empresa”.

Esto parece estar dando cuenta de su temor a crecer, es decir a tener que enfrentar las responsabilidades propias de esta tarea. El solo imaginar lo que considera que tendría que enfrentar, la abruma y la angustia pero se debate entre esta sensación y su necesidad de mostrarse como una persona fuerte, invulnerable, independiente de otros. En este sentido, tanto la depresión como el trastorno alimentario, han funcionado durante todo este tiempo como dispositivos que le han permitido lidiar con la angustia que le generan las demandas y responsabilidades del mundo adulto.

“Prefiero a estudiar arquitectura, porque al final me voy a volver loca, porque las maquetas me estresan tanto, porque al final son un factor por el que caí más en la bulimia porque me volví muy ansiosa el tener que presentar maquetas y vivir todo el tiempo bajo presión es como que asustan demasiado (...) tengo miedo de que vuelva a pasar (...) y otra vez he estado pensando en el suicidio, o sea más he estado pensando en el suicidio que volver a vomitar o en desaparecer qué se yo o sea cosas absurdas”.

Precisando sobre esto último, Vania es una persona emocionalmente adormecida. Si bien puede dar nombre a emociones y sentimientos negativos como la tristeza y la cólera, estos parecen estar vacíos. No se muestra como una persona con capacidad para experimentarlos y elaborarlos, es decir muestra déficits en la capacidad de mentalizar sus afectos (Fonagy et al, 2002). Se guarda sus emociones para sí misma y evita compartirlas con otros. Esto parece estar respondiendo a que, a lo largo de su vida, la experiencia le ha enseñado que no debe permitirse sentir, que esa posibilidad le ha sido negada, más aún cuando se trata de emociones negativas.

“A veces tenía mucha cólera o sentía mucha tristeza, entonces no sabía cómo canalizar esa tristeza porque sabía que no podía hablar, o sea yo sentía que eso no me estaba permitido porque no podías hablar de cómo te sientes, o sea hablar de si te sientes... bueno hablar de si te sientes feliz está bien, pero decir que te sientes triste no (...)”

Estas situaciones que le generan demandas a nivel emocional, sobre todo conflictos interpersonales, hacen que Vania huya para evitar afrontarlas. Además, evita involucrarse en conflictos y raramente lo hace de manera abierta, ya que su modo preferido de mostrar inconformidad o atacar al otro, es guardando silencio.

“No peleo mucho es decir no peleo mucho. En realidad no me gusta pelear prefiero irme y dejar a la persona con lo que tenga que decir es decir cortar y eso sí se puede interpretar como una falta de respeto”.

Por otro lado, se aprecia en ella una pobre capacidad para controlar sus impulsos y regular sus emociones, tendiendo a descargarlas autolesionándose e infringiéndose elevados montos de dolor físico, los cuales le resultan más tolerables que el dolor emocional que prefiere negar. Éste, de acuerdo a Rodríguez et al (2007) no solo es intolerable sino también, percibido como eterno. Dichos autores señalan que la automutilación podría entenderse como una forma de evitar un daño sentido como mayor: el acercamiento al recuerdo del trauma. Al respecto, pareciera que ella pensara que es mejor someterse a este daño que se puede controlar, que exponerse a un recuerdo dañino prolongado.

“Me sentía bien, sentía que era como... tenía muchas sensaciones como que estaba muy cargada emocionalmente, en un momento, por ejemplo, pensando qué va a ser de ahí o qué estoy haciendo y vomitaba o me cortaba, y decía wow y sentía como que estaba así (en lo alto) y bajaba y me sentía más tranquila (...) ver la herida, sentir el dolor”.

De otro lado, se observa en ella poca tolerancia a la frustración y dificultades para postergar la gratificación. De algún modo, esto se hizo evidente durante su enfermedad cuando alternaba periodos de consumo exagerado de alimentos y purgas con periodos de restricción absoluta. El poder comer y, luego, eliminar lo ingerido, representaba para ella un modo perfecto de satisfacer sus necesidades pero también de eliminar las consecuencias por haberlo hecho.

“Comía más de lo normal, más que la ensalada de frutas y así empezó, incluso hay una etapa de anorexia porque no comía nada, o sea me pasaba los días comiendo qué se yo... comiendo una manzana en el almuerzo por ejemplo y en la noche agua, agua, agua... y todos los días agua. Primero empecé a dejar de comer y después empecé con la bulimia. Seguía hasta que ya un día me harté y dije no, más fácil es vomitar, o sea comer y vomitar porque al menos siento la sensación de la comida que está pasando y así empezó también la bulimia”.

Pasando a hablar de sus defensas, además de la escisión, vemos que prevalece su tendencia a negar eventos y contenidos dolorosos. En este sentido, es muy interesante

estar atentos a la presencia de lagunas en su discurso ya que, de algún modo, se vale de ellas para “eliminar” eventos de su historia personal que no puede tolerar. Asimismo, la falta de conexión emocional con los contenidos que manifiesta, parece ser su modo de lidiar con ellos. Cabe resaltar que señala que los sucesos positivos pareen haber existido, sin embargo, no logra recordarlos. Esto podría estar dando cuenta de la ausencia de los mismos y la vergüenza que podría generarle mostrar que no fue merecedora de ellos.

“Quizás ella se acordará un poco de lo que decían (...) yo no recuerdo en realidad”.

“En realidad debe de haber habido momentos así, pero ahí ya no recuerdo, no recuerdo mucho qué nos hacía en esos momentos”.

A nivel de pensamiento, un aspecto importante que resalta en ella es la desorganización de sus contenidos mentales. Son constantes los saltos que hace de un tema a otro lo cual, por momentos, genera complicaciones para seguir la hilación de su discurso. Esta desorganización parece estar dando cuenta de la presencia de un aparato psíquico primitivo, roto, separado en pequeños fragmentos, evidenciándose dificultad para conectar y poner imágenes y contenidos en las palabras y/o afectos. En este sentido, según Wallin (2007), podríamos estar hablando de una persona cuyo funcionamiento reflexivo es limitado.

Por otro lado, su memoria se encuentra cargada de experiencias muy fuertes que no han podido ser significadas y elaboradas, costándole, por tanto, darles un sentido coherente y acceder a ellas, de manera organizada. Ello aparentemente porque no contó con la presencia de un cuidador que pudiera ayudarla a organizar y entender dichos sucesos. En un entorno adecuado, la función reflexiva parental alude a la capacidad de contener los estados mentales de los niños en su mente, de significar a su hijo como una persona diferente, con sentimientos y pensamientos propios (Bilbao, 2011). Sin embargo, en su entorno parece no haber encontrado a nadie con la disponibilidad necesaria para poder asumir esta función, dejándola confundida y sintiéndose vulnerable al no poder entender. Por ello, aunque busca plantearse ciertas hipótesis sobre su conducta y la de los demás, estas son concretas y básicas. Asimismo, tiende a creer que sus creencias podrían tener correspondencia con la realidad. En esta misma línea, por ejemplo, es evidente su tendencia a mencionar experiencias negativas de su pasado pero, mediante la entonación que emplea, minimiza su real importancia o no realiza mayor elaboración.

“Me imagino que le habrá tocado los nervios y, osea, estaba tan nervioso, no sé ya, tan al tope y frenó horrible, se volteó y fue... nos jaló del pelo a las dos y estábamos las dos privadas”.

El enfrentarse con la posibilidad de reflexionar acerca de estas experiencias la lleva a incurrir en silencios prolongados, que luego corta abruptamente para cambiar de tema.

En relación a los contenidos de sus narraciones, pareciera que se encuentran inundadas de autodestrucción y muerte, los mismos que adquieren un marcado protagonismo en su vida diaria y en las explicaciones que se plantea para entender los eventos de su entorno. Sugiere, entre otras cosas, que el dolor que experimenta le brinda la energía que requiere para permanecer viva, para poder existir.

“Había encontrado algo que me diera una cuota de dolor todos los días con lo que yo pudiera vivir, era como una droga (...) con lo que yo pudiera vivir (...) Necesario porque yo en ese tiempo no me atrevía a hacer nada como cortarme o pellizcarme (...)”.

“Yo tengo una teoría. Yo pienso que definitivamente hay una destrucción no (...) pienso que mis pensamientos son autodestructivos (...)”.

“A veces pensaba en la muerte y decía “no”. A pesar de ello, creo que la bulimia era una forma de autoeliminarme poco a poco”.

Así, vemos que su discurso se encuentra cargado por montos elevados de rabia y rencor que para ella son normales. Esto genera que su interlocutor pueda percibirlos pero queda la sensación de que ella no es capaz de conectar, de establecer el enlace entre el objeto/hecho y su correlato afectivo y, en esta línea, a partir de los encuentros sostenidos con ella, vemos que genera que el otro experimente los contenidos amenazantes que ella no se permite vivir. Es decir, en términos transferenciales, ella deposita en su interlocutor todos los aspectos negativos para que él los procese por ella. En términos de Bion (1963), está buscando un continente que le permita metabolizar los elementos beta, descritos por él como incapaces de ser procesados, como experiencia emocional pura que no ha sido metabolizada. Estos, al salir, dejan libre un espacio que debe ser cubierto por pensamientos que puedan ser pensados y tolerados. En contextos normales, la madre debe metabolizar estos contenidos y transformarlos en elementos alfa, siendo capaz de transmitir la funcionalidad del pensamiento. Sin embargo, en Vania, estos elementos son tan primitivos, agresivos y repetitivos que en términos de contratransferencia, cargan negativamente y frustran a la entrevistadora.

Respecto a sus relaciones interpersonales, podemos decir que la relación con sus figuras parentales fue siempre compleja, por ello, su necesidad de huir estuvo siempre presente. Resalta en su discurso una mención constante a su padre. Éste actuó permanentemente como un represor de los impulsos, afectos y respuestas espontáneas de su hija castigándolos, incluso con violencia física, de ahí el adormecimiento emocional que Vania refleja y el gran temor experimentado hacia él. De alguna manera, podemos decir que califica la actitud de su padre como negligente, considerando que, como padre, no cumplió un buen rol, mostrándose incapaz de reconocerla como una “niña pequeña” dotada de las características que le corresponden a los niños de su edad. Siempre estuvo presionándola, demandándole que actuara como una persona de mayor edad, privándola de su libertad. Por ello, muestra haber experimentado situaciones de temor intenso hacia la figura de su padre.

“Entonces, como nosotras éramos niñas, nos encantaba jugar, hacer escándalo, pero él no toleraba mucho el escándalo, antes en la casa no nos podíamos reír muy fuerte, él decía “baja la voz”.

“En algún momento cuando éramos más chicas, sí lo hacía, nos golpeaba cuando estaba muy cargado, por ejemplo, él tiene algo con la risa, como que no le gusta que se rían mucho. Entonces un día estábamos riéndonos en el carro con mi hermana muy fuerte; me imagino que le habrá tocado los nervios y, osea, estaba tan nervioso, no sé ya, tan al tope y frenó horrible, se volteó y fua... nos jaló del pelo a las dos y estábamos las dos privadas”.

“Recuerdo mucho que veíamos televisión y apenas escuchábamos el sonido del carro, apagábamos todo, todo, todo y bajábamos corriendo y había que simular que estábamos estudiando (...)”.

“Quería descansar y encontraba en la casa dos chiquitas que jugaban, gritaban y jugaban y jugaban y, como él decía, perdían el tiempo en lugar de estar leyendo”.

La violencia física derivó en que Vania utilizase la distancia emocional como mecanismo para no experimentar las intensas emociones que el abuso generaba, trayendo ello consigo repercusiones en la actualidad. Hasta ahora las eventuales manifestaciones de cariño que pueda mostrar su padre, tienden a incomodarla.

“Osea, yo no me siento culpable por su cariño pero, tampoco, puedo rechazarlo del todo, pero, en realidad (...) no me siento cómoda”.

Por otro lado, respecto a la relación con su madre, vemos que Vania busca recordarla como una persona sobreprotectora y temerosa con lo cual pretende justificar de algún modo su falta de criterio y su actitud pasiva al no haber sido capaz de proteger a

su hija de los constantes maltratos, tanto de su padre como de su abuelo. Con el fin de no lidiar con esta sensación, le atribuye cualidades de “salvadora”. En este sentido, buscando protegerse, podría estar representando a sus figuras de apego de manera idealizada, más positiva de lo esperado (Main & Goldwyn, 1998).

Por otro lado, si bien, a nivel explícito, no da cuenta de una relación complicada con ella, vemos que su necesidad de perturbar su tranquilidad, se asociaba a ese rencor que vivía a nivel inconsciente y no se permitía reconocer. Como si, de alguna manera, su madre tuviera que experimentar el mismo dolor que ella.

Así, vemos en la relación sostenida por ambas, la presencia de ciertos aspectos que no permitieron que ésta se configurara como un objeto integrado, que proporcionaba un vínculo saludable. Resulta curioso observar que podríamos estar hablando de una relación fusionada, en la cual los límites no se encuentran claramente establecidos. Esto se hace explícito en su discurso en el que, por momentos, resulta complejo identificar si se encuentra hablando de sí misma o de su madre. Se percibe, así, una relación compleja en la que la falta y la necesidad de diferenciación se alternan permanentemente y en la que, la madre, tuvo muchas dificultades para reconocer a su hija como un ser independiente y único.

“Había momentos en que sí me gustaba fastidiarla, por cosas que hizo, en realidad hizo o no. Entonces pienso que era eso, ganas de fastidiar, de contagiar a todos con mis problemas, porque si yo me sentía mal, ella también tenía que sentirse mal y culpable por todo. Porque ella no podía salir del castigo (...) Obviamente se sentía mal, se sentía triste, entonces se preguntaba, por qué pasa eso, pero sí pienso que, en líneas generales, me gustaba que sufriera”.

Aparentemente, nos encontramos hablando de un bebé que vino cargado de pulsión de muerte y no fue pensado. Sabemos que, en un principio, entre el rostro de la madre y el bebé debe existir una complicidad adecuada, y la primera debe ser capaz de transmitir emociones mediante su expresión así como señalar las que el bebé se encuentra experimentando (Fonagy & Target, 2006). Así, con una madre poseedora de una expresión neutra, sería esperable que, como Vania, el bebé no sea capaz de ver, expresar ni reconocer emociones. Se trataba de una madre que no tenía mente para sí misma, y tampoco podía proveer de mente a sus hijas.

Como se observa, es posible dar cuenta de cierto rechazo de sus cuidadores hacia Vania. La violencia, a todos los niveles, la falta de cuidado, el no estar atentos a los

momentos importantes, la intransigencia y excesiva presión ejercida sobre ella, que le prohibía expresar sus afectos, no hacen más que evidenciarlo.

Del mismo modo, la poca capacidad para reconocer a Vania como una persona diferenciada, poseedora de características y necesidades, permite entender por qué, en su caso, el ser “mirada y pensada” por otros resulta fundamental. Sus síntomas parecen estar representando su forma de gritar por ser vista, de pedir ayuda. Como no se ha acostumbrado a “ser mirada” el que alguien lo haga, tiende a desestabilizarla.

En este sentido, pareciera que Vania se encuentra dentro de la categoría de apego evitativo. Para Siegel (1999) estas personas se encuentran atentas a las amenazas y perciben su entorno como agresivo lo que los lleva a no necesitar la presencia de otros para estar bien. En este caso, debido a las experiencias recurrentes de abandono, Vania no se muestra muy abierta a las relaciones con los otros pero, cuando se involucra en una de ellas, repite su tendencia a relacionarse con personas que se encuentran vulnerables y la necesiten, con el fin de no volver a ser abandonada. Sin embargo, mantiene relaciones superficiales que le permitan guardar distancia. Esto nos habla del temor que siente a quedarse sola. Posiblemente, por esta razón, Vania evita involucrarse en conflictos y optar por modos de mostrar inconformidad y/o agredir al otro, que sean más pasivos.

“Si es que las personas sienten la necesidad de estar conmigo, entonces no se van a poder ir y no me voy a sentir sola”.

“Yo suelo escapar mucho de las relaciones (...) yo pienso que pueden llegar a desestabilizarme y eso es lo que no quiero”.

Tasca et al (2011) señalan que las personas con este tipo de apegos, no tienen expectativas positivas de la expresión de sus afectos y la búsqueda de proximidad por lo que tienden a evitar hacerlo. Asimismo, señalan que en estas personas, el mostrarse vulnerables no tiene consecuencias positivas por lo que procuran no mostrarlo. De algún modo, en Vania, el canal que había encontrado para expresarse le permitía permanecer en su zona segura y fuera de peligro. Notamos que en ella, la expresión de sus emociones, sobre todo las positivas, tuvo consecuencias negativas. Desde pequeña, le estuvo prohibido reír, jugar, emocionarse; de lo que aprendió que es preferible evitar mostrar su mundo interno. Esto se refuerza mediante lo planteado por Cassidy (1994) quien señala que las personas con este tipo de apego, tienden a suprimir sus sentimientos negativos y maximizar su distancia con los demás con el fin de protegerse,

evitando enfrentarse con la falta de disponibilidad de los otros. En este sentido, si bien, Vania eventualmente es capaz de poner nombre a sus emociones, estas etiquetas parecen encontrarse vacías. Asimismo, al no esperar buenos resultados de las relaciones, prefiere anticiparse y estar a la defensiva, buscando protegerse y no salir lastimada, evitando ser vista como una persona débil y tratando de estar siempre un paso por delante.

“los cortes, vómitos no implicaban contar con nadie más. Era más sencillo que hablar. Solamente dependía de mí, me decía, en realidad, no tengo que verme débil, ni triste ni mal frente a nadie, soy yo misma contra yo misma”

“Nos golpeaba cuando estaba muy cargado, por ejemplo, él tiene algo con la risa, como que no le gusta que se rían mucho. Entonces un día estábamos riéndonos en el carro con mi hermana muy fuerte; me imagino que le habrá tocado los nervios y, osea, estaba tan nervioso, no sé ya, tan al tope y frenó horrible, se volteó y fue... nos jaló del pelo a las dos y estábamos las dos privadas”

Como se ha mencionado, vemos que, si bien es capaz de narrar eventos negativos de su historia, estos no cuentan con el correlato afectivo correspondiente. Así, las lagunas señaladas previamente, nos hablan de su necesidad de crear una estructura de memoria defensiva con las que evita enfrentarse con contenidos aversivos. Para Fonagy (2003), esta falta de coherencia o distanciamiento emocional se encuentra caracterizada por la desactivación de emociones, lo cual en Vania parece darse. Como hemos mencionado, resulta interesante ver la casi inexistente presencia de recuerdos asociados a momentos gratos. Acerca de este punto, no es difícil intuir que estos casi no existieron lo cual, le genera mucha confusión.

Es posible notar que sus cuidadores no contaron con las condiciones necesarias para proveer a su hija un cuidado adecuado y equilibrar sus respuestas emocionales a partir de la regulación de las suyas propias (Fonagy, 1999).

“Antes le decía cualquier cosa y paraba hecha un manojo de nervios, decirle cualquier cosa, era entrar en un ataque de nervios”.

Del mismo modo, es posible notar, que no fueron capaces de brindarle los recursos que le permitieran explorar y entender las causas de los sucesos. Por ello, si bien intenta atribuir explicaciones a los hechos de su entorno o a los comportamientos de los demás, sus intentos no son satisfactorios, y por el contrario son parciales, incompletos, fragmentados.

Con relación a las explicaciones para su propia conducta tiene mejores resultados pues ha podido determinar que detrás de los motivos aparentes, existen otros motivos que son las que guían su conducta. Sin embargo, no es capaz de explicitarlos.

“Lo que pasa es que yo pienso que soy una persona un poco egoísta y realmente las cosas por las que pienso que son... es decir, hago cosas y los motivos por las que pienso que las hago no son las que realmente son, sino hay detrás motivos más personales, más míos. Por ejemplo no es que no diga las cosas porque no quiera hacer sentir mal sino porque eso me pone a mí en un lugar en el que no quiero estar. Por ejemplo, si no vomito no es porque los quiera hacer sentir bien a ustedes, sino para mí no vomitar me hace seguir preguntándome cosas como para qué estás acá, para qué esto. En lugar de seguir vomitando, o sea como que me hace tener preguntas más autodestructivas que mi muestra de vomitar. Por ejemplo, yo pienso eso, creo que hay motivos más personales por lo que uno hace algo y no por los que realmente los hice pensando en los demás por ejemplo, es un poco lo que me pasa a mí, creo que en ese aspecto he sido un poco más egoísta”.

Continuando en esta línea, de acuerdo a Siegel (1999) las personas con apego evitativo tienen mucha dificultad para identificar emociones en sí mismos y en los otros. Es interesante cómo, a pesar de los contenidos tan fuertes que Vania transmite, la falta de identificación de sus emociones, se encuentra a lo largo de su discurso. Así, puede referirse a las emociones de cólera ó tristeza, de manera indistinta. Al mismo tiempo, es posible notar que ella, rara vez, pone nombres a sus emociones y sus descripciones de cómo se sintió los sucesos de su vida, a pesar de la carga que muchos de ellos tuvieron, no suelen ser muy elaboradas.

Esto no es complejo de entender si consideramos que no contó con la posibilidad de tener a alguien que la ayudara a reconocer emociones en sí misma y en los demás. La respuesta y conexión con ese otro, estuvo limitada. Acerca de este punto, vemos que lo hallado se encuentra acorde a lo planteado por Rodríguez, et al (2007) quienes señalan que, en pacientes con TA, existe dificultad para rotular las emociones y, por ende, para expresarlas y manejarlas adecuadamente. Así vemos que, la capacidad para poner nombre a los afectos o estados emocionales internos es deficiente, lo que genera un inmenso malestar que busca descargarse por medio del propio cuerpo.

En cuanto al contenido y la coherencia de su discurso, es notoria su tendencia a encontrarse fijada en experiencias del pasado que le resultaron ingratas, a las que atribuye, en gran medida, el por qué actualmente es así. Asimismo, su narrativa se encuentra sumamente inundada por la presencia de su padre, enfatizando los hechos que lo involucran en torno a los cuales gira su discurso. En este sentido, estaría violando la

máxima de relevancia. Al mismo tiempo, es posible notar que estaría violando la máxima de cantidad pues, a pesar de que la transcripción es extensa, el contenido, de alguna manera se vuelve repetitivo por lo que, a partir de cierto punto deja de brindar información adicional y, únicamente cambia los términos o el orden en que se presentan, para referirse al mismo contenido (Grice, 1975).

En relación a su funcionamiento reflexivo, pareciera haber en ella un desbalance entre la capacidad para la mentalización sobre sí misma y la de los demás. En relación a sí misma se observa una *dudosa* capacidad para mentalizar. Según Fonagy, Target & Steele (1998) pareciera que nos encontramos frente a una función reflexiva *ingenua/simplista* caracterizada por un entendimiento banal, con un uso excesivo de clichés para referirse a estados mentales y por una normalización de las experiencias negativas.

Si bien puede utilizar el lenguaje en relación a los estados mentales y plantear las situaciones en términos de causa-efecto, no logra brindar suficiente evidencia que permita que su interlocutor tenga la seguridad de que está siendo capaz de pensarlas en términos de estados mentales. Sus palabras podrías confundirse con un discurso aprendido a partir de la experiencia de internamiento. Es difícil saber si las cosas que dice, las dice en serio.

“Pero ahora cuando algo me va mal me da mucho más esperanzas que antes, en cambio antes todo lo veía negativo. En cambio, ahora estoy como entusiasmada, ahora ya aprendí a decir que si ahora me va mal, la próxima, saldrá mejor o bien porque ya sé en qué me he equivocado (...) Siento como si estoy enganchada con algo pero como que empiezo a tener un gusto nuevamente por algo. Porque ya había perdido el gusto a muchas cosas”.

Sin embargo, en relación a la mentalización en relación a otros, parece ser consciente de que las personas podemos tener ciertas limitaciones para entendernos a nosotros mismos y a los otros, considerando que, en algunas ocasiones, la manera de ver el mundo, puede generar una mirada sesgada y parcializada de las cosas.

“O sea en su momento tú crees tener la razón de todo pero realmente es la única posición, eso es más cómodo y más relajado estar en esa zona en donde no solo vez las cosas que son negativas sino vez lo bueno también me imagino que para ello debe ser más fastidioso, tener esa postura de negativo de las cosas”

Del mismo modo, como se observa en los ejemplos siguientes, pareciera ser capaz de atribuir estados mentales a los demás, buscando reconocer las intenciones y las causas de sus conductas, a pesar de lo cual, estas atribuciones no llegan a ser muy elaboradas.

“Yo pienso como que en su momento ha tenido una mala experiencia, nunca había sido víctima de violación pero sí de un acoso sexual quizá de niña y a ella se le ha quedado eso y quizás está como que proyectando un poco eso en nosotras y no quería que nos pase lo mismo que a ella, claro que no nos ha dicho que eso puede ser cierto, pero tanto miedo a eso no puede ser normal”.

“[En referencia a su padre] Pienso que él sabía que era muy controlador, entonces que las cosas se salieran de control, lo enervaba y luego se desquitaba con nosotros. Pero eso explotaba, más que todo.

“La presión creo yo, del trabajo, creo yo, no sabía cómo manejarlo en ese entonces, él no sabía cómo descargarse todos los días. Era, aún conserva el mismo trabajo pero ahora con menor intensidad. Se toma un día, y dice ahora voy a descansar, apaga la computadora. Quizás antes no hacía eso, y le molestaba que hubiera algo que no le gustaba en la casa, no sé, se mezclaba con el trabajo. Como que eran muchas responsabilidades para él y en el trabajo era el único el refugio y esa obsesión por el trabajo tenía sus costos pues y él no sabía cómo descargarlo era como un daño colateral. Quizás eso también como que le daba cosas negativas y que salían esos malos momentos en la casa porque no tenía dónde más explotar”.

Del mismo modo aparenta ser capaz de reconocer el rol de los propios estados mentales en los comportamientos de uno mismo y de los otros y entiende en alguna medida la interdependencia existente entre los estados mentales de las personas y los de su familia.

“Tenía que estar todo en su lugar, tal y como lo dejó y, si no, al inicio, él explotaba, le daba cólera, se molestaba. Osea, si no encontraba las cosas como a él le gustaban, se ponía de mal humor, se ponía de mal humor y el mal humor lo contagiaba a todos”

Finalmente, en cierta medida, se hace evidente que reconoce que el entrevistador carece de conocimiento previo sobre su historia por lo que se muestra interesada, básicamente mediante gestos, en que este otro comprenda lo que ella está intentando decir. Entonces, podemos concluir que quizá el tratamiento ha tenido un efecto positivo en la capacidad de Vania para pensar en las situaciones y darles cierto sentido, sin embargo, éste no le ha permitido aún repararse a sí misma y a sus objetos internos, los cuales permanecen aún desintegrados en su mente.

Para entender a Vania y cómo su TA se ha configurado, es preciso recordar que los síntomas de los mismos, son expresiones directas de procesos emocionales y psicológicos que devienen de los patrones de apego según algunos autores (Ringer & Crittenden, 2007; Zachrisson & Kulbatten, 2006). Entonces, a partir de lo mencionado anteriormente, vemos que las experiencias que no han sido elaboradas y simbolizadas a nivel mental, en Vania, pasaron a trasladarse a un referente concreto y, al mismo tiempo, de reemplazo de su aparato mental: su propio cuerpo. El valerse de este elemento, de alguna forma, le ha permitido lidiar con su entorno, evitando enfrentarse con los

contenidos reales que resultan amenazantes. Acerca de este punto, su lenguaje parece estar dando cuenta de un bebé que no se encuentra diferenciado y es incapaz de discriminar las partes de su propio cuerpo. Éste actúa como un depósito en el cual actúa todos sus contenidos agresivos expresándolos en forma de cortes, cachetadas, golpes, vómitos y purgas entre otros. De algún modo, además, la parte del cuerpo en la que esto se expresara, dejaba de tener importancia. Lo central era experimentarlo en todo su ser. Al respecto, cabe mencionar que, para Rodríguez et al (2007) el cuerpo es, desde los primeros días de vida, el terreno de expresión y conexión con el mundo, constituyendo una herramienta básica para comprender la realidad y, en este contexto, la autoagresión física podría ser entendida, no solo como una transgresión de espacios, sino también, como una interferencia a la continuidad de la existencia.

“Yo sentía cuando me autoagredía, vomitar, cortarme, jalarme los pelos qué se yo este... era lo mismo que yo sentiría si yo hablaba de cómo me sentía”.

“Y bajaba bastante y me sentía más tranquila, vomitaba y wou, o me cortaba y decía wou. Me sentía bien, ver la herida, sentir el dolor, me sentía bien”.

Asimismo, su necesidad de tener el control y no siempre lograrlo con las personas de su entorno, se traslada y desplaza a la comida, sobre la cual si tiene un poder. De acuerdo a Tasca et al (2009), quienes tienen apego evitativo truncan su experiencia emocional y esto podría ser facilitado por su restricción alimentaria. Como se mencionó, los periodos restrictivos en Vania estuvieron marcadamente presentes.

Debido a sus características, no es casual que sus expresiones corporales y la intensificación de sus estados de tristeza, hayan tenido lugar en una etapa en la que Vania se enfrentaba con la necesidad de ir independizándose y empezando a ver por sí misma. Esto parece haber quebrado la estructura que, hasta el momento, se esforzaba por mantener. Al enfrentarse con la culminación de su etapa escolar, se vio perdida y la crisis se hizo más intensa. De algún modo, el encontrarse inserta en ese sistema, provee la sensación de pertenecer a algo y, el estar fuera, implica quedarse en el vacío, en un vacío al que le teme pero en el que, a nivel emocional, se encuentra inmersa. Esto se confirma en lo planteado por Ringer & Crittenden (2007) quienes señalan que los problemas de las personas con TA parecen relacionarse en dificultades para separarse de los padres.

Valery

*Era como si otro yo despertara en mí.
sentía una melodía o algo en mi mente y yo danzaba.
Era otra Valery que renace o despierta,
que simplemente hace lo que en realidad le gusta,
lo que no puede hacer afuera,
y cuando todos ellos están durmiendo,
ella puede ser*

Valery tiene 16 años y vive con sus dos padres. Él es trabajador independiente y su madre, ama de casa. Es hija única. Presenta un cuadro mixto de anorexia y bulimia con el que batalla hace 2 años. Al momento de realizar las entrevistas, llevaba 15 días en internamiento. Había llegado a un estado en el que ya no necesitaba inducirse el vómito pues este, de manera automática, se producía inmediatamente después de que ella ingería algún alimento. Acepta participar de la entrevista de buen ánimo mostrándose dispuesta a responder a todas las preguntas.

De primera impresión sorprende sobremanera su impavidez. Pareciera entumecida por efecto de la medicación, tiene la mirada fija en los ojos de la entrevistadora, la voz robotizada y constante. Cuando relata sus experiencias da la sensación de que nos encontraríamos frente a una máquina programada para dar información.

Lo más resaltante de Valery es que muestra un adormecimiento emocional extremo. Se describe a sí misma como una persona fría, dura que, de acuerdo a lo que relata, se aleja mucho de ser la adolescente que era hace dos años: suave y dócil. Cuenta sus experiencias sin mostrar una mínima cantidad de afecto, siempre con el mismo tono de voz y mirando fijamente a los ojos a la entrevistadora, penetrante, intrusiva. Pareciera incapaz de sentir emoción alguna salvo cierta cólera cuando se expresa en relación a sus figuras parentales. El contenido de su discurso a lo largo de toda la entrevista es meramente descriptivo y se limita a detallar los pormenores de su problema alimenticio y los conflictos con los padres.

No realiza una valoración particular positiva o negativa de sí misma pero sí da cuenta de algunas características particulares en ella. Hace referencia a sí misma en relación a sus vínculos con otros y a las consecuencias que su conducta genera en los demás. Particularmente, resalta su sorpresa y orgullo por haber podido ocultar la enfermedad a sus papás por largo tiempo, su facilidad para mentirles y manipularles y su capacidad para inducir miedo y preocupación en otros.

“Mi papá estaba tan entretenido haciendo el sudoku que yo estaba a su lado y le decía cosas bonitas, mi mamá me servía buena cantidad y yo le decía voy a traer ensaladita, iba y botaba la comida. “¿Está rico no?” Voy a servirme más ensaladita, voy a aumentarme más guisito “Ya, mira como come!” decía mi papá, aunque sea que vea que comía una cucharadita y luego me iba y botaba la comida. Iba disminuyendo la comida y mi papá ni cuenta se daba. Osea, era muy hábil para eso. Las mentiras se me venían a la mente muy fácilmente”.

“Llegó un momento en que mi mamá llegó a pintar toditos los espejos de blanco, porque me miraba todo el tiempo, mi mamá me decía que mi mirada era muy fea, como si mirara a alguien que odiaba. Es que era verdad, yo miraba al espejo y era como si yo misma me odiara. Me miraba, me alzaba el polo y me miraba mi barriga, me tocaba, y me golpeaba. A veces no me daba cuenta y mi mamá estaba ahí. Osea era algo feo.”

De alguna forma desvaloriza y devalúa a sus padres pues, para ella, son personas tontas, manipulables a su antojo, que creen en todo lo que ella les dice y le hacen caso en todo. Esta característica ha sido encontrada comúnmente en pacientes con bulimia (Cate, 2010).

“no se daban cuenta, pensaban que era gastritis porque el año pasado yo estaba muy delgada. Llegué a pesar 35 kilos. Tenía anorexia, pero ellos pensaban que era gastritis y llegó al punto en que yo les llegué a engañar no, y yo también decía, “si eso es gastritis”. Y ellos se la creyeron (...) Ese era como un pretexto para tapar mi enfermedad que era la anorexia. Y como supuestamente me dolía el estómago porque ingerí algún alimento, ya mi cuerpo no toleraba mucho o no me podía exigir tanto, vomitaba”.

“Se puso a llorar mucho y se echó la culpa porque dijo “cómo no se pudo haber dado cuenta de lo que yo tenía o lo que yo hacía a escondidas”. Incluso delante de ella yo la engañaba y ellos ni cuenta. Cada uno hacía sus cosas y yo hacía mis mentiras a vista y ellos no se daban cuenta. Podía engañar fácilmente”.

Asimismo, observamos en ella ciertos rasgos perversos y masoquistas. Ella refiere que el vómito le genera enormes dosis de placer y se rehúsa a ser internada pues cree que el internamiento le va a impedir continuar experimentando esas sensaciones.

“No quería porque sabía que si iba a entrar a un tratamiento, sabía que me iban a estar cuidando y que ya no iba a poder vomitar o ya no iba a poder sentir ese placer, porque las personas como yo que padecemos de bulimia y anorexia nos gusta sentir ese placer, y sabía que ya no iba a vomitar o que iba a comer y ya no podría verme delgada”.

Del mismo modo, además del vómito, las autoagresiones también le generaban un placer intenso y eran muy frecuentes en ella.

“...cuando no vomitaba me sentía mal. Me autoagredía. (...) me golpeaba, cualquier cosa que tenía me la tiraba en la cabeza, o simplemente cogía una correa y me la tiraba en la espalda, me flagelaba se podía decir, me mordía los labios, me mordía las uñas, cogía el cortaúñas y me raspaba las piernas”.

“Y lo que hacía para calmarme era auto agredirme, como para clamar esa sensación, o comer naranjas o limón para quemar grasas así. Exprimía bastante limón y me lo tomaba. Antes de cada comida tomaba limón, en ayunas sobre todo. No me daba cuenta de lo que hacía”.

Además de recurrir a las purgas y a los remedios caseros para no engordar, Valery también realizaba ejercicios extenuantes y se autoagredía cuando mostraba un momento de flaqueza.

“Ejercicios, ponía un cd de 20 canciones y no paraba de hacer abdominales hasta que terminaran toditas las canciones. Así estuviera cansada yo seguía. Y si paraba, me golpeaba, por haber parado de hacer ejercicio. Me castigaba. La dieta de la papaya también, comía mucha papaya, naranja también, manzanas, la dieta del agua también”.

Todos estos comportamientos: la purga, la restricción y las autoagresiones forman parte de una triada de síndromes perversos relacionados con el trauma según Farber, Jackson, Tabin & Bachard (2007). Para estos autores, en estos pacientes subyace una angustia de aniquilamiento que da cuenta de que las funciones yoicas de anticipación del peligro y la angustia señal están dañadas. Por ello estos pacientes sufren de intrusiones en sus estados de conciencia que resultan en disociaciones que afectan la capacidad autoregulatoria del sujeto y llevan a las autolesiones. Estas serían, entonces, resultado de un intento del paciente por regular sus estados afectivos dolorosos producto del recuerdo del trauma. Al igual que el atracón y la purga, la autolesión sirve al propósito de liberar tensiones, diferenciar y definir los límites internos y externos, reactivar a nivel presimbólico el trauma y expresar la emoción al mismo nivel (Farber 1997, 2000). Así, se podría decir que Valery encaja dentro de estos supuestos teóricos. En relación a los estados disociativos, Valery hace referencia constante a una voz que la insulta y le ordena que vomite. No reconoce la voz como propia pero sí reconoce que la voz es de una mujer. También reconoce que sentía satisfacción y placer al acatar la orden de esta mujer de vomitar. Pareciera como si la voz representara su lado más oscuro y perverso, pero que tiene que colocar fuera de sí para poder tolerarlo.

“...me sentía bien, me gustaba, al principio tenía miedo, al principio cuando empecé con la anorexia bajando de peso, tenía miedo a ingerir calorías porque me daba miedo engordar. Me daba miedo comer chocolates, tomar gaseosa, pero cuando escuché eso de introducirte el dedo y vomitar lo intenté no, y me daba miedo. Peor cuando veía que sí, si podía eliminar comidas lo hacía así seguido y ya le perdí ese temor (...) y cuando no vomitaba me sentía mal, es como un remordimiento, es como una vocecita que por dentro te juzga y te dice por qué no vomitas, que te insulta o que te atrapa, entonces yo me introducía el dedo, vomitaba y al vomitar sentía como un placer... como una satisfacción y ya estaba, como que estaba complaciendo a esa voz que por dentro me insultaba.”

En relación al trauma que mencionan los autores, es importante señalar que las entrevistas están teñidas de experiencias peculiares y traumáticas con la familia de su padre que, según ella, han tenido mucha influencia en su personalidad actual. Sus abuelos paternos constantemente la insultaban a ella y a su madre. Les mostraban

desprecio e indiferencia e incluso alguna vez llegaron a golpearlas. La madre de Valery no le decía nada a su esposo y, por tanto, él no buscaba remediar la situación tampoco.

“tenía muchos problemas de pequeña por parte de los papás de mi papá. Ellos desde pequeña siempre han sido muy indiferentes conmigo. Osea mis abuelos, siempre han sido indiferentes conmigo, no sé por qué, ellos sentían rechazo hacia mí. Hasta ahora no sé por qué”

“...mi mamá callaba. Una vez el papá de mi papá la agredió, le clavó sus uñas y mi mamá eso se lo guardó. Una vez que se peleó con mi papá se lo dijo, que eran demasiados secretos, que ya mucho se estaba aguantando. Ella no le contaba mucho a mi papá, y yo tampoco.”

Se trata de una adolescente que desde pequeña percibió el rechazo, primero de sus abuelos, luego de sus padres.

En relación a su madre, recuerda que la golpeaba constantemente sin una razón en particular. Ella refiere haber sido una niña muy tranquila, sumisa y poco espontánea pues tuvo tras ella la sombra de la atenta mirada de su madre, la cual le infundía un profundo temor.

“Me acuerdo que me pegaba, me pegaba mucho y yo me arrodillaba para que no me pegara. Era muy autoritaria”.

“Le tenía miedo cuando abrí sus ojos o yo hacía algo o cogía algo, o a veces cuando yo era pequeña y me metía o abría la boca me decía “qué te he dicho” abría sus ojos y me ponía nerviosa. Más que todo sus ojos”.

Refiere que el cariño que le demostraba era escaso y que era difícil mantener una relación con ella porque la restringía mucho, ejercía mucha presión sobre ella y excesivo control.

“Osea me demostraba cariño, pero no podía contarle cosas. Cuando le contaba cosas sentía más presión de ella hacia mí. Si le contaba que alguien habló o dijo algo, como que ella ya no me daba permisos. Si algún chico, le contaba, ella estaba más pendiente de mí. No le tenía confianza”.

Según relata, las dificultades con su madre, se ven intensificadas con su entrada a la adolescencia y versan siempre en torno a su rebeldía ante el excesivo control. Sentía una necesidad de tomar decisiones por sí misma, de tener mayor libertad, de sublevarse del control materno, sobre todo porque buscaba investirla de feminidad y sexualidad, aspectos que Valery rechazaba y no deseaba.

“...como fui creciendo me puse más rebelde y algunas cosas yo le decía a mi mamá lo que ya no me gustaba y mi mamá chocaba conmigo, como siempre tuvo ese mando de decidir por mí, a veces me decía, “por qué si antes yo decidía por ti, por qué ahora no puedo hacerlo”, eso me daba a entender. Yo le decía, no quiero eso, quiero otra cosa, no siempre vas a decidir por mí. Siempre llegábamos a un confronte.”

“A los 14... Pero todo...yo me acuerdo que de pequeña cuando tenía 6, 7 años, mi mamá me compraba ropa muy ajustada y a mí se me salían los rollitos. A mí no me gustaba usar

ropa muy ajustada porque yo me veía mal desde pequeña. En ese tiempo no sabía que era anorexia qué era bulimia, y yo renegaba a veces, de por qué..., ¿por qué se me sale eso? (...) y así ya cuando mi cuerpo se iba formando más, mi mamá igual me compraba ropa ajustada. A mí no me gustaba, me daba vergüenza porque decían “tu hija es bien piernona, bien caderona, bien rabona” y no me gustaba que me dijeran eso, me daba cólera que digan eso de mí. “es cachetona”. Ya los pensamientos estaban de alguna forma en mi mente pero aún no practicaba eso de hacer dietas o introducirme el dedo. Eso empezó en la adolescencia”

Aun cuando manifestaba su incomodidad a su madre, ésta no lo tomaba en cuenta, con lo cual esta sensación de fastidio y la cólera de Valery iban en aumento.

“Le decía que no me compre los jeans muy ajustados pero ella no me hacía caso. Me decía “ay pero, como vas a estar usando suelto, se ve feo”...así me decía. Siempre le ha gustado que use ropas ajustadas y apretadas porque supuestamente una señorita usa así”.

“A veces mi mamá no estaba de acuerdo con lo que me ponía, poleras, pantalones sueltos, buzos. Me comparaba. Me decía, “por qué no usas pelo suelto, como tus amigas por qué no te delineas los ojos para salir”. Yo le decía porque no me gusta. Entonces chocábamos las dos. Peor yo no me pintaba, no me soltaba el cabello, no me ponía jeans, me ponía mis pantalones sueltos, mis poleras y mi casaca. No lo hacía por darle la contra, sino porque era lo que me hacía sentir bien, como siempre decidía por mi, quería decidir sola.”

Como observamos, se trata de una madre intrusiva, que proyecta sus propios deseos en Valery y es incapaz de sintonizar y reconocer los suyos. Estos aspectos han sido trabajados por Bruch (1973) quien describe que cuando la madre es incapaz de diferenciar sus propias necesidades de las de su bebé, tenderá a ser inconsistente en sus respuestas hacia él y contribuirá a la psicopatología de la niña, negándole la oportunidad de aprender a discriminar sus propias sensaciones corporales e internas.

Por otro lado, en torno a la relación con su padre, Valery refiere que en su infancia se sentía mucho más cercana a él y que solía esperar con ilusión el momento en que llegara de trabajar.

“mi mamá me cuidaba, a mi papá lo veía cuando venía de trabajar. Yo esperaba a que llegara. Cuando él estaba trabajando salíamos con mi mamá a comprar si él estaba abajo esperándonos yo corría “papá” gritaba y lo esperaba con los brazos abiertos y él me cargaba. Eso recuerdo. Cuando de chiquita me daba gripe y él ponía su boca en mi nariz y exhalaba, como no podía sacarme los mocos, él me sacaba con su boca y me hacía reír. Yo le decía, eso es asqueroso y él me decía, no, tú eres mi hija.”

Sin embargo, al entrar en la adolescencia y poder ser más consciente y comprender la situación real entre su familia y sus abuelos comenzó a gestarse cólera y rencor hacia sus padres y sus abuelos, pero en especial a su padre pues tenía gestos y conductas muy similares a las de su abuelo y a pesar de saber que ello le incomodaba, continuaba comportándose de la misma manera.

“es sobreprotector, duro, duro de corazón... orgulloso...soberbio”.

“A mi me daba miedo su papa”, yo le tenía miedo a su papá por todo lo que me decía, yo se lo dije a mi papá, antes de estar aquí pero él seguía actuando de esa forma, sus gestos, su mirada, su carácter, y me pidió disculpas”.

El discurso de Valery en relación a sus figuras parentales y a sus familiares se encuentra teñido de mucha cólera. Esta es la única emoción que expresa a lo largo de la entrevista y las situaciones a las que se refiere son las únicas que la desencadenan. Ésta cólera y rencor hacia sus padres también es desplazada a otros contextos y personas ajenas a su situación familiar, generando situaciones incómodas y tensas. Comenta que estos rechazos por parte de sus abuelos la han vuelto una persona muy franca, muy dura, muy fuerte, pero al mismo tiempo muy agresiva.

“si... reproché a mi papá porque muchas veces las reacciones de él son iguales a las de su papá y a veces cuando él reaccionaba así como su papá y me amargaba. Hasta cólera le llegué a tener y si, si le reproché eso. Él se sentía mal y sentía culpa por eso porque él sabía que yo tenía miedo cuando él actuaba así, peor él seguía actuando”.

“Y lo que me han hecho de una forma se las hago a otros o también de alguna forma quiero desquitarme o sacar todo lo que llevo, descargarlo haciéndoselo a otras personas, o diciendo palabras a quien esté. Me quería desquitar y les decía cosas”.

“Pero si vinieran a pedir perdón no justificaría todo lo que han hecho. Me han ofendido mucho desde pequeña, desde chiquita. Cuando yo pasaba por ahí me decían “ojalá te vayas algún día de mi casa, eres una malnacida, hija de mil cosas, me escupían y yo era una niña indefensa”. No sabía por qué. A mi mamá también la insultaban. Mi papá también se dio cuenta. Él estaba cegado, pero luego se dio cuenta y por eso decidimos mudarnos de donde vivíamos.”

“A veces renegaba con mis tías, ellas me decía “en algún momento tienes que perdonar Valery” yo decía, pero por qué si ellos no me pueden obligar a hacer algo que no quiero”.

Se observa una representación de las figuras parentales escindida y fragmentada, denotando una estructura psíquica primitiva aún. Por ejemplo, en torno a su madre, por un lado la describe como una persona buena y bondadosa y, por otro, recuerda que la golpeaba constantemente. Da la impresión de que su primera descripción es un cliché.

“Mi mamá es humilde, es bien humilde y bien buena, bondadosa. Da sin esperar algo a cambio. Siempre ha sido así”.

“Me acuerdo que me pegaba, me pegaba mucho y yo me arrodillaba para que no me pegara. Era muy autoritaria”.

Genera la sensación de que su madre estuviera desplazando en ella la cólera que sentía hacia sus suegros que tanto las desdeñaban a ambas. Es curioso cómo Valery no se da cuenta, pero ella también implementa dicho mecanismo en su relación con otras personas. Ella también utiliza el desplazamiento como mecanismo de defensa, depositando la cólera en otras personas y no necesariamente en su madre.

“no no creo porque siempre que ella decía que todo lo que le pasaba ella no se desquitaba con nadie. Ella se lo guardaba también”.

Se observa, entonces, que la entrevista está plagada de recuerdos traumáticos y cargados de afecto frente a los padres y que su discurso constantemente retorna a dichas situaciones que vuelve a vivir cuando las cuenta. Según Hesse (2008) esta sobre activación emocional y la rapidez de acceso a los recuerdos dolorosos es característica de personas con apegos preocupados. Como se mencionara anteriormente, pareciera que Valery se encontraba entumecida por efectos de la medicación, por ello resultaba difícil decodificar las emociones asociadas a su discurso, salvo cuando mencionaba las dificultades con su abuelo paterno. Sus ojos demostraban ira y furia. Su tono de voz era monótono, pero con inflexiones al mencionar experiencias tempranas difíciles. Es evidente que en su discurso ella siempre se describe y se coloca en relación a otros. Viola en alguna medida la máxima de cantidad y de modo al parcializar su discurso hacia la cólera que siente hacia sus figuras parentales. Por ello, pareciera encajar dentro del prototipo de apego preocupado.

Respecto a la posibilidad de atribuir estados mentales a otros y a sí misma, se podría decir que Valery pertenece a la categoría de función reflexiva *ingenua/simplista*, una categoría común de escasa función reflexiva (Fonagy, Target & Steele, 1998). Esta se caracteriza por una representación del estado mental del otro unidimensional, carente de complejidad, parcial, escindida, en que los cuidadores son totalmente buenos o totalmente malos. Los pasajes son descriptivos, simples y superficiales. Si bien Valery puede utilizar el lenguaje de los estados mentales, no hay evidencia de conciencia de los mismos. Así, aunque es capaz de emplear este lenguaje, resulta complicado dar cuenta de si estas situaciones son realmente reflexivas o una solución de compromiso. Tampoco refleja una sensibilidad o un insight particular.

“si, es que he visto...yo creo que...con tantas cosas así fuertes que he visto de chiquita o que he ido escuchando he ido recibiendo...eso como que me ha vuelto un poco así, un poco tiesa y como que me han marcado de una forma.”

“me afectaba mucho, no sé si será bueno pero me ha ayudado a que ahora no sea tan débil. Creo que me enseñó algo que no es tan bueno, a ser dura, a no querer perdonar tan fácilmente. A no ser la misma chica que antes era, que si le decían algo, yo estaba ahí ayudando, consolando no... me volví así fría, dura, me decían algo y yo “ya pues, si te pasó eso te pasó” o si te hicieron algo, “ya pues, te lo hicieron, haz lo mismo”.

“A veces ellos necesitaban de mí, y como yo estaba tan cerrada en mi mundo no les hacía caso o les decía cosas muy fuertes. Uno de ellos me decía, “mi mamá es así” yo les decía “de tal palo tal astilla”, cosas así sin pensarlas, simplemente porque tenía mucha cólera.

Del mismo modo, se observan algunas respuestas desintegradas que parecieran apuntar a una dificultad para organizar la información y dar una respuesta coherente sobre el estado mental:

“Extraño a mis papás pero hay algo que no entiendo. Porque no pienso mucho en ellos, o sea, no los recuerdo constantemente, los extraño cuando... cuando... cuando estoy así...cuando hablo con alguien o cuando me los mencionan...si no, no. Eso es lo que no entiendo”.

Podemos decir entonces, que nos encontramos con una persona que tiene dificultades en su regulación emocional y que en ella el estilo de apego ha moldeado un estilo agresivo de relación con el entorno, una visión parcial de sus figuras parentales, del mundo y las relaciones con otros y una pobre función reflexiva que le impide dar explicaciones integradas de su propia conducta y la de los demás.

En resumen, pareciera que en Valery el trastorno alimentario se ha configurado como un dispositivo potente, junto con las autolesiones muy presentes en ella, para lidiar con estados disociativos perturbadores que bordean lo psicótico ante la angustia de aniquilación. Esta angustia proviene del excesivo rechazo y los montos tan fuertes de agresión a los que ha sido expuesta. En dicho sentido, cada vez que el recuerdo de lo traumático se asoma, la sobrecarga afectiva es excesivamente grande y entonces, el vómito y la autolesión se vuelven los únicos mecanismos que le permiten lidiar con ella (Farber et al, 2007).

Karina

*Y yo consumida en mi enfermedad
debajo de la mesa no ayudaba
por eso me apartaba de mi papá
"ya sé papá, no sirvo para nada"
Para mí era mi lugar seguro,
era mi mundito aparte.*

Karina tiene 25 años y vive en la ciudad de Chiclayo. Terminó sus estudios en Contabilidad pero aún tiene pendiente titularse. Es la cuarta de cinco hermanas y tiene un hermano menor. Hace ya 9 años, ha sido diagnosticada con bulimia y anorexia y, por ello, en el 2008 fue internada alrededor de seis meses. Sin embargo, en aquella oportunidad, abandonó el centro por voluntad propia pues consideraba que no era necesario permanecer ahí. Tiempo después, debido a un pedido explícito de sus padres, se encuentra nuevamente internada. Menciona que aprovechará al máximo esta oportunidad pues sus padres han hecho énfasis en que es la última con la que cuenta y ella quiere estar mejor. A pesar de las dificultades que la enfermedad le ha traído, reporta que también le ha permitido aprender lecciones, ayudándola a resignificar diferentes episodios de su vida.

En cuanto a su aspecto físico, luce delgada, con el cabello largo y de tonalidad clara y rojiza. Llevaba un jean celeste y una chompa fucsia que, aparentemente debido al uso que le ha dado, se ha descolorido. Llama la atención, que esta parece quedarle grande lo que se evidencia en las mangas que sobrepasan sus dedos. Luego de conocer su historia fue curioso notar la forma en la cual, así como la ropa, las demandas que sentía que le eran impuestas "le quedaron muy grandes". Al respecto, resulta interesante señalar cómo percibe que, al ir haciéndose pequeña físicamente, fue logrando que le den atención.

"Yo empecé de una forma y después empecé a empequeñecerme tanto y tanto que no sabías cómo terminaba, demasiado pequeña, que era el centro de atención ya, era el centro de atención de la universidad"

De otro lado, se muestra cálida, interesada en poder aportar y colaborar, contando su experiencia, al tratamiento y la prevención de los trastornos alimenticios que tanto sufrimiento le han generado. A pesar de lo complejo de sus contenidos, su trato es agradable, lo que genera la sensación de que los minutos transcurren rápidamente y quedan cortos para todo lo que tiene que contar. Así, escucharla fue sentido como una actividad placentera y el percibir sus deseos de mejorar, fue bastante grato. Como si, por

medio de su historia lograra transmitir, sin tener intención explícita, una lección de vida y lograra que su interlocutor se involucre con ella.

Asimismo, aunque sus respuestas podrían ser aprendidas y resultado del tratamiento que viene recibiendo, deja la sensación de haber sido transparente y sincera al mostrar su mundo interno, haciéndose notorio que nos encontramos hablando de un discurso cargado de mucha intensidad, claramente afectado por las emociones que acompañaron los acontecimientos. Como si éstas, a pesar de haberse dado en el pasado, estuvieran siendo experimentadas en el aquí y el ahora. Esto se acentúa si consideramos que, a pesar de estar describiendo experiencias de su pasado, en varios fragmentos, habla en presente.

Con el fin de entender su cuadro, es fundamental mencionar que, desde pequeña, se encontró inmersa en un entorno de muchas carencias, tanto a nivel emocional como económico. La violencia vivida en su hogar fue permanente e intensa y, en contexto, los engaños y el aparentar delante de los demás con el fin de dar una buena imagen, representaron elementos centrales. A partir de ello, vemos que los cuidadores no estuvieron atentos a las cosas realmente importantes y profundas.

En cuanto a sus características particulares, Karina viene trabajando en la percepción que tiene de sí misma. Como si estuviera avanzando en el descubrimiento de su esencia que, hasta hace un tiempo, no había podido encontrar. Da la sensación de que, al mirar para atrás, no se lograra identificar con quien había estado funcionando en el medio.

“Ahora siento que tengo las cosas más claras, más todo ese ambiente que me rodeó (...) era muy tímida, muy contraída, me guardaba las emociones, menos el llanto, el llanto sí no lo ocultaba”.

A lo largo de su historia, la presencia de conductas infantiles así como su ubicación en un rol pasivo a las señales de su entorno, no han sido eventuales. Al mismo tiempo, su temor a crecer y la importancia que ha tenido para ella el sentirse protegida son elementos centrales. Estas características parecen sumarse a su tendencia a creer que las únicas demandas válidas son las suyas, dejando de tomar en cuenta las del otro.

“Solamente yo esperaba y no hacía nada. Como si fuera una niña... Que trabaje mi papá, que me esté educando, que me esté cuidando, que me de todo... Pero, supuestamente, yo era una adulta, supuestamente yo estaba en la universidad”.

Asimismo, es una persona sumamente exigente y crítica consigo misma. A raíz de estos rasgos, ha ido imponiéndose demandas bastante elevadas, como por ejemplo, la de ser la “salvadora de su familia”. Esto se da como parte de una historia en la que sus hermanas han sido denigradas por no haber formado una familia convencional y no haberse logrado profesionalmente. Por ello, Karina era la hija modelo, que tenía que romper con la tradición de sus hermanas. Es interesante notar que, por un tiempo, aunque el rol que había asumido le generaba angustia, también aportaba a su sentimiento de ser única y especial.

“Lo que recuerdo es que la gente de mi pueblo decía: ella también seguramente va a defraudar su papá, va meter la pata, va salir embarazada, va dejar de estudiar... Entonces yo misma me creé esa meta: que no hablaran de mí, Toda esa carga que sentía, yo solita la traslade a mi...”

“Yo no podía, no toleraba sacarme un 14 ó un 15. Era muy exigente conmigo misma... Me sentía presionada que yo tenía que ser la mejor, y mis notas eran altas 20, 18, 19 y cuando sacaba un 14 o un 15 lloraba”.

Otro rasgo saltante en ella, es su tendencia a la victimización y a la incursión en actitudes masoquistas. Por ello, parece haber ido encontrando justificaciones para ubicarse en la posición de víctima, estableciendo comparaciones en las que se situaba en desventaja y/o a experimentaba dolor. En líneas generales, básicamente por hechos reales pero también por la posición en la que buscaba situarse, los afectos predominantes en ella son negativos: tristeza, frustración, rabia, envidia.

“Buscaba sentirme como siempre no un motivo porque preocuparme, un motivo porque también yo victimizarme, porque a mí me tienen que contar sus problemas, porque mi mamá tiene que repetirme eso siempre”.

“Mi papá la dejaba, si ella quería tomar un taller de danzas, mi papá la dejaba, en cambio cuando yo le pedía la oportunidad, mi papá no, me dijo no, vas a perder el tiempo me dijo vas a bajar tus notas y cómo que yo me sentía frustrada”.

Esto viene siendo trabajado en su tratamiento y, en la actualidad, es capaz de señalar momentos de calma y alegría.

En cuanto a los vínculos establecidos con las personas que la rodeaban, podemos decir que han sido complejos y confusos, encontrándose marcados, en gran medida, por temor a ser abandonada, traicionada o reemplazada por otra persona que podría ocupar su lugar. Pareciera que las personas de su entorno condicionaran su amor hacia ella a partir de sus logros lo cual la angustia mucho. En este sentido, nos encontramos hablando

de una persona con una intensa angustia de separación, en la que sus temores al abandono la hacen ser muy sensible a la crítica social y a estar pendiente de otras personas para ganar aceptación. Esto genera en ella una dependencia interpersonal que la hace más vulnerable a la insatisfacción corporal y al desarrollo de TA y configura un estilo de relación defensivo con otras personas (Bornstein, 2008; Cate, 2010; Sharpe et al. 2008).

De manera más específica, en cuanto a su padre podemos señalar que es una figura por quien, hasta el día de hoy, siente una profunda admiración y respeto, a pesar de los errores que ha cometido. Su estatus y el reconocimiento como docente que tiene en su pueblo, han sido elementos que han tenido mucha influencia en el desarrollo de la historia de Karina. Por un lado, la han llevado a sentir un inmenso orgullo y le han brindado ciertos beneficios como lo que se le adjudicaba por ser hija de quien era, brindándole señales que la llevaban a sentir que se encontraba por encima de los demás.

Sin embargo, por otro lado, han funcionado como elementos estresores que le han demandado ser capaz de responder, de manera correcta a lo que sentía que debía hacer, incluso postergando sus verdaderos deseos. El perder el amor de su padre, el que la “cambie” por otra y el temor a decepcionarlo han sido constantes. Al respecto, podríamos pensar que este modo de vincularse se ha repetido en sus relaciones de pareja y, de alguna forma, los errores de su padre la mantienen alerta con el fin de evitar representar el rol de su madre.

“Yo misma me creaba eso que yo era la hija de un profesor y como hija del profesor todas me tenían respeto”

“Que me vaya a dejar a mí. Mi amiga quería conocerlo pero yo no quería presentárselo porque sentía celos, sentía celos, desconfianza de él por ser hombre, de que me vaya a engañar, de que me vaya a dejar”.

Asimismo, resulta curioso cómo, además de otras personas, su padre llegó a usar de manera instrumental a su hija. El contar con ella, le permitía alardear frente a sus amigos, aparentar orgullo delante de las personas. Karina sentía que el ser buena en lo que hacía, le permitía ser vista, hacerse acreedora a una mirada cariñosa, por lo que permanentemente se esmeraba por ser la mejor. Sabía que, a puertas cerradas, la realidad era otra pues no recibía un trato adecuado por parte de él. A pesar de ello, esto parece no haber importado pues, al menos en esos momentos frente a los demás, pudo sentirse querida y admirada. Como se puede observar, la fuente de seguridad y valor de

Karina, era su relación con el padre. Él es quien le proporcionaba un sentido de valía, reforzaba su narcisismo y acentuaba su dependencia con él.

“Me ponía de ejemplo y eso por ratos me hacía sentir ante mis hermanos como diferente”.

Vemos que no fue capaz de verla y simplemente se esforzaba por continuar contribuyendo a su desarrollo, ocultando bastante bien que sus verdaderas intenciones estaban relacionadas a tener “algo” con qué sentirse más admirado, como si fuera un trofeo, su trofeo, un objeto que exhibir, exponiéndola a la mirada de los demás. Ella, de forma silenciosa e, incluso con agrado, fue interiorizando el rol que se le impuso, todo con el fin de ganar reconocimiento. Esta era su forma de asegurarse que no perdería el amor de su padre y que nadie se lo robaría, lo que tanto le aterraba. Por ello, buscó siempre estar por encima de los demás, en el imaginario de su padre.

“Llegaban, se reunían y me llamaba y [su papá] decía que yo era la más cerebrita de las hijas, que las demás no sabían (...) Yo misma me hacía sentir así y ante los ojos de los profesores también me hacía sentir especial (...) pero también había sus contras ya que, ya que no podía... no podía hacer lo que yo en verdad quería porque mis hermanos tenían la opción de hacer lo que ellos quieren y yo no. Eso, para no defraudar, así me sentía en mi infancia”

“Me ponía de ejemplo y eso si por ratos me hacía sentir ante mis hermanos como diferente, porque yo misma me exigía, yo misma me hacía sentir así y ante los ojos de los profesores me hacía sentir especial, y me sentía halagada también que sea la hija que ante los ojos de mi papá sea así...”

En cuanto a su madre, Karina reconoce que su relación con ella es ambivalente, señalando que los afectos hacia ella fueron saltando del amor al odio y viceversa, haciéndose evidente la necesidad de separarse y la mezcla entre frustración y agrado que le generaba el no poder hacerlo, lo cual nos posibilita pensar que nos encontramos hablando de un vínculo simbiótico, fusionado, en el que los límites y los roles no estaban claramente marcados.

Esto generaba que, incluso por momentos, se sintiera gratificada al ver que ella estaba sufriendo y, al mismo tiempo, nos hace pensar que, de alguna forma ese dolor estaba siendo experimentado por Karina, como si existiera mucho rencor, como si los mensajes hostiles y descalificadores, se hubiesen encontrado dirigidos no solo hacia su progenitora, también hacia sí misma. Al respecto, para Cardó (2006) en las hijas mujeres, el haber sido vistas como extensiones o, simplemente, no haber sido vistas genera cuestiones patógenas como en el caso de Karina. Sin embargo, cuando la separación de

la madre se da en condiciones adecuadas, este se convierte en un fenómeno constructivo y estructurante, donde el odio y la envidia tienen un rol, pero no es el único ni el principal.

“He agredido a mi mamá verbalmente, menospreciarla, que cállate, que esta no es tu casa, que esta no es tu plata”.

“Mi mamá se pone en plan de víctima. Se llegaba a situaciones de golpe, se llegaba hasta la agresión (...) y mi mamá se iba donde la amante y yo decía, dentro de mí decía, está bien que mi papá le pegue (...) para qué se mete con un varón”.

“Era toda una contradicción. Yo decía que ya no quería a mi mamá pero no podía separarme de ella. Era apegada a mi mamá, no me veía la vida sin ella, necesitaba también sa dosis de malestar para sentirme bien”.

Karina se reconoce en muchas de las características de su progenitora que no tolera y rechaza de sí misma, colocándose en posición de víctima y buscando tener siempre excusas para sufrir. En dicho sentido podemos hablar de una defensa narcisista (Waller, Sines, Meyer, Foster & Skelton, 2007).

Es interesante notar, también, que su madre no fue capaz de dosificar la información y ciertos contenidos que le fue transmitiendo, asumiendo que ella, pequeña, inmadura, debía poder hacer algo con ellos. Como si en este caso, se hubiera dado una inversión de roles, como si la función de recibir contenidos, digerirlos para, luego, devolverlos, hubiera sido trasladada de la madre a su hija, mostrando la primera, pocos recursos para regular sus emociones. Ella se vio obligada a experimentar, en sí misma, lo que su mamá no se permitía sentir y, con su padre, establecieron una relación en la que el rol de hija y el de esposa no eran claros.

“Para qué se mete así de boca a boca con mi papá, con un varón, y todavía sacar cosas que ya pasaron, cosas que ya sabía, osea yo no tenía por qué saber cosas que mi papá había sido infiel. Por qué a mí tienen que contarme sus problemas, por qué mi mamá tiene que repetirme eso siempre”

“A mi papá también muchas veces le tuve bastante cólera (...) Venían alumnas, como él es profesor, venían alumnas a enseñarle, yo sentía que eran muy coquetas con mi papá, era muy celosa con mi papá (...) yo tenía cólera y me acuerdo que una vez llegó una chica, entonces mi papá se ofreció a llevarla hasta el puente (...) “Papá no te vayas, papá no te vayas” y se la llevó. Me dio bastante cólera porque no me entendió, a la chica le tuve bastante cólera, no la quise ver más en mi casa (...) incluso el chico volvía a mi casa y mi papá se molestaba porque yo salía y le veía con la cara de molesto pero él me decía “no me hiciste caso un día”, podríamos decir que era un tipo de venganza”

Con respecto a sus hermanas, vemos que, en cierta medida, se fueron haciendo evidentes montos de envidia elevados hacia ella, quien asumía siempre la posición de

víctima y luchaba en contra de ellas por el amor de sus progenitores, especialmente de su padre. Como si no le fuera posible entender que se puede querer a más de una persona, como si todo hubiera tenido que estar dirigido hacia ella. Así, se configura nuevamente una defensa narcisista en que, para poder preservar su sentido de autovalía, debía colocarse en el rol de víctima y ver a los demás como personas que no la comprendían (Waller et al, 2007). Tenía mucha dificultad para entender por qué ellas, a pesar de sus errores, podían vivir tranquilas y recibieron cosas que a ella le fueron negadas.

“(…) verlas a mis hermanas comer, disfrutar no poder disfrutar me llenaba de cólera a mí misma (…)”

“Mi papá la dejaba, si ella quería tomar un taller de danzas, mi papá la dejaba, en cambio cuando yo le pedía la oportunidad, mi papá no, me dijo no, vas a perder el tiempo me dijo vas a bajar tus notas y cómo que yo me sentía frustrada. Me sentía molesta. Con quien más celos he tenido ha sido con mi hermana la mayor. También, revisando las fotos veía que a ella le habían celebrado su primera fiesta, primer añito había tenido pero, a mí no, me comparaba”

A partir de lo señalado, podemos apreciar que Karina se estaría ubicando en un tipo de apego preocupado y con el fin de entenderla mejor, es sumamente importante recordar que, desde su niñez, se ha encontrado inmersa en un entorno de extrema violencia. Las personas con este tipo de apego, se caracterizan por tener habilidades regulatorias pobres. Acera de este punto, es importante notar que una buena relación entre el niño y su cuidador, permite que la regulación de afectos actúe de forma adecuada en los intercambios vinculares (Bilbao, 2011). En el caso de Karina, su madre la expuso permanentemente a sus contenidos fuertemente cargados de emociones negativas, los que no fue capaz de manejar, contribuyendo así a un limitado desarrollo de sus funciones regulatorias.

“Yo no tenía nada que ver en sus problemas de amor, era una relación de pareja, yo decía por qué tiene que contármelo”

Del mismo modo, si bien es capaz de identificar e, incluso, poner nombre, a sus afectos negativos, esta percepción suele ser exagerada. Acerca de este punto, previamente ha sido mencionada la forma en que, mediante la entonación que hace de su narrativa, se pueda percibir el matiz negativo con el que viene evaluando el mundo. Haciendo una evaluación global del discurso acerca de su historia, vemos que en ella se configuran básicamente recuerdos dolorosos relacionados a sus cuidadores, lo que representa una característica fundamental de este tipo de apego (Mikulincer, et al, 2009).

No se muestra capaz de encontrar elementos positivos en los diferentes momentos de su vida y siempre se sitúa en posición de desventaja, manifestando ser siempre atacada.

“Estaba yo totalmente desequilibrada, totalmente dispersa, me peleaba con todo el mundo, me sentía molesta, estaba molesta. Ah ya, me pegó pues”.

Bartholomew & Horowitz (1991) señalan que las personas con apego preocupado se encuentran hipervigilantes en relación a las pérdidas. Del mismo modo, cuentan con un estilo de vincularse caracterizado por mucha intensidad en las relaciones que establecen y buscan contrarrestar el temor al abandono, buscando una proximidad excesiva con los otros y demandando, de ellos, demostraciones de afecto, soporte y cuidado. Como hemos podido observar, el temor al abandono y a ser reemplazada por otra persona, ha venido tiñendo sus experiencias e influyendo en sus acciones y en las decisiones que tomaba. Incluso, se vio obligada a postergar sus necesidades, con el fin de complacer las de las personas de su entorno.

Aparentemente, este es un tema que viene mejorando, debido al trabajo en estos aspectos en el tratamiento que está recibiendo. En esta línea, vemos que se ha mantenido alerta ante la posibilidad de perder a alguien o ver que su espacio pudiera haber sido ocupado por otra persona. De aquí, es posible comprender que se haya encontrado tan atenta a lo que las personas de su entorno han recibido. Asimismo, al encontrarse tan necesitada de demostraciones de afecto aparentemente, las que pudo haber recibido le fueron insuficientes.

Por otro lado, en cuanto a la narrativa de su historia, para Main y Goldwyn, (1998) las personas clasificadas con apegos preocupados, narran de manera poco objetiva y cargada de mucha rabia, dando la impresión de que las experiencias pasadas están siendo vivenciadas por ellos en el presente. En esta línea, el relato de Karina se encuentra sumamente cargado de emociones negativas y prima la presencia de la rabia. Asimismo, como se señaló previamente, muchos de los sucesos de su vida, se encuentran siendo narrados en tiempo presente.

En otra línea, los autores señalan que las personas ubicadas en este tipo de apego, oscilan entre evaluaciones positivas y negativas sin llegar a ser conscientes de la contradicción. En este caso, si bien vemos en Karina la tendencia a calificar los sucesos de forma negativa, vemos que a pesar de lo negligentes que pudo percibir a sus figuras de apego, la evaluación que hace de las mismas, fluctúa entre ambos polos, lo cual

podría ser un intento, por parte suya, de lograr desarrollar una visión integrada de los mismos, repararlos, quizá como producto del tratamiento. Se aprecia que así como se hacen merecedores de afectos positivos, también fueron depósito de grandes rencores.

“Le cogí cierto recelo (...) pero lo quería mucho por otra parte”.

En cuanto al contenido y la coherencia de su discurso, Karina a pesar de encontrarse trabajando en ello, aún evidencia elevados niveles de rabia y frustración cuando hace referencia a sus padres. La información que comunica parece ser innecesariamente extensa pues, tiende a alejarse del punto central, perdiéndose en detalles excesivos y redundando en las palabras. Ello estaría dando cuenta de la violación de la máxima de forma. A pesar de que el discurso parece ser extenso, analizando su contenido, es posible evidenciar que existe una gran cantidad de información repetida que deja de tener condición de “nueva” con lo cual estaría violando la máxima de cantidad al ser un discurso extremadamente extenso que, en el fondo, no reporta nada.

Respecto a su capacidad mentalizadora, vemos que esta se ha visto afectada. Al respecto, para Fonagy (2004), los episodios violentos pueden entenderse como momentos en los que está teniendo lugar una inadecuada capacidad para representar los estados mentales, para reconocer que las reacciones propias y las de los demás, se encuentran conducidas por estados mentales (pensamientos, sentimientos, creencias y deseos). De algún modo, la mentalización actúa protegiéndonos de momentos conflictivos en las relaciones que establecemos con los demás. Así, la afectividad mentalizada, nos permite identificar, modular y expresar de modo saludable y adaptativo nuestros afectos (Bilbao, 2011).

En este sentido, Fonagy (2001) señala que la violencia doméstica actúa como una fuente de problemas en el desarrollo del niño, siendo estos sucesos disruptivos percibidos, por él, como amenazantes. El miedo a salir lastimado que viene acompañado de la previsión de la falta de disponibilidad de los padres para regular su temor, se ve confirmada por la inaccesibilidad de la madre en los momentos de conflicto marital agudo. Por ello, no dosificó los contenidos que le iba transmitiendo y no estuvo atenta a cuidarla de que, los mismos, no fueran percibidos por ella, como abrumadores, exponiéndola a consecuencias nefastas y vividas por ella con una gran carga emocional negativa.

Resulta interesante además, señalar que ésta no fue capaz de reconocerla como una persona diferenciada, con existencia propia, poseedora de necesidades y

características particulares. De acuerdo a Bruch (1973) estaríamos haciendo referencia a una madre incapaz de diferenciar sus propias necesidades de las de su bebé, que presenta inconsistencia en las respuestas que le da, contribuyendo a desarrollo de cuadros patológicos, negándole la oportunidad de aprender a discriminar sus propias sensaciones corporales e internas. En esta línea, en un entorno de violencia, la representación del otro como un ser humano diferenciado y con estados mentales con contenidos diferentes, es aquello que no se puede captar o se quiere aniquilar, viéndose que en las acciones y conductas, operan modos pre-mentalizantes, es decir, equivalencia psíquica y modo teleológico. Durante dichos episodios, los adultos no son capaces de mentalizar sus afectos y, difícilmente, ayudarán a que esto se de en el niño.

En el caso de Karina, sus cuidadores cercanos, centrados en sus propios conflictos, no han sido capaces de estar disponibles para ella, desde su nacimiento.

“Desde que estaba mi mamá embarazada de mí sucedió ese problema de la infidelidad, a mi mamá le duele sacar ese problema”.

Del mismo modo, al no ser capaces de regular sus emociones y metabolizar sus contenidos amenazantes, mucho menos pudieron aportar a que ella desarrolle esta capacidad. No tuvo una mente que la ayudara con esta metabolización pues, quienes debieron hacerlo, se encontraban ensimismados y eran incapaces de ver más allá de sí mismos. En el contexto de relaciones seguras, es de suma importancia la buena metabolización de la información y la creación de un sistema que de cuenta de la representación de las emociones, pensamientos y conductas que acontecen dentro de sí mismo y de los otros. Contrariamente, los entornos de violencia doméstica, dan cuenta de la carencia o precariedad para contener, regular y experimentar emociones, de uno mismo y del otro, de manera no defensiva y sin caer en el desdoblamiento ni la falta de conexión. Así, puede sostenerse que, cuando la violencia aparece como un modo de “estar con” entre los adultos, no favorece el desarrollo de la capacidad de mentalizar en el niño (Bilbao, 2011).

Como sabemos, la regulación emocional juega un rol fundamental en la capacidad de mentalización del niño. Si se dan fallas en dicha regulación, se verá afectado el desarrollo del control voluntario y el desarrollo de una comprensión sólida del otro, motivado por estados mentales (Fonagy, Luyten & Strathearn, 2011). En esta línea, dado que los adultos no se encontraron disponibles para atender a las señales emocionales de su criatura, difícilmente podrán ser marcadas de forma adecuada. Los afectos, entonces,

quedan confusos, mal simbolizados y son difíciles de regular. Al respecto, vemos que Karina no ha alcanzado una forma adecuada de regular y expresar sus emociones pero se encuentra trabajando en ello.

Así, vemos que, de alguna manera, su enfermedad pudo estar representando la única vía que tenía para descargar todo lo que estaba viviendo pues, de otro modo no se lo permitió, no pudo.

“Como fue también, creo, una forma de explotar y tratar de rebelarme porque yo, en el fondo, me preguntaba por qué yo tenía que ser diferente a mis hermanas, por qué yo tenía que sacar a mis papás adelante”.

En esta misma línea, su necesidad de experimentar dolor y malestar físico, para ella más tolerable que el dolor emocional, fue un medio de no lidiar con estos contenidos de los que quería escapar. Acerca de este punto, para Rodríguez et al (2007) esta sensación es percibida como interminable. Estos estados señalan que la automutilación podría entenderse como una forma de evitar un daño sentido como mayor: el acercamiento al recuerdo del trauma. Los altos niveles de emociones negativas experimentados, impactan de modo dañino la regulación de los infantes ya que no han podido ver, en sus padres, un modelo exitoso a ser imitado, en la regulación de las mismas (Sheffield, et al, 2007).

“Al quedarme yo mordiéndome los labios, en la parte de acá, porque me gustaba que baje una sensación muy fuerte y, para bajarla, tenía que sangrar y no tenían que verme cortada y, como era la forma de sangrar y me calmaba bastante y me adormecía y me sentía bien. Una sensación de disfrute, yo me he laxado, he tomado pastillas para laxarme”

“He rejurjitado. Ya decía, voy a dejar de hacerlo porque me miraba en el espejo, así todo desgastado, porque este ácido, yo no he vomitado la comida, todo ese ácido venía”.

Asimismo, su enfermedad representó, para ella, un lugar seguro en el que buscaba permanecer pues le permitía evitar lidiar con las demandas del mundo adulto, un entorno que le resultaba amenazante, separarse de sus padres perpetuando un vínculo simbiótico con su madre, y no verse afectada por los contenidos hostiles con los que se sentía incapaz de poder lidiar. El miedo a crecer le aterraba por lo que, el recibir información del medio que le ratificara que estaba madurando, incluso a nivel físico, le generaba mucha angustia. Cabe recordar que el impacto de la violencia de la que fue testigo, ha tenido un impacto marcado en el desarrollo de su cuadro debido a que ésta desregula la conducta y genera una mayor reactividad emocional negativa.

“Yo sentí la presión cuando estaba así con mi enfermedad, que tus amigas están estudiando y yo consumida debajo de la mesa no ayudaba, no sirvo para nada, debajo de la mesa no”.

“Me quedaba muchas horas metida debajo de la mesa de mi casa, no quería salir, me tapaba con un mantel (...) me estaba volviendo loca”.

Del mismo modo, sus síntomas representaron para ella la única forma que encontró para controlar su entorno y, entre otros elementos, a su madre por quien los sentimientos llegaban a ser sumamente amenazantes. Como si predominara en ella la creencia de que el mundo funciona de determinada manera, solo porque ella comía o dejaba de comer. En este sentido, podríamos pensar que le generaba una ganancia secundaria.

“Sentía que si me veían comer decían: Ya está, ya esta vez se recupera. Ya está cada vez mejor y ahora si va a esperar, más cambiante y va a aprender a trabajar y como yo no quería, tenía miedo a trabajar entonces”.

“El estar enferma me ha ayudado a comprender mejor algunas cosas... Que debo entender que no todo es como quisiera pero tengo muchas cosas que agradecer”.

Sin embargo, su síntoma es diferente al de otras pacientes con TA, pues no sólo vomitaba lo que comía, sino que volvía a masticar lo devuelto de manera repetitiva, a modo de ritual, para hacerse daño. Acerca de este punto, es interesante la condición de humillante que adscribe a este síntoma, como si, a lo largo del desarrollo de su enfermedad, hubiera postergado su dignidad, hechos de los que ahora le generan mucha vergüenza.

“Sí he dejado de comer, he regurgitado (...) devolverlo es algo asqueroso pero lo devuelto y ahí lo tengo masticando, poco a poco baja con el jugo gástrico (...) y conforme iba comiendo iba disminuyendo después de ese acto comía, regurgitaba una hora y después me iba a tomar agua donde mi abuela, tres jarras de seiscientos, que eran mil ochocientos en la mañana solamente por desayuno (...) cuando ya he hecho eso de la anorexia, he regurgitado todo por mi boca y volvía por el reflujo que volvía a masticar”.

Pensamos que, la evaluación polarizada de las personas y los eventos a la que tendía, se encuentra siendo trabajada. De alguna forma su situación actual, deja entrever que cuenta con elementos saludables que son los que la están impulsando a salir adelante e impiden que se deje vencer por la enfermedad. La vemos capaz de reconocer sus propios estados mentales, asignando palabras a cada una de las emociones que se encuentra experimentando. Del mismo modo, Karina podría ser capaz de atribuir intenciones y pensamientos a las personas de su entorno, a pesar de que ellas no las hayan hecho explícitas. En cierta medida, es posible inferir que, en ocasiones, podría no

estar segura de las intenciones o estados mentales de quienes la rodean pero parece tener cierta claridad respecto a que la existencia de los mismos es innegable. Se muestra capaz de reconocer que, a partir de un mismo estímulo, se pueden generar diversas interpretaciones diferentes. Resulta interesante notar que comprende que los eventos de vida, tienen una influencia indiscutible en lo que está por venir y van configurando nuestra personalidad.

“No me quería ni un poquito (...) ahora me puedo dar cuenta de que no soy un cuervo en mis sentimientos, que a veces tuve yo un comportamiento que a veces me sorprende de lo que yo puedo hacer a mí mismo, sabes, qué, acéptate, mira a Dios, me he centrado bastante en Dios (...) Yo ya no siento egoísmo, mira mi vida estaba ahí (...) el padre me dijo está bien, siente, nadie te prohíbe sentir, pero no consientas, no lo consientas Karina (...) si algo pasó en ti, que perdure el sentimiento de amor, humildad pero eso de estar guardando rencores por cosas que tú ya tienes (...) He aprendido a equivocarme, a darme permiso, buscarme y ser crítica conmigo misma (...) Me he exigido bastante a dar siempre el cien por ciento y como que ahora estoy dándome el permiso de nuevo, me levanto y ahí voy a aprender” .

“El estar enferma me ha ayudado a comprender mejor algunas cosas... Que debo entender que no todo es como quisiera pero tengo muchas cosas que agradecer”.

Podría decirse, a partir de lo expuesto que según Fonagy, Target & Steele (1998) en el caso de Karina, se habría configurado una función reflexiva *hiperactiva* dado que parece reflexiva y cuenta con mayor profundidad de la que se esperaría. Sin embargo, los insights que ofrece no se encuentran del todo integrados.

Ana

*Intenté comer y caía compulsivamente
comía cuando estaba con la ansiedad,
comía cuando estaba con cólera,
comía y después me sentía culpable por haber comido*

Ana tiene 21 años y proviene de la ciudad de Huancayo. Es la última de cuatro hermanos (dos mujeres y un hombre, siendo las primeras bastante mayores que ella). Actualmente vive en Lima, junto a sus hermanas mientras que sus padres se encuentran en provincia. Cursa el tercer ciclo de la carrera de Comunicaciones en una universidad particular y su rendimiento académico es bastante satisfactorio. Además de su formación profesional, asiste a clases de danza contemporánea, arte que representa una de sus mayores pasiones. Con respecto a su enfermedad, su diagnóstico es “anorexia nerviosa con rasgos compulsivos”. Tiene 5 años con este cuadro y buscó tratamiento, luego del primer año de iniciado. Ha estado internada alrededor de siete meses y, en la actualidad, se encuentra recibiendo terapia psicológica individual y participa en sesiones grupales.

Tanto su talla como su contextura son promedio y acudió a las entrevistas vistiendo ropa de tonos oscuros. En un inicio se muestra desconfiada, suspicaz, alerta a cualquier señal que le indicara o confirmara que podría estar en peligro. En esta misma línea, da la sensación de ser bastante presumida. Estas características, en principio la hacen verse poco amable y la entrevistadora experimenta cierta sensación de rechazo hacia ella. A pesar de haber aceptado apoyar en la investigación de manera voluntaria, da la impresión de que no quiere hacerlo, como si hubiera sido obligada y estuviera “tasando su territorio” permanentemente. Sin embargo, estas características y el rechazo experimentado por la entrevistadora, se ven disminuidos cuando ella empieza a sentirse en confianza. Como si esta imagen fuera la manera que ha encontrado para no verse vulnerable y expuesta, como una caparazón que hubiera construido para no permitir el ingreso de nada que pudiera dañarla pues sus experiencias le han ido enseñando que el confiar en los demás, no tiene consecuencias positivas.

Es notable en su relato la volubilidad en sus estados de ánimo, la cual es una constante. Este hecho le produce malestar y desconcierto, al no ser capaz de identificar las causas de estos cambios en su estado de ánimo.

“Me daba cuenta de que tenía estados de ánimo muy fuertes, estados de ánimo en donde no estaba tranquila, otras veces estaba muy hiperactiva, otras veces bajoneada y, otras veces, me encontraba feliz o colérica y, también, por momentos, no tenía hambre”.

Continuando en la línea de sus miedos y temores, es posible destacar que éstos inundan sus pensamientos sin que ella pueda ser capaz de controlarlos: a la comida, a engordar, a no ser querida por las personas de su entorno, a enfrentar la realidad. Es decir, prefiere evitar encararla con el fin de sentir que los problemas desaparecen sin considerar la magnitud de las cosas.

“Me di cuenta de la magnitud del problema... Que simplemente no es algo simple, no es algo sencillo, es algo grave, es algo difícil de curar y requiere años. Es un daño fuerte, algo difícil de afrontar, difícil de curar y requiere de años. Y esto implica fuerza, responsabilidad y me da mucho miedo, me daba mucho miedo”.

Constantemente se hace evidente su necesidad de tener el control y comprobar que lo tiene: de las personas, de las cosas, de los hechos. En este sentido, cuando los acontecimientos no salen como espera, el malestar experimentado, así como su fastidio, son inmensos. Por otro lado, la dureza que muestra y su facilidad para tener una postura crítica de las personas pueden llevarla incluso, a ubicarlas en categorías rígidas y descalificadoras, incluso con quienes ella, en el fondo, sabe que comparte características. Así, notamos su inclinación a evaluar el mundo de forma escindida, protegiéndose, colocando lo negativo en el entorno y buscando que la realidad se ajuste a sus ideas preconcebidas.

“Había chicas tiradas, no haciendo nada y qué, osea, ¿acá están para eso? ¿Para no hacer nada? Qué, ¿están tiradas como vacas? Era lo único que, en ese momento, yo quería captar... Y como que yo había ido ahí con la idea que no, que era un lugar para que me engorden, no porque yo tenía esa idea de la recuperación”.

De la misma forma en la que es crítica con los demás, puede serlo también consigo misma. Sin embargo, aparenta haber desarrollado cierta capacidad para reconocer sus errores, entendiendo que tienen consecuencias ineludibles. Así, las asume y las acepta, buscando aprender de los momentos en los que se equivocó, evitando lamentarse por lo que hizo mal o lo que no hizo y pudo hacer. Resulta posible pensar que el tratamiento en el que se encuentra está aportando a este nivel pues, hasta hace un tiempo, su postura era más rígida.

“Muchas veces digo, me estoy atrasando, que estaré llevando cursos para no atrasarme más y acepto que me he equivocado y que mis equivocaciones son estas, el estar un ciclo menos

del que debería, me equivoqué y tan solo me queda seguir adelante y es lo que estoy haciendo ahora, para adelante”.

Continuando en su descripción, a Ana le interesa establecer conexiones entre diversos hechos, observar, analizar, buscar comprender el porqué de las actitudes y reacciones de las personas de su entorno.

“De repente mi papá con mi mamá han tenido un problema de familia (...) él también según lo que me di cuenta, también trató de evadir el problema de su familia porque mi abuelo era alcohólico y papá se enroló en un grupo fénix y no quiso saber nada de su familia y simplemente se fue, entonces era una forma de evadir (...) Mi mamá reacciona con violencia por lo mismo que él ha reaccionado”.

En otra línea, respecto a los vínculos que ha ido estableciendo es importante resaltar algunos aspectos. En relación a sus hermanas, recuerda haberse sentido muy sola pues siempre fue la más pequeña y la diferencia de edades era grande. Ello le generaba la sensación de que no formaba parte del grupo, no encontraba su lugar, no encajaba. Actualmente, con quien mejor se lleva es con su hermano con quien, por lo general, no tiene conflictos, a pesar de su carácter impositivo. Considera que en la relación con sus hermanas, se dan dificultades propias de la relación entre hermanas. En ella existe reciprocidad pero, por momentos, los límites no son respetados. Asimismo, percibe la relación con una de sus hermanas como casi inexistente, pues no han logrado entablar un vínculo de cercanía y confianza.

“En realidad para mí mucha soledad se siente ser la más chiquita. Ellos se entendían entre sí y la que no entendía nada, la que no encajaba ahí era yo. Me sentía un tanto sola en el mundo, como que no entendía nada y a la que simplemente cuidaban”.

“Con Janet es una relación de hermanas, sí, de hermanas, peleamos y nos llevamos bien, le cuento mis cosas, me cuenta sus cosas, le aconsejo, me aconseja. A veces invade mi espacio, yo también invado su espacio de ella, a veces me hace sentir mal y yo, claro, me siento mal con ella que me grite”.

En cuanto a sus relaciones de pareja, tiende a establecer lazos superficiales, con el fin de que el abandono o la traición que anticipa tendrán que darse, no la lastimen. De alguna forma, sus pensamientos responden a la siguiente premisa: mientras menos me involucre, menor es el riesgo a salir lastimada. Sus experiencias parecen habérselo confirmado.

Asimismo, presenta una marcada necesidad de que las personas sean como ella quiere, lo cual le genera dificultades al momento de relacionarse. Del mismo modo, y a partir de ciertos acontecimientos de su vida y a pesar de su poca capacidad para

establecer vínculos profundos, podría inferirse lo mucho que le cuesta sentir que tiene que “compartir el cariño de alguien con otra persona”. Esto parece darse no por temor a ser abandonada si no por una tendencia egoísta y su falta de capacidad para compartir.

“Y quería que mi enamorado sea como yo quisiera, algo así pero al final terminamos, él me dijo que más que nada era porque no era lo que yo quería, que me quería un montón pero que tenía que estar con su mamá acompañándola”.

Por otro lado, prima en ella una tendencia a minimizar la importancia de acontecimientos importantes, a modo de defensa, especialmente hechos desagradables en la relación con otros, que podrían dañarla de alguna forma. Procura, de esta forma, no enfrentar las emociones que estos le generan y hace uso, al narrarlos, de un correlato no verbal que, para otras personas, podría resultar disonante con los contenidos que transmite. Así, a pesar de que no lo exterioriza, puede inferirse que el malestar experimentado es intenso.

“[como respuesta a infidelidad de su enamorado] Yo le dije “está linda la chica ah” (...) antes de irme a Huancayo fui a su casa y le dije que me contaron un montón de cosas pero no creo que te vaya a ver por mucho tiempo. Por eso hoy he venido a despedirme, “que te vaya muy bien le dije”.

Con respecto a sus figuras parentales, desde muy pequeña, formó parte de una compleja dinámica familiar. En líneas generales, su entorno se encontró marcado tanto por la ausencia de su padre, quien viajaba por motivos laborales; como la carga emocional de su madre quien, debido a su trabajo, experimentaba niveles elevados de estrés y descargaba sus frustraciones en su hogar, con su familia. Estos hechos, entre otros, impidieron que viviera un ambiente armónico y son recuerdos que Ana conserva hasta el momento, aunque preferiría olvidar.

Cabe resaltar que, debido a la edad de sus hermanas, puede inferirse que Ana nació cuando su madre era bastante mayor, lo cual pudo influir en la poca disposición positiva que tuvo hacia ella. Posiblemente, se encontraba pasando por procesos internos complejos que aportaron a que su rechazo hacia Ana fuera demostrado de forma explícita, mostrando una gran incapacidad para involucrarse afectivamente con su hija. A esto, contribuyó en gran medida su falta de paciencia. No fue capaz de asumir lo que “enseñar a una hija” implicaba, por lo que, para evitar estos episodios, prefería hacerle las tareas. El hipotetizar acerca de las condiciones en las que pudo darse el embarazo de Ana, de las cuales ella no puede dar cuenta, nos remite a pensar en la perversión de la

maternidad. En términos de Welldon (2006), esta se construye como una ruptura de las estructuras psíquicas por lo que la madre, además de sentirse paralizada emocionalmente al momento de responder a las demandas psicológicas y físicas del bebé, también se siente impotente e incapaz de obtener satisfacción de otras fuentes. Al respecto, Winnicott (1965) plantea que el desarrollo normal del hijo/hija depende sobretodo de una maternidad sana, siendo el cuidado de los hijos una fuente de placer en el proceso de convertirlos en seres humanos independientes y seguros de sí mismos, con sus propias características: los bebés construyen su “verdadero yo” al gozar de una maternidad “suficientemente buena”. Vemos así, la importancia de que el niño reciba condiciones saludables de maternaje para el desarrollo de cuadros patológicos y sucesos tan funestos como los que se mencionan. A partir de ello, podemos evidenciar la ausencia de estas condiciones en la historia de Ana.

“No le gustaba mucho que la acaricien. Cuando yo la acariciaba me decía “Ana ya” No se dejaba, era así, un poco renegona. No paraba su trabajo y cuando estaba haciendo labores de la casa era muy exigente, muy demandante también (...).”

“Ella hacía por mí. Osea, decía así no se hace, se hace así, y al final lo terminaba haciendo ella (...) Yo prefería estar en mi cuarto, me alejaba porque era muy gritona (...) Muy pocas veces ella me decía bien, me parece muy bien que lo hayas hecho pero, me decía, puedes hacerlo mejor”.

Su madre ha sido una mujer sumamente demandante, incapaz de reconocer a su hija como una persona necesitada de cariño, de muestras de aceptación. De acuerdo a lo que Ana percibe, ella nunca ha reconocido sus logros. A pesar de que ella realizara sus mayores esfuerzos e independientemente de cuánto le hubiera costado poder alcanzar determinada meta su madre no fue capaz de reforzar su conducta, lo cual, innegablemente, tuvo consecuencias en ella. A Ana esta actitud parecía generarle desconcierto que no pudo tramitar pues no contó con una figura que la ayudara a hacerlo.

En relación a su padre, este si reconocía sus logros pero a través de regalos y premios que implícitamente implicaban que ella continuara exigiéndose. Como si hubiera recibido el mensaje de que debía responder, siendo la mejor, a cada una de las oportunidades que su padre le otorgaba.

“Me decía “Muy bien hija” y me pagaba más cosas para seguir estudiando. Si aprendía a nadar, me pagaba más. Si aprendía a bailar, me pagaba más plata y me ponía a una profesora mejor o algo así. Ese es mi papá”.

Asimismo, podemos dar cuenta de los altos niveles de idealización hacia su padre, a quien le asigna características en su mayoría positivas, cargadas de mucha intensidad y mostrando en los ojos un brillo especial cuando se refiere a él. Sin embargo, eventualmente, también es capaz de reconocer ciertos aspectos en los que debe trabajar con el fin de ser una mejor persona.

“[sobre su padre] Cada vez que llegaba del trabajo para mí era lo mejor porque era un gran acontecimiento, porque venía de lejos (...) Mi papá era lo máximo, el más inteligente, el más guapo, el más alto y yo, pues, como que lo presumía (...) Él es tranquilo, tranquilo, se sacrifica mucho, no le importa su salud”

“Mi papá es un hombre más afectivo, es callado pero más expresivo al momento de decir lo que siente, pero al momento de mostrar su cariño, su afecto es bastante, bastante afectivo. Es más permisivo, también es un poco que trata de evadir cosas, problemas, por eso para más en trabajo que en casa (...) es tranquilo, él es tranquilo (...) Se sacrifica mucho, no le importa su salud (...) Se obsesiona mucho con el trabajo, no sé, para él estar de vacaciones es lo peor. Es como que su trabajo lo ayudara a evadir lo malo que siente”

“Se proyecta, crea, innova, entonces como que yo también me proyecto, sigo y voy a hacer esto y esto... Los dos tenemos de esto. Y mi papá es una persona que cuando quiere algo, es constante y se empeña. Sí, se empeña un montón y lo consigue. Yo también, cuando quiero algo, me empeño, trabajo para conseguirlo”

El sentirse importante y única para él, a pesar de sus fallas, ha representado para Ana un elemento de protección que le ha permitido lidiar con las dificultades.

“Mi papá y yo tenemos un espacio especial. Salimos a caminar, mi papá no lo puede hacer con nadie más que conmigo. Vamos conversando, con Gina no lo va a hacer, ni con Narda, ni con mi mamá. Solo conmigo y con nadie más”

Haciendo una evaluación global de su relación de sus padres, podemos ver que si bien permanece la tendencia a idealizar a su padre y devaluar a su madre, poco a poco, ha sido capaz de ir elaborando una representación de ellos más balanceada, atribuyendo, a cada uno, las cualidades que considera que poseen pero, también, los aspectos en los cuales sería importante que trabajen. Asimismo, considera que su forma de ser, tiene mucho que ver con ambos, de quienes ha ido tomando ciertos aspectos que la definen.

“(…) Es mi mamá, igual, igual hubiera seguido encontrando en ella ciertas virtudes. Mi mamá cambió mucho después de que yo me enfermé. Cuando me interné ella cambió mucho (...) [sobre la relación con su madre] Es más abierta, hay más confianza, antes qué iba a contarle sobre un chico, a mi mamá no, en cambio ahora sí le cuento, me escucha, me comprende, me cuenta también cómo eran sus pretendientes, me aconseja y ...”

De acuerdo a la información recogida, consideramos que Ana presenta un apego evitativo. Como hemos visto, personas con este tipo de apego, tienden a anticipar que la expresión de sus afectos y la búsqueda de cercanía con otro, van a tener resultados negativos. Asimismo, han incorporado que el mostrarse débiles y vulnerables, los llevan a recibir respuestas poco adecuadas de su entorno (Tasca, Ritchie & Balfour, 2011). Al respecto, cabe señalar que cuando Ana solicitaba ayuda pues no contaba con los recursos para lidiar con una demanda, las respuestas que recibió de su madre siempre fueron inadecuadas. Esto fue instalando en ella la creencia de que no estaba bien buscar apoyo, no debía mostrarse incapaz.

Estos hallazgos se ven confirmados dado que presenta contenidos desorganizados, los que se hacen evidentes en su discurso. Trata de ordenarse, aunque lo hace con dificultad. A pesar de ello, finalmente, es capaz de establecer cierta secuencia lógica y transmitir sus contenidos. Asimismo, en relación a las entrevistas, podríamos decir que se encuentra violando las máximas de cualidad y cantidad (Grice, 1975). La primera debido a que su narrativa evidencia un pensamiento concreto y, se basa, fundamentalmente, en un relato descriptivo, sin la presencia de evidencia que lo sustente. La segunda, es violada debido a que la conversación sostenida se muestra bastante corta, por momentos desarticulada, llegando a responder a las preguntas con un número de palabras bastante limitado y tendiendo a repetir la información que comparte, lo cual no permite que se siga comunicando. Acerca de su discurso, es posible notar que los silencios son constantes y se presentan, sobre todo, cuando hace referencia a contenidos que le generan angustia, como su cuadro clínico y la relación con su madre. Ella es consciente de los mismos, por lo que logra verbalizarlos sin muchas dificultades.

Asimismo, es posible notar que, dado lo doloroso de muchos de los acontecimientos de su vida, prefiere evitar recordarlos, creando una estructura de memoria defensiva, buscando no acceder a sus recuerdos dolorosos, lo que también es característico en quienes presentan este tipo de apegos. Al respecto, es interesante señalar que ella inicia su presentación señalando que no recuerda nada de su infancia y que, relatará lo que le han contado. De este modo, busca establecer una distancia entre ella y el contenido que transmite, como si estuviera tratando de dejar claro que la carga emocional negativa en ellos, no le pertenece. Generalmente, este distanciamiento emocional, se encuentra caracterizado por la desactivación ó baja regulación de emociones (Fonagy, 2003).

“[te puedo hablar de] lo que me han contado porque yo no me acuerdo de nada [de cuando era pequeña]”.

Continuando en esta línea, Baron, Gómez y Apodaca (2002) plantean que los apegos evitativos refieren con frecuencia una historia de frialdad, falta de capacidad de respuesta y rechazo por parte de las figuras de apego. Estas características resultan saltantes en la narración de Ana a lo cual se añade su sensación de inadecuación.

“La que no entendía nada, la que no encajaba allí, era yo”

“Sobre mi madre, era una persona a la que no le gustaba mucho que la acaricien, cuando yo la acariciaba, me decía ¡Ada, ya!, no se dejaba, era un poco renegona”

Asimismo, Siegel (1999) señala que quienes presentan un apego evitativo, se encuentran alertas a las amenazas pero, también, son incapaces de identificar emociones en sí mismos y en los otros. De aquí, se entiende que su discurso se encuentra vacío, se queda muchas veces en lo concreto de una descripción pero no logra a establecer claramente la conexión entre los hechos y su correlato afectivo. Del mismo modo, presenta tendencia a desconfiar de los demás evitando necesitar a alguien para mantener su independencia. Comprendemos, entonces, por qué las relaciones que establece no logran ser profundas, quedándose en el plano superficial. Al respecto, es fundamental notar que en las pocas veces que se permite ir más allá resulta traicionada. Esto puede deberse a que se coloca en situaciones peligrosas dado que la pobre coherencia mental con la que cuenta hace difícil considerar las experiencias internas propias y de los demás, y por ello, su funcionamiento reflexivo es limitado (Wallin, 2007).

Resulta interesante ver cómo la evaluación que hace de los estados mentales de los otros, no suele concordar con la realidad, como si no fuera capaz de leer señales en los demás que predicen ciertas conductas. Esto no le permite anticiparse a los hechos por lo que, cuando estos irrumpen de forma intempestiva, busca protegerse y encontrar explicaciones que la coloquen en situación de ganancia y no de pérdida. Como si fueran los demás quienes estuvieran necesitados de su cariño y ella se hubiera “dado el lujo” de rechazarlos. Esto esconde detrás un enorme malestar y la sensación de estar herida, sensaciones de las cuales no da cuenta. Al respecto, quienes tienen un apego clasificado como evitativo dan cuenta de sus experiencias de maneta incoherente e incompleta (Main & Goldwyn, 1998).

“Me brindaba mucho afecto, ya asumía que era mi enamorado, asumía porque me había mandado un montón de regalos, me abrazaba y todo pero me dice que estaba enamorado de otra chica que se llamaba Greta y si hizo todo eso, entonces por qué me dice, entonces me molesté y le dije que mejor que fuéramos amigos y no enamorados”.

Tiende a minimizar la importancia del apego, lo cual funciona como una defensa para que sus recuerdos dolorosos no salgan a la luz, insistiendo en que todo está bien y en su independencia de los otros (Main & Goldwyn, 1998). En Ana, vemos que, cuando se le pregunta acerca de la influencia de su familia en el desarrollo de su cuadro, se niega de manera enfática a este hecho. Asimismo, con el fin de protegerse y no lidiar con el dolor generado por la actitud de los otros, representan las figuras de apego de manera positiva buscando justificar sus acciones, sin embargo, no son capaces de sustentar estas descripciones con evidencia concreta. Las posibles influencias negativas son permanentemente negadas. En esta línea, existen momentos en los cuales, si bien se refiere a sucesos importantes, transmite la sensación de que estos no han tenido un impacto significativo en su vida y procura restarles importancia. Asimismo, tiende a restar importancia a los eventos de su historia, sobre todo a los que le generaron dolor, procurando mostrar una imagen de invulnerabilidad a las personas de su entorno. Además, da a entender que ciertos eventos importantes de su historia no han tenido efecto en ella, procurando mostrar una aparente fortaleza y modo ligero de interpretar las situaciones, minimizando estos hechos.

“E: ¿Y tú sientes que lo vivido y el haber estado lejos de tu familia influyó? A: No, porque de todas maneras se iba a dar”.

“Mi hermana no se daba cuenta, a los dos primeros meses no. No pues, porque ella trabajaba, no paraba mucho en mi casa”.

Enfocándonos en el cuadro de anorexia que le fue diagnosticado, vemos que su capacidad para entender el lugar que los síntomas tienen en su vida, es limitada. En cierta medida, aún busca justificar sus síntomas y se esmera por encontrar justificaciones concretas y normales para ellos, buscando señales de aprobación de su interlocutor y muestras de que éste ha creído en sus explicaciones. Asimismo, el desarrollo del trastorno alimenticio ha sido atribuido por Ana a la ausencia, tanto física como emocional, de sus padres y a su falta de capacidad para asumir las responsabilidades y tomar decisiones que, sin encontrarse preparada, ellos le asignaron. Esto hace evidente que sus padres no estuvieron disponibles para ofrecer una adecuada crianza. No estuvieron

atentos a ella y no fueron capaces de leer, y mucho menos entender, sus necesidades y demandas.

“Yo era libre supuestamente y tenía el control, también podía tener el control de mi cuerpo si no me gustaba, tenía el control de mi peso. Yo podía ser como quería ser, y yo creo que eso no está mal pero depende de los límites, yo en ese momento no tenía un límite, no estaba preparada para eso. Ahí fue que empezó mi trastorno”.

“No sabía cuál era el problema de fondo que tenía, bueno más adelante supo que era un problema alimenticio, mi falta de afecto, y mi papá no quería ver eso ¿no?, que se estaba dedicando más a su trabajo que a su familia (...)”.

Es posible notar, a lo largo de su historia, que su capacidad para mentalizar presenta ciertas limitaciones. Como sabemos, la función reflexiva parental, hace referencia a la capacidad de los padres de contener los estados mentales del niño, de reconocerlo como una persona diferente. El niño descubre los estados mentales mediante la interacción que se produce en la expresión de sus afectos y el reflejo de los mismos en su cuidador (Bilbao, 2011).

En el caso de Ana, al no haber contado con padres disponibles para ello, la función reflexiva en ella presenta deficiencias. En dicho sentido según Fonagy, Target & Steele (1998), pareciera que su función reflexiva entrara dentro de la categoría *ingenua/simplista*. Es decir, predominan pasajes descriptivos y superficiales por encima de otros un tanto más reflexivos. Existen breves momentos en la entrevista en los que es capaz de establecer conexiones y atribuir estados mentales e intenciones a las personas de su entorno. Aunque tiene dificultades, trata de entender que los estados mentales representan una realidad pero no son igualados con ella. Valorando estos episodios dentro de la totalidad de la entrevista, podríamos intuir que son discursos aprendidos en los cuales tiene mucho que ver el tratamiento recibido.

“En realidad, creo que es una mujer que se ha sentido sola porque mi papá nunca estaba y mis hermanos, cada uno tenía su vida y creo que ella, en el fondo, reclama eso, que no la dejen sola”.

Sus cuidadores no han sido capaces de contener, experimentar y regular las emociones en sí mismos, de un modo adecuado. Por ello, es comprensible que Ana tampoco haya aprendido a regularse.

En este contexto, la ausencia que Ana percibió de sus padres así como la hostilidad mostrada por su madre en las limitadas interacciones que sostenían, sumados

a su necesidad de ser vista y reconocida, jugaron un rol fundamental en la instauración, en ella, de un cuadro de anorexia. Asimismo, su necesidad de controlar su entorno y la poca posibilidad de hacerlo, la llevaron a insertarse en la búsqueda de elementos que pudiera controlar y, de este modo, llegó a su cuerpo y la comida. Parece haber estado buscando, por medio de las restricciones alimentarias en las que incurría, truncar su experiencia emocional (Tasca et al, 2009).

“Tengo mucho temor a los alimentos, tengo mucho miedo a comer tal cosa (...) no me puedo sentir tranquila, siento que me va a subir de un momento a otro (...) Cuando empecé a comer solo frutas me sentía limpiada y empecé a darme cuenta que todas las cosas que había comido antes, todo el yogurt, todo el chocolate (...) cuando estaba deprimida comía y comía, yo decía yo quiero estar flaca, me ponía a hacer dieta, manzanas y té no quería comer otra cosa, y ahí empezó mi problema”.

“Solo comía frutas y verduras y ahí sí me adelgacé rapidísimo (...) haciendo ejercicios y comiendo frutas y verduras bajé un montón de kilos (...) creo que estaba pesando 47 kilos y he estado a base de pura fruta entonces me decían “estás bien pálida” y yo no entré al salón de clases porque me sentía muy mal, me fui a mi casa y me hice un batido de plátano con leche y no recuperaba fuerzas”.

En su búsqueda de tranquilidad, encontró en los alimentos elementos que podía manipular para sentirse limpia, descargada, liberada de contenidos amenazantes con los que no le enseñaron a lidiar de otra forma: sus miedos, angustias, frustraciones, tristezas, encontraron objetos concretos que le permitían no tener que pensarse, enfrentarse a sí misma y, luego, para eliminar los montos elevados de culpa que el haber comido le producían, buscaba calmarlos, eliminándolos. Del mismo modo, fue como si sus prácticas excesivas de ejercicios en los que incurría, le permitieron eliminar las “toxinas” de su organismo mental. Asimismo, tener los días cargados de diferentes actividades físicas, han sido una forma que ha encontrado para llenar los vacíos emocionales que experimentaba. Vemos su necesidad de evitar pensarse, conectarse con aquello que no quiere ver pues esta posibilidad, la aterra. Irónicamente, es como si tuviera que estar llenándose pues el vacío le genera temor. Rechaza consistentemente la inactividad, la inercia.

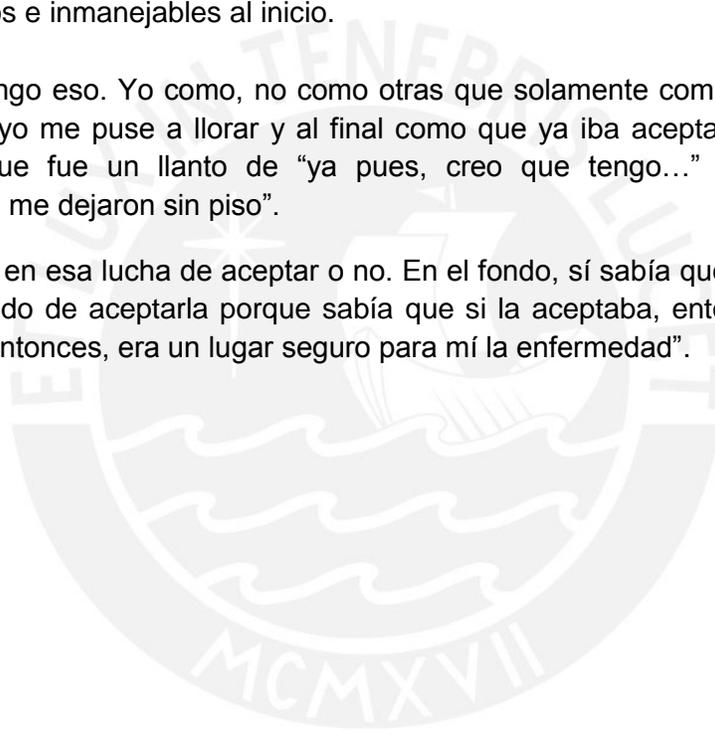
“Intenté comer y caía compulsivamente, comía cuando estaba con la ansiedad, comía cuando estaba con cólera, comía y después me sentía culpable por haber comido (...) me dediqué a encerrarme en mi casa en Huancayo y comer y era como un ser, como un orate porque estaba con mi manta y con mi short al costado y comía y comía y compartía mi comida con mi loro y veía tele y ni siquiera me bañaba, osea era todo un desastre, era todo una recaída”.

[sobre las pacientes que vio en el centro de tratamiento] “Yo quería una vida un poco más activa entonces eso, como que me daba un espacio donde me podía encontrar conmigo misma. Para mí, eso significaba lo peor... Es que habían tantas cosas que yo me encontraba a mí misma”.

Aunque, a nivel inconsciente, dadas las carencias afectivas a las que se había encontrado expuesta, una forma de ser pensada, de ser vista. Al mismo tiempo, podríamos entender que, dado que nadie fue capaz de hacerlo, su cuadro alimenticio fue adquiriendo, desde su percepción, una identidad propia, proveedora de cuidado, del cuidado que necesitaba y no había recibido, una manera de huir del entorno hostil en el que se encontraba. Por ello, la aceptación de la misma, le generaba montos de terror bastante elevados e inmanejables al inicio.

“No. No tengo eso. Yo como, no como otras que solamente comen una lechuga al día (...) Y yo me puse a llorar y al final como que ya iba aceptando poco a poco. Lloré porque fue un llanto de “ya pues, creo que tengo...” Ahora me siento acorralada, me dejaron sin piso”.

“Estaba yo en esa lucha de aceptar o no. En el fondo, sí sabía qué tenía, pero tenía mucho miedo de aceptarla porque sabía que si la aceptaba, entonces tendría que dejarla... Entonces, era un lugar seguro para mí la enfermedad”.



Tesa

*Me sentía embotada,
me saciaba tanto que esa sensación
de malestar cuando como mucho,
ese era mi bienestar,
porque ya no pensaba en nada más
que no fuera el malestar de la llenura*

Tesa tiene 23 años. Vive con su madre que es ama de casa, con su hermano de 25 años y dos primas que estudian en la universidad. Es natural de la selva, lugar donde pasó toda su infancia. Dado que ella y su hermano estudian en la universidad vinieron a Lima hace algunos años acompañados de su madre. Su padre se quedó en la selva con su hermano mayor y se visitan dos veces al año. Su diagnóstico en sus propias palabras es: “comedora compulsiva con personalidad dependiente”. Lleva tres años con la enfermedad, motivo por el cual tuvo que dejar la universidad. Recientemente salió del internamiento, donde permaneció por un año y cuatro meses.

Una característica que impacta desde el primer momento es su coquetería natural. Entra el consultorio con una amplia sonrisa en el rostro la cual mantiene hasta el final de la entrevista. Es alta, esbelta y se presenta muy bien arreglada, combinando los colores de su vestimenta muy rigurosamente con el lazo en el pelo y la cartera. Habla con un marcado dejo de la selva, casi cantando y muy rápidamente, tan rápido que es difícil seguirla.

Un aspecto resaltante en Teresa son los rasgos y defensas narcisistas que exhibe. Según Waller et al (2007) son muchas las investigaciones que ligan el narcisismo con los trastornos alimenticios. Las personas con rasgos narcisistas se caracterizan por exhibir sentimientos de grandiosidad, se sienten con derecho y se atribuyen una importancia inflada. Asimismo, mencionan que estas personas exhiben defensas narcisistas que tienen como función mantener la autoestima cuando el individuo se siente amenazado. Entre las defensas narcisistas se encuentran atribuir los eventos a causas externas, criticar activamente a otros y decirles cómo deben hacer las cosas, pero al mismo tiempo mantienen su autoestima quejándose de que los demás no las comprenden.

En el caso de Tesa encontramos tanto rasgos como defensas narcisistas, aspectos que configuraron su relación consigo misma y con los demás. Se consideraba perfecta, intocable y con el derecho de decir a los demás como deben comportarse. Constantemente quería tener la razón en todo y que las cosas salgan siempre en la

dirección esperada. Cuando ello no sucedía así se frustraba con facilidad y sentía que su mundo se le derrumbaba.

Se describe a sí misma como orgullosa, mandona, manipuladora y engreída, lo cual le acarreó múltiples problemas con sus padres y con otros compañeros de clase y del colegio. Su discurso es marcadamente autorreferencial y tiende a exaltar sus cualidades y los logros que ha conseguido con el tratamiento. Sin embargo, se acompañan de referencias a otras personas que le confirmaban y le reforzaban permanentemente estas ideas:

“Yo era la bonita, la inteligente, osea, se lo decían a otras personas... y las personas alrededor también me lo decían “que linda, que bonita, que inteligente”.

“Yo era la primera en primaria, en secundaria, era la mejor en el vóley, en la natación, la más bonita del colegio, la más aplaudida, la que todos querían ser, cosas que me hacían grande, esas cosas me han hecho creer mucho, han alimentado mi grandiosidad, que yo lo puedo todo”.

“Se pasó la noche mirándome,” acá pasa algo decía yo”, y ahí es donde te digo vino mi orgullo, mi ego, yo soy la más bonita, a mi todo el mundo me quiere porque es lo que siempre me han hecho creer. En vida mujer me han hecho que yo lo controle, que yo no vaya por el mundo si un hombre viene y me dice “teresa que lindos ojos tienes”, yo volaba por las nubes, yo le podía creer todo lo que me dice”.

Efectivamente, Tesa es una mujer inteligente, atractiva, con múltiples cualidades. Sin embargo, la sobrevaloración de las mismas por parte de los demás infló su ego. Tesa atribuye este narcisismo a la excesiva mirada y exigencia de sus padres, pues para mantener esas apariencias y comentarios tan valorados por ella y por su familia, debía comportarse de un modo que no le agradaba realmente.

“...ellos estaban felices de tener una hija que rendía, que ante la sociedad era aprobada admirada, que la gente quería ser como yo, eso era lo que decían “ojalá que mi hijita sea como tú, que linda la Tesita, ojalá mi hija sea como tu hija”.

“Si recuerdo que de niñita para mi fiesta de promoción del jardín yo parecía una princesita, estaba con mi vestido blanco, mi lazo celeste mis zapatos blancos, pero mi cabeza parecía engomada me acuerdo, mi vestido tenía can can, que levanta, y yo le decía a mi mamá “no me gusta estar engomada”. “No Tesita la belleza cuesta” recuerdo que me decía mi mamá. Es algo hasta hace poco tiempo era como un lema para mí. Que la belleza costaba”.

Dichas exigencias familiares además de la sobre protección de sus padres eran vivenciadas por ella como una camisa de fuerza de la que no se podía liberar.

“Mucho me sobreprotegeron, que no haga esto, que no me meta esto, que no toque esto porque es para hombres, que una señorita hace esto, se comporta así, que este... tu mamá tiene que ir contigo, tienes que regresar a tal hora... mucha sobreprotección ha habido. El otro extremo es no cuidar, el abandono. Yo pienso que ahora las cosas así ideales son un punto intermedio, osea dar la libertad de confiar, a equivocarse, todo es cuestión de cada uno, ya depende de cada uno y en mi caso ha habido mucho un extremo que no es saludable”.

Son precisamente esas exigencias las que configuraron un modo particular de ser en Tesa, muy autoexigente consigo misma, constantemente en la búsqueda de desatacar y de ser perfecta.

“ (...) las creencias que yo tengo, que yo soy la mejor, que tengo que ser la más inteligente, ya empiezo la universidad el 15, que yo tengo que ser la primera en mi salón, la más reconocida, son autoexigencias que yo me impongo, cosas que, incluso me pongo con mi propia pareja “que solo tiene ojos para mí, que no puede mirar a nadie”, cosas absurdas”.

Actualmente Tesa enfatiza que ya no se encuentra cómoda siendo constantemente mirada y atendida por sus cualidades físicas pues no puede descifrar la intención de la otra persona. No sabe si se acercan a ella por sí misma o por su físico y ello le molesta mucho.

“yo era la bonita, la inteligente, osea, se lo decían a otras personas... y las personas alrededor también me lo decían “que linda, que bonita, que inteligente”. Al principio me sentía muy contenta, bastante contenta, como que halagada, pero luego me llegaba que la gente me mirase por mi cara y que no veía que tenía sentimientos, que yo pensaba. Tenía una fama de actuar, si no me gustaba le iba a decir, pero yo tenía que actuar diferente, sentarme así, hablar así”.

Otro dato a considerar es que además de los halagos, sus padres continuamente le compraban cosas, de modo que para Tesa, obtener cosas y acumular cosas siempre fue importante. Constantemente era complacida sin mayor motivo. Ella lo entiende como una suerte de compensación de su padre por no poder estar con ella.

“Cuando yo empecé en la primaria, empecé con los primeros puestos. Me complacían con lo que quería, me compraban lo que yo deseaba. En realidad con cosas materiales porque papá no estaba en casa. Trataba de suplir su estancia en casa o su amor con cosas materiales.”

“Más era la que estaba en mi casa más era mi mamá, ella si me felicitaba decía que era la mejor, que no hay nadie mejor que yo, cosas así, pero después si me compraban cosas, me llenaban con cosas que al final yo creía que eso era lo que más valor tenía, las cosas materiales.”

En dicho sentido, para obtener las cosas que deseaba y anhelaba, utilizaba la manipulación incluso desde muy pequeña. Comenta que el entorno era muy complaciente con ella, devolviéndole que ese era un medio adecuado para obtener cosas.

“Entonces yo me enojaba. Hacía berrinche, entonces yo no quise salir a desfilar con la parejita que es tu compañero. Entonces empecé a llorar, a llorar a llorar y vino mi profesora que es una psicóloga y me acuerdo que me regaló su sortija. Eso hacían conmigo. Yo hacía un berrinche y ellas lo que hacía era complacerme y darme algo material para que me calmara”.

Desde muy joven se inició en las pasarelas y los concursos de belleza, teniendo que cambiar su aspecto físico y “producirse”. En dicho mundo la delgadez era la norma, de

modo que en esa época cuidaba mucho su alimentación y se preocupaba mucho por su figura y su cuidado personal:

“En ese momento yo tenía pelo largo, era rubia, bastante, bastante producida... nada natural... ahora soy totalmente natural”.

“Yo tenía una alimentación de comida sana, me cuidaba mucho de no comer grasas, de no comer cosas que supuestamente me sacaran granos, quizá porque estaba en la época también, en la adolescencia, si vivía en un mundo del modelaje, me cuidaba mucho, entonces siempre me habían cohibido de comer arroz, papa, yuca, yo soy de la selva, comen plátano por ejemplo. Yo te cuento una anécdota, mi papá, mi hermano cuando salíamos a comer me decían “Ya va a comer Teresa, ya va a comer su pollo a la plancha con su ensalada, su pescado con su ensalada” era lo único que me gustaba, es que yo era tan rígida que no tenía otras opciones, “sólo eso me va a mantener” “seguramente lo otro me va a sacar granos”.

Su padre era una persona muy reconocida en su ciudad y por tanto, ella y su familia también. Tesa ganó uno de los certámenes de belleza y se convirtió en la reina del lugar. Asistía a un sinnúmero de eventos. En uno de ellos conoce a un funcionario de la ciudad, mucho mayor que ella, que la invita a ser jurado de otro certamen. Intercambian números y poco a poco iniciaron una relación amical que luego se convirtió en un *affaire*.

“Me dijo que qué bueno que no estoy con mi enamorado. Entonces una mujer se da cuenta como habla un hombre, en qué términos le habla a una mujer., bien respetuoso conmigo ha sido, con los términos, con las palabras”.

“Fui enganchando con su generosidad, con su elegancia, con su gentileza. Ahora me doy cuenta, que es hombre viejo, sabe cómo conquistar a una mujer joven, cosas que me gustaría que tenga mi enamorado...es que él es chibolo...con el tiempo va a aprender, no sé si me comprendes... es que él no tiene experiencia... así comenzó mi dependencia hacia él...”.

Tesa no vaciló en creerle que dejaría a su esposa por ella. Ella viajó a Lima por sus estudios y él la veía los fines de semana a escondidas. Para lograrlo se envolvió en una serie de mentiras que en última instancia salieron a la luz y se convirtieron en la comidilla del pueblo y un escándalo a viva voz. Para este entonces Tesa había dado todo por él y se consideraba totalmente dependiente de su cuidado. Cuando él pone fin a la relación ella intenta suicidarse 2 veces. En una intervención realizada por su médico y su familia lo confrontan:

“Mi mamá le dijo “... ¿qué le ofreces a mi hija?” y él me dijo “que le diga ella”. Yo sabía que me ofrecía matrimonio, pero que tenía que esperar porque su mujer estaba mal de salud. Mi hermano le dijo “Sé hombre y di qué le ofreces” y él le dijo “No le ofrezco nada a Tesa”. Ahí se me derrumbó todo, no le podía creer... le dije que no entendía, que me había engañado. Le estaban quitando la máscara delante de mí y entonces me intenté quitar la vida de nuevo. Tenía mi radio... no me quería quitar la vida... eso hace un borderline, pero un dependiente trata de llamar la atención, entonces saqué la antena de la radio y me corté, ahí están las marcas, incluso con la técnica que estaba ahí al costado, me tapé hasta la cabeza, y así fue”.

Es interesante como Tesa discute su propio diagnóstico tergiversando los síntomas de los diferentes cuadros. Refleja una necesidad de etiquetarse, de enmarcarse dentro de un parámetro para entender su conducta. Ese segundo intento de suicidio fue uno de los múltiples intentos por continuar con la relación. Sin embargo él desapareció y nunca se volvieron a ver. Meses después aparecen los primeros síntomas del *binge eating*. El fin de su relación marcó el inicio de la conducta compulsiva por comer, sobre todo de noche.

No es casualidad que el cuadro alimenticio se desencadene en Tesa a partir de esta relación fallida. Según Heatherton & Baumeister (1991) el *binge eating* es motivado por el deseo de escapar de la autoconciencia. Se trata, según estos autores, de personas que tienen altos estándares y expectativas así como una aguda sensibilidad ante las demandas de los demás. Cuando estos estándares no son cubiertos, desarrollan un patrón de auto-conciencia negativo en el que priman la preocupación por cómo serán vistas por los demás y una visión negativa de sí mismas que se acompañan de estrés emocional, ansiedad y depresión. Para escapar de estos estados poco placenteros, restringen su atención y su pensamiento y desinhiben la ingesta compulsiva.

En el caso de Tesa, la relación fallida y el abandono de su pareja causaron una profunda herida narcisista que amenazaba su autoestima y la volvía más consciente de sí y de sus errores. Esto le producía sentimientos negativos de los cuales quería escapar y la comida le proveía el modo de hacerlo. Pareciera como si se quisiera castigar por los errores cometidos, borrando todo lo que hasta el momento había logrado.

“La justificación que yo le pongo es que antes no había comido esas cosas y ahora me quería dar la licencia de comer, entonces empecé a comer no de un porrazo todo, empecé a probar, un día probaba y decía “quiero probar un poquito de arroz” pero no me comía un poquito, me ponía un plato. Me empecé a dar cuenta supuestamente de que era rico, entonces así empezó”.

Constantemente, sobre todo por las noches, Tesa sentía mucha ansiedad y su mente se veía invadida por pensamientos negativos e irracionales respecto a su relación. Muchos de estos se relacionaban con la pérdida de control sobre su relación y a la cólera por haber sido engañada.

“Era la cólera que tenía porque las cosas no habían salido como yo quería, porque no estaban bajo mi control, porque me había engañado, porque eran cosas que no superaba, ¿me comprendes?”

Entonces esas “licencias” poco a poco se fueron incrementando en frecuencia y en cantidad especialmente por las noches. Cuando se sentía angustiada y se encontraba rumiando los mismos pensamientos una y otra vez se levantaba y comía en demasía. La

comida se volvió el centro de su vida. Su obsesión por comer llevó a que su desempeño en la universidad decayera, a mentirle a sus padres sobre su estado de salud y sobre sus notas, a manipularlos y a robar cosas para poder tener dinero y comprar comida.

“Yo tenía conductas que eran inadecuadas, comer ya era obvio que lo hacía, era comedora compulsiva, yo robaba para comer, cogía cosas de mi casa, de mi abuela, me iba a polvos azules, los vendía. Me iba o llamaba a Bambos a Kentucky, a toda la comida chatarra y esa era mi alimentación. Yo llegué a pesar 87 kilos, entonces una vez que yo me fui a la casa de mi abuela en verdad me moría de hambre, pero no es hambre, es ansiedad, me moría de hambre entonces lo que hice fue agarrar 200 soles del cajón de la chica, entonces bueno, la chica se dio cuenta y yo me hice a la ofendida y me sentía mal, pero tenía mucha hambre... no es justificación, en realidad estaba mal en esa época, no sabía lo que hacía”.

Comenzó a manifestar conductas propias de una persona adicta, mentía descaradamente sobre lo que hacía y cómo obtenía la comida. Su familia comenzó a preocuparse por el cambio en sus hábitos alimenticios y por su evidente subida de peso, le retiraron la confianza, dejando de creer en lo que les decía.

“Si notaba la desconfianza, la preocupación por mí, pero en ese momento mi conchudez, mi cinismo era tan grande que me ofendía, imagínate, yo les ponía caras y les decía, “cómo van a creer que soy capaz de hacer eso”... entonces al final mi familia sabía que era yo, pero como les mostraba mi ofensa, al final no me decían nada y por ende yo continuaba haciendo lo mismo”.

Si bien su aumento de peso era evidente y su apariencia había cambiado de forma radical refiere que no le importaba estar gorda y que era consciente de que lo que hacía estaba mal pero y que necesitaba ayuda pero le costaba pedirla. Es gracias a un doctor en particular que Tesa llega al centro y es internada. Refiere que ahora se siente diferente, cambiada y aprendió que mucho de lo que sucedió con ella se debe a sus características personales.

Respecto a su relación con sus figuras parentales, cabe resaltar que Tesa recuerda haber sido excesivamente dependiente de su madre cuando era pequeña, muy celosa y posesiva con ella. Refiere: “mi mamá es mía, mía, mía y mía” y que incluso no le gustaba que sus hermanos se acercaran a ella. Por tanto, utilizaba el llanto y la pataleta como medio para manipular a su madre de modo que le prestara más atención a ella en lugar que a sus hermanos, revelando un narcisismo vulnerable, es decir, que el rechazo y el abandono del objeto se experimentan como una herida narcisista.

“Mi hermano era chiquitito, yo de 4 y él de 6. Yo me acuerdo que mi hermano se acercaba a mi mamá, ella me cargaba y yo con el pie lo pateaba, lo empujaba para que se vaya, porque mi mamá era solo mía. Entonces lo que mi mamá hacía y eso creo que es correcto, era dejarme en el piso y lo acariciaba a mi hermano, pero al final mi mamá regresaba conmigo, porque lógicamente yo hacía berrinche, supuestamente era la más niña, ya era esa mi forma de manipular desde chiquitita”.

Existía una fuerte dependencia de Tesa hacia su madre desde muy pequeña, como hemos explicado. Hacía prácticamente todo con ella y sin embargo no consideraba esa cercanía como negativa, por el contrario, prefería que fuera así. Inclusive el mayor reparo que tenía en relación con el internamiento para ser tratada, era la posibilidad de separarse de su madre.

“Lo que si le daba bastante pena a mi mamá es que yo era una chica bastante... yo me catalogaba así, era bastante solitaria, no tenía amigas. Quizá ahora me doy cuenta, era la forma de compensar el hecho de que mi mamá y yo éramos como uña y mugre. Yo salía a algún sitio y mi mamá estaba ahí, yo salía a comprar algo, a tomar algo y salía con mi mamá, no tenía con quien salir”.

“Más me costó estar en el centro porque iba a estar lejos de mi mamá, porque todo lo hacíamos juntas, iba a comprar algo, iba con mi mamá, iba a tomar algo, iba con mi mamá, a mi universidad iba a ver, con mi mamá, a un examen médico, con mi mamá, a cortarme y pintarme el pelo, con mi mamá, entonces yo siento que eso para mí es algo dependiente.”

Inclusive, recuerda que cuando era más pequeña, la sola posibilidad de pensar en que podía sucederle algo a su madre era generadora de múltiples angustias que no se calmaban con nada.

“Yo me quería morir. Por lo general mi papá no se enfermaba, pero si mi mamá se enfermaba, la tumbaba la alergia, yo decía que era el fin del mundo. Si mi mamá se moría, yo me moría también. Sentía que no podía hacer nada si mi mamá se moría. Una vez me acuerdo en la mecedora ahí en Tarapoto me puse a llorar y le dije ‘mamá nunca te mueras porque si te pasa algo me voy a morir’.”

Por otro lado, si bien Tesa adoraba a su madre, siempre estuvo disconforme con sus severas exigencias pues permanentemente frenaba su espontaneidad y esperaba que se comportara bajo ciertos parámetros rígidos y no negociables.

“Si ha habido exigencias de parte de mi mamá, que me tengo que comportar de esta manera, vestir de esta manera, que tengo que hablar de esta manera, desde niñita, me tengo que presentar así, hablar así, con los pies cruzados, vestirme de esta manera porque una niñita se porta así. Y así lo hice muchos años de mi vida hasta que un día me rebelé y fue que me voy a de la casa”.

Tesa sufría mucho con las exigencias de su madre por lo que solía comportarse mal, no hacer caso y hacer pataleta por ello. Ello tenía como consecuencia que su madre la golpeará regularmente cuando era pequeña. Si bien no la justifica, reconoce haber sido una niña que era muy contestona y malcriada que enervaba a su madre y terminaba desatando muchos conflictos en casa.

“...de chiquita mi mamá nos pegaba, pero ya cuando yo era muy lisa, muy contestona ya recurría mi mamá a los matamoscasos me acuerdo..jajaja.. a los correasos. Eso hacía cuando se enojaba, primero hablaba pero después recurría a corretearnos porque mi papá no paraba en la casa”.

Respecto a la relación de Tesa con su padre, recuerda buenos momentos a pesar de no haber compartido mucho tiempo con él.

“No he compartido mucho tiempo con él porque él paraba más tiempo trabajando pero si los tiempos que he estado con él, sí sentía su amor ya... lo que sí veo de él es que es bastante trabajador, amoroso, dedicado a su trabajo, a su familia también”.

Comenta que lo trataba con afecto y cariño pero que sus interacciones solían darse para pedirle cosas. Él también reforzaba en ella ideas de grandiosidad. Hasta ahora refiere que su padre siempre tenía tiempo para ella y que en alguna medida la prefería por sobre sus hermanos, quizá por ser la menor y ser mujer. Tener a su padre para ella reforzaba su importancia y su seguridad.

“Recuerdo cuando yo llegué del jardín y le conté a mi papá que unos niñitos en el jardín me querían besar, él me aplaudió y me dijo “bravo, esa es mi hija que no se deja besar por hombres”. Esa era su forma de incentivar me cuando yo hacía algo supuestamente correcto”.

“Si cariñoso cuando está de buen humor pero conmigo siempre, quizás, no sé si es correcto decirlo pero...como que conmigo siempre tiene tiempo. Cuando mis hermanos lo llamaban y no tenía tiempo no les contestaba. Pero si yo le llamaba, dejaba todo para contestarme a mí”.

“Yo le llamo y me contesta y mi hermano me dice “pucha Tesa, a ti siempre te contesta papá en donde esté, a mí no me contesta”. Eso me da seguridad, que mi papá me haga más caso a mí. Eso siempre desde chiquita me hizo sentir”.

Las entrevistas son, en términos formales, muy coherentes. Se observa que Tesa mantiene una buena disposición para hablar de los temas que se le proponen y en general sus respuestas fluyen de manera organizada y natural. Asimismo, en diversos pasajes de la entrevista demuestra estar pensando sobre sus propios pensamientos y sus interpretaciones de las situaciones parecieran reflejar una suerte de coherencia de mente que no se ha encontrado en las demás entrevistadas. Inclusive su psicóloga reporta que Tesa es una de las pacientes que mayor progreso y menores retrocesos ha tenido, resalta la flexibilidad y madurez que manifiesta, pero que le ha costado lograr.

Pareciera existir un balance y proporción entre el contenido de su discurso, la articulación del relato y el afecto demostrado. Por ejemplo, en este pasaje Tesa reconoce que, si bien extraña a su madre, es saludable y mutuamente beneficioso que estén separadas por un tiempo:

“ahora ella está en la selva, es algo que necesitamos. Sí me cuesta, me da pena que ella esté lejos. Se ha ido por un corto tiempo, es algo que se necesitaría hacer con frecuencia para que ambas aprendamos a yo confiar en mi misma, a estar segura de que puedo hacer las cosas correctas sin necesitar la aprobación de mi mamá y que ella se dé cuenta de que si me equivoco tengo la capacidad sin soberbia ni orgullo que puedo enmendarla. Pienso que en general que las cosas están mejorando”.

Lo mismo se observa en relación a su padre. Tesa observa que hay un cambio positivo en él y en ella también y que su relación ahora es más abierta y ella, más autónoma, que es algo que siempre anheló pero temía profundamente. Tesa ahora busca tomar sus propias decisiones y llevarlas a cabo y su padre está intentando ajustarse a ello.

“Ha mejorado un montón gracias a las terapias, este, mi relación con mi papá, cuando yo vine acá a vivir, hablaba poco con él, nos veíamos cada 2 meses que viajaba a Tarapoto cuando terminaba el ciclo. Llamaba para pedir algo, para saludarlo y de paso le pedía algo. Pero ahora por ejemplo, la relación ha cambiado, lo llamo, él me llama para saludarme saber cómo estoy, qué estoy haciendo. Si hay problemas cuando a él no le agrada algo. No le gusta que esté en el inglés de 7pm a 9pm, no está de acuerdo pero es una decisión que he tomado yo. Es algo que él está aprendiendo a aceptar las decisiones de su hija, a confiar, a pensar que su hija tiene criterio, que puede tomar decisiones. Estamos aprendiendo a respetarnos y conocernos.

Del mismo modo, pareciera existir en Tesa una capacidad para reflexionar sobre sus propios defectos e imperfecciones y las de sus padres. Inclusive reconoce la responsabilidad y culpa que todos pueden haber tenido en los problemas familiares y en el inicio de su trastorno alimenticio.

“Yo no responsabilizo a mis padres de todo lo que he hecho pero si pienso que ha habido una responsabilidad compartida. Yo desde chiquita no me daba cuenta de las cosas. Cuando fui creciendo me empecé a dar cuenta. Pero ellos no han crecido en escuela para padres, a ellos no les han enseñado a criarme. Yo fui creciendo aprendiendo, si yo sacaba buenas notas me premiaban con algo, una casaca nueva, pantalón nuevo, era lo que me convenía. Si yo hubiera tenido fuerza de voluntad hubiera podido decir no. Esto no es correcto. Lo digo ahora porque ya aprendí, pero esa sobreprotección no ha sido correcta”.

Además, se observa que Tesa se preocupa por otorgar información suficiente y detallada de modo que el otro pueda comprenderla. Es decir, no asume que el otro ya conoce su historia. Son muy pocas las veces en que evoca ideas adicionales o se desvía de la pregunta. Como se dijo anteriormente, resalta el cuidado que coloca en la elección de sus palabras y en los gestos que acompañan al relato, el afecto asociado es expresado con delicadeza.

A partir de esta información, pareciera que Tesa se encontraría en la categoría de apegos seguros pues presenta no sólo coherencia de mente sino también del discurso, es decir, no viola las máximas de Grice. Se trata de una persona que ha desarrollado una coherencia de mente que le permite evaluar las experiencias relacionadas con el apego conforme van ocurriendo, consistente, organizada, capaz de identificar sus propios sentimientos, considerar las posibles reacciones de los demás, sus sentimientos, sus necesidades y pensar en términos de causa efecto (Tasca, Ritchie & Balfour, 2011).

Respecto a su función reflexiva y la capacidad para reconocer y experimentar estados mentales en sí misma y en otros encontramos que Tesa puede hacerlo satisfactoriamente. Se observa un reconocimiento de que la entrevistadora y ella poseen mentes separadas pues busca hacer entender al entrevistador las situaciones y sus estados mentales con cuidado. Del mismo modo es capaz de aceptar las experiencias que le suceden y hablar sobre ellas sin colocarse en una posición defensiva, así fueran negativas, ambos criterios que indican una *marcada función reflexiva* (Fonagy, Target & Steele (1998). Es capaz de entender que su conducta tiene consecuencias en los demás, por ejemplo, reconoce que era esperable que su malcriadez exasperara a su madre:

“Sí, me daba miedo igual cuando mi mamá me reñía cuando era niñita, pero cuando era grande antes de que me peguen ya empezaba a llorar, me dolía cuando me tocaban, cuando me pegaban. No me golpeaban todo el tiempo, solo cuando hacía algo que no era correcto. No los estoy justificando porque no justifico el golpe, pero yo era bien contestona, bien lisa, se puede decir que malcriadilla... “fuera de acá” les contestaba, desde chiquita, desde ratona, era bien malcriada”.

Sorprende su capacidad para reflexionar e integrar los hechos que le han ocurrido con sus vivencias actuales, tomando una perspectiva del desarrollo, es decir reconociendo que los modos de sentir y pensar no son los mismos en diferentes etapas de la vida, especialmente luego de recibir tratamiento.

“Yo desde chiquita no me daba cuenta de las cosas. Cuando fui creciendo me empecé a dar cuenta. Pero ellos no han crecido en escuela para padres, a ellos no les han enseñado a criarme. Yo fui creciendo aprendiendo, si yo sacaba buenas notas me premiaban con algo, una casaca nueva, pantalón nuevo, era lo que me convenía. Si yo hubiera tenido fuerza de voluntad hubiera podido decir no. Esto no es correcto. Lo digo ahora porque ya aprendí, pero esa sobreprotección no ha sido ‘correcta’”.

Finalmente agrega al final de la entrevista que ahora se encuentra buscando hacer links entre las historias de las diferentes mujeres de su familia y se anima a hipotetizar que las múltiples exigencias de su madre podrían ser un intento de realizar a través de ella, metas que no había podido alcanzar.

“[sobre su madre y sus expectativas] quizá ella quería conseguir en mí lo que ella no ha podido hacer. Para mí es una suposición. Es que mi mamá no fue a la universidad. Yo estoy haciendo un análisis con la psicóloga. Todo viene de un matriarcado, matrimonios truncados, pero en el caso de mi mamá no. Ella trató de dar la vuelta para no hacer lo que sus antecesores hicieron. Quizá en mí, se suponía que conmigo se iba a hacer todo lo que en ella no se hizo, pero al yo irme de mi casa y todo, ya no se pudo hacer. Quizá es un sueño truncado.

Observamos que en Tesa, el cuadro alimenticio ha servido como un dispositivo para no lidiar con los recuerdos dolorosos de su relación fallida y salvaguardar su autoestima.

A pesar de las experiencias dolorosas y la excesiva dependencia que mostraba hacia su madre, pareciera que la terapia la ha ayudado no solo a revertir su problema alimenticio sino también a virar hacia un estilo de apego más seguro así como ayudar a controlar sus rasgos y defensas narcisistas. Es el único caso dentro de la muestra de pacientes entrevistadas, en donde se aprecia que la psicoterapia ha tenido un efecto positivo en su estilo de apego. Según Roffman et al. (2005) la psicoterapia tiene el poder para reescribir a nivel cerebral, y modificar un estilo de funcionamiento que ha estado perenne en ella. Schore (1996) sugiere que las experiencias en la relación terapéutica se codifican en la memoria implícita, efectuando cambios en las conexiones sinápticas de ese sistema de memoria en relación a los vínculos y al apego, y que, en dicho sentido, la relación terapéutica puede ayudar a transformar recuerdo negativos implícitos creando una nueva codificación a partir de la experiencia positiva de apego.

Farber (2000) apunta además que el éxito de la psicoterapia deviene del apego que tenga el paciente hacia el terapeuta pues dicho vínculo permitirá que el paciente se sienta sostenido y apoyado. El soporte proviene de la regularidad del terapeuta, de modo que la paciente entienda que hay alguien ahí para sostenerla y no tenga que recurrir a lastimar su propio cuerpo para sentirse mejor. En el caso de Tesa, ella misma explica que su terapeuta supo colocarle límites y darle confianza para tomar sus propias decisiones. La psicóloga reafirma esta idea, dando a entender que Tesa ha sido artífice de su propio cambio, a base de esfuerzo, avances y retrocesos, pero que pudo generar con ella una buena alianza terapéutica que ha revertido en resultados exitosos.

Conclusiones

Como se ha podido apreciar a partir de los casos analizados, cada una de las seis entrevistadas es única, tiene características que la definen y un funcionamiento particular. Asimismo, el desarrollo de los TA, sus síntomas, el curso que cada cuadro ha ido tomando y sus experiencias con el tratamiento, son singulares, pero a la vez son cuadros resistentes al cambio y de una duración prolongada. Sin embargo, se han podido identificar ciertos aspectos que sus narrativas comparten.

En este sentido, es importante recordar que, según Siegel (1999), la experiencia mental interna no es un proceso fotográfico, sino que se trata, más bien, de construcciones y representaciones que el cerebro hace en interacción con el ambiente presente, en el contexto de experiencias pasadas y expectativas de futuro. Por ello, cada persona tiene una forma única de ver el mundo. Al respecto, es fundamental tomar en cuenta que los relatos de estas pacientes se basan en las representaciones y configuraciones que ellas han realizado de sus vivencias, las cuales se encuentran basadas en percepciones y en formas de aprehender la realidad. No obstante, lo importante justamente es que estas representaciones y configuraciones particulares de sus vivencias en relación al apego con sus cuidadores primarios han devenido, en la mayoría de los casos, en estilos de apego inseguro y formas muy básicas de mentalizarse, a sí mismas y a los demás.

Debemos iniciar señalando que todas las entrevistadas hacen referencia a situaciones difíciles, algunas traumáticas, que tuvieron lugar en la relación con sus padres, señalándolas como elementos causales innegablemente asociados a lo que les ha sucedido. Al respecto, Ringer & Crittenden (2007) sugieren que los conflictos familiares, sobre todo aquellos que se dan en la relación entre los padres, y sus propias historias de trauma, pueden generar que se desarrollen apegos inseguros y trastornos alimentarios. Para estos autores, uno de los elementos que más daña es la presencia de una madre emocionalmente ausente.

En esta línea, resulta interesante notar que en los casos que se han recogido, pareciera que la presencia de esta madre emocionalmente ausente es una constante. Como explicaba Bruch (1973), estaríamos hablando de madres que presentan serias dificultades para diferenciar sus necesidades y las de sus hijas, exhibiendo respuestas inconsistentes (no contingentes según Siegel) que contribuyen al desarrollo de cuadros

patológicos en la niña y le niegan la oportunidad de aprender a discriminar sus propias sensaciones corporales e internas. Como se observa, cuando las madres son intrusivas, sobreprotectoras e incapaces de ver a sus hijas como seres diferenciados y poseedores de un lugar en el mundo, las dificultades emergen. Al respecto, recordemos que para que el sujeto nazca psíquicamente es fundamental que este sea visto inicialmente por el objeto. De este modo, si la primera mirada del cuidador se encuentra cargada de sus identificaciones proyectivas, la primera noción que el sujeto tiene de sí mismo se verá trastocada (Rocha, 1995) y por tanto, la capacidad del individuo de integrar un sentido de self coherente, será menor (Siegel, 1999).

Asimismo, resulta interesante mencionar que, de acuerdo a lo que señala Vaccarezza (2002) para una niña, que su madre no la satisfaga plenamente, la lleva a separarse de ella y dirigirse al padre. No es casualidad, entonces, que en algunos de los discursos presentados por las entrevistadas, la presencia de un padre adorado, idealizado, perfecto a pesar de todos sus errores, se encuentre presente.

Es importante acotar que esta fuerte presencia de traumas no resueltos, situaciones de violencia, separaciones abruptas, experiencias de abandono y pérdidas que no han terminado de ser procesadas, elaboradas y manejadas concuerda con la literatura revisada (Fonagy et al., 1996; Ringer & Crittenden, 2007; Zachrisson & Kulbotten, 2006).

En términos de apego, como se explicó anteriormente, Ward, Ramsey & Treasure (2000) concluyeron en su investigación que independientemente del instrumento de evaluación utilizado, los patrones de apego en pacientes con TA solían ser más anormales que en personas sin el TA. En la presente investigación, en términos generales, el tipo de apego encontrado en estos seis casos se corresponde con lo hallado en estudios previos. Como plantean Noe (2001) y Candelori & Ciocca (1998), pareciera que los apegos evitativos se encontrarán más asociados con la anorexia y los preocupados con la bulimia.

En esta investigación en particular, Ana, quien solo ha tenido anorexia, presenta un estilo de apego evitativo, el cual la lleva a evitar involucrarse en relaciones profundas con otros y a exhibir una elevada desconfianza interpersonal. Asimismo, ha creado una estructura defensiva de memoria que le impide acceder a recuerdos dolorosos y minimiza los hechos. Por su parte, Vania, Valery, Cristel y Karina, quienes han tenido cuadros

mixtos de anorexia y bulimia, intercalando periodos de restricción extrema con periodos de atracón y purga voraces, presentan un estilo de apego preocupado, donde la regulación emocional es pobre. Así, se les observa agitadas, inundadas de cólera al acceder rápidamente a recuerdos dolorosos que reviven en el presente y, también, se observa en ellas un estilo interpersonal donde las relaciones ocupan un rol central. Finalmente, Tesa, quien sufrió de binge eating y cuya sintomatología fue la menos severa del grupo, presenta actualmente un estilo de apego seguro, que podríamos suponer, se fue configurando a partir de la experiencia terapéutica exitosa que tuvo con su psicóloga.

A pesar de que no se ha dado la presencia de apegos desorganizados en ninguna de las entrevistadas, pareciera que esto no fue siempre así. Vínculos posteriores, como parte del tratamiento al que han sido sometidas, podrían haber hecho que, los mismos, devengan en patrones de apego inseguro y, como en el caso de Tesa, incluso seguro.

Sobre este punto, recordemos que Siegel (1999) remarca que cuando el comportamiento parental es fuente de desorientación y terror, el niño desarrolla estilos de apego desorganizados. Estas personas reportan experiencias repetidas de comunicación en que el comportamiento de los padres es abrumador, aterrador y caótico. Entonces, cuando la madre es fuente de alarma, el niño entra en una paradoja biológica, pues el sistema de apego está configurado de modo tal que el niño busque proximidad en momentos de estrés para ser calmado y protegido. Sin embargo, en esta situación, el niño tiene el impulso a aproximarse a la fuente que lo aterroriza y de la cual quiere escapar. En esta paradoja, la solución es que el sistema de apego se convierta en uno desorganizado y caótico. Si nos damos cuenta, el niño adopta el modelo de relación de su cuidador como propio y lo replica, lo que pareciera haber sucedido en estas pacientes. Como se ha mencionado, a partir de esto, resulta posible plantear como hipótesis, que los estilos de apego encontrados corresponden a su funcionamiento mental actual y que quizá, antes de iniciar el tratamiento podrían haber tenido núcleos de funcionamiento desorganizados.

Por su parte, lo mismo pareciera suceder en relación a la función reflexiva. Respecto a ello, encontramos que todas, salvo Tesa, encajan dentro de la categoría de *función reflexiva cuestionable*. Según Fonagy, Target & Steele (1998), los tipos más comunes al interior de esta categoría son *ingenua/simplista* e *hiperactiva/hiperanalítica*. Observamos que tanto Vania, Valery y Ana encajan en la primera categoría pues sus entrevistas dan cuenta de un entendimiento parcial de las intenciones de los demás, normalmente explicándolas de manera superficial y utilizando para ello discursos

aprendidos y clichés. Sus representaciones de los demás son marcadamente escindidas, a veces contradictoria y desintegradas. Si bien utilizan el lenguaje de los estados mentales, no logran proveer de la suficiente información y evidencia para justificar sus explicaciones en relación a los sucesos. Por otro lado, Cristel y Karina presentarían una función reflexiva hiperactiva e hiperanalítica dado que producen mucho contenido y explicaciones largas, detalladas y profundas, pero cuyos insights se presentan desintegrados. Es decir, son muy analíticas y reflexivas pero el contenido de las reflexiones no es convincente, se torna intrincado y difícil de seguir.

Tesa, finalmente, es la única cuya función reflexiva denota un reconocimiento y entendimiento de los estados mentales propios y ajenos. Reconoce que ella y la entrevistadora poseen mentes separadas, comprende las consecuencias de sus actos, es capaz de integrar los hechos que le han sucedido con vivencias actuales tomando en cuenta el momento de desarrollo en que las vivió y busca generar similitudes entre sus experiencias y las de otras mujeres de su familia.

Pareciera pues que el tratamiento ha actuado como instrumento para que el funcionamiento reflexivo de estas pacientes mejore en alguna medida. Se puede hipotetizar que la capacidad de estas pacientes de mentalizarse a sí mismas y a los demás antes de ser atendidas pudo haber sido muy pobre. Al respecto, recordemos que la capacidad de “leer la mente” de los demás se va moldeando a partir de las experiencias que sus cuidadores les van reflejando en sus interacciones, en sus muestras de afecto, en cómo reaccionan ante su malestar. Asimismo, redundarán en las capacidades que el niño construya para enfrentar las situaciones, autoregularse, ser autónomo, construir una identidad y un sentido de coherencia apropiados (Fonagy et al 2002; Siegel, 1999).

Retomando a las entrevistadas, vemos que una constante en ellas ha sido la escasez de interacciones coordinadas, sintonizadas con sus cuidadores que les permitieran desarrollar esta capacidad y que, por el contrario, sus experiencias con ellos les generaban elevados montos de estrés. Se trató de cuidadores incapaces también de atribuir apropiadamente una mente a sus hijas, separada y diferenciada, con necesidades propias. Ello, sumado a la violencia en algunos hogares les negó la posibilidad de pensar y elaborar sus experiencias, de jugar, ser espontáneas, de establecer vínculos interpersonales significativos y profundos con otros, de enriquecer su mundo mental.

Pareciera entonces que la experiencia de ser escuchadas y pensadas en los procesos terapéuticos les ha permitido conectar y pensar, así sea a un nivel básico, sus vivencias y sus afectos. Sin embargo, recordemos que estos estilos de funcionamiento mental y estas capacidades se han configurado desde la niñez y se han solidificado. Por tanto, son resistentes al cambio y requieren de mucho cuidado y una adecuada aproximación terapéutica para que el cambio sea verdadero. En dicho sentido, no queda claro si sus capacidades están siendo potenciadas y nos encontramos frente a mejoras genuinas o si priman los discursos aprendidos. Esto se torna más dudoso aún si consideramos que en varias de ellas, se observa un uso del lenguaje psicológico y de etiquetas (p.e. “soy dependiente emocional”) vacías, sin mucho contenido.

De otro lado, es fundamental entender que la adolescencia tardía es el momento del desarrollo en que la persona se responde preguntas sobre su identidad y se exploran las creencias en relación a uno mismo y a los demás. Así, el proceso de individuación en que el adolescente se ve como una persona separada de la familia y desarrolla un sentido de identidad es la tarea fundamental del adolescente. En el caso de estas pacientes, pareciera que esta tarea del desarrollo les demanda mucho a nivel psíquico, las desestructura y les exige sobremanera. Por ello, no es casualidad que el inicio de sus TA o un mayor deterioro en ellas sea antecedido por circunstancias que demandan que asuman responsabilidades propias de la vida adulta o que exijan que sus relaciones interpersonales adquieran una cualidad madura y adulta. Recordemos además que según Barth (2003) una sana transición en este proceso de búsqueda de identidad solo es posible en un contexto de apego seguro, lo cual en este grupo de pacientes, pareciera no haberse dado así.

Integrando estos hallazgos, pareciera que los TA se asociaran con estrategias de desactivación para minimizar las necesidades de apego. De este modo, los síntomas que presentan pueden servir como una estrategia para mantener la proximidad entre la paciente y su figura de apego, si bien esto se logra de manera desadaptativa (Orzolek-Kronner, 2002). Asimismo, los síntomas se asocian con una falta de atención e inhabilidad para discriminar los propios estados internos y las señales de presión interna (Tasca, Ritchie & Balfour, 2011), es decir, este les ofrece un medio para depositar sus angustias, ansiedades y temores, deshacerse de ellos y evitar pensar en estas experiencias. Sirven así como dispositivos de regulación emocional, para calmar la angustia que experimentan y no enfrentar lo que realmente las daña.

Al respecto, es posible notar que los efectos de los traumas experimentados conducen a sensaciones de embotamiento y adormecimiento emocional, las que pueden ser vividas como displacenteras. En este sentido, las sensaciones intensas, así como las dolorosas, pueden ser requeridas como medio para alcanzar un grado de estimulación que compense la falta de capacidad para reaccionar afectivamente a estímulos normales, con el fin de alcanzar una homeostasis psíquica. Rompiendo con la disociación y el embotamiento afectivo, las pacientes recuperan la conciencia de su propia existencia y constatan su propio dolor, con cierto grado de alivio (Rodríguez et al, 2007). De alguna forma, estas conductas les dan vida.

Como podemos darnos cuenta, estas pacientes no han aprendido a integrar su experiencia emocional como elemento que les permita elaborar sus vivencias y por tanto retornan al cuerpo y a un modo prementalizador para expresar su malestar. En dicho sentido y retomando el concepto de *afectividad mentalizada*, pareciera que estas pacientes presentan serias dificultades en comprender el significado subjetivo de sus estados afectivos, reflexionar sobre ellos y por tanto su posibilidad de identificarlos, regularlos, modularlos y expresarlos apropiadamente es escasa. (Fonagy et al, 2002; Jurist).

De otro lado, los gestos suicidas, las autolesiones, las purgas, son intentos de revivir y volver a actuar el trauma. Según Farber (2008) la teoría del apego permite entender que los seres humanos pueden aferrarse tanto al dolor que no pueden vivir sin él y, en dicho sentido, los procesos disociativos que resultan del trauma, se interconectan a nivel cerebral y dan paso a las autolesiones. Así estas se configuran como intentos por terminar o interrumpir estados intolerables de conciencia donde se sustituye la angustia por la despersonalización y la desrealización. Eventualmente esto les permite reducir los sentimientos de soledad y vacío que experimentan.

Asociando estos síntomas, pareciera que estas pacientes han funcionado de manera prementalizadora y teleológica pues el cuerpo se configura como escenario y elemento concreto en el cual todo lo que no puede ser pensado, representado y elaborado se vuelve real y toma forma, aunque primitiva. En sus cuerpos se condensa el amor, el abandono, la rabia, la ausencia de palabras y el paso al acto (Cardó, 2008). Para dar continuidad a su existencia, deben sentir en el cuerpo, pues sólo así este hablará y actuará (Bolbot, 2007).

El síntoma deviene en una construcción personal y única, una puesta en acto ante la desaparición del pensamiento y de las palabras, un corto-circuito que despliega un mensaje o complejo cifrado y latente, de contenidos internos y vivencias relacionales. Así, en estos síntomas, se hace lo que no puede pensarse ni decirse y se sitúa el regreso al cuerpo, un cuerpo que se busca fragmentar y con el cual las pacientes hablan un lenguaje sin palabras al ser escenario del dolor (Cardó, 2008).

De otro lado, tomando en cuenta los aspectos contratransferenciales, la relación establecida entre las pacientes y las entrevistadoras fue particular y diferente con cada una. Con algunas resultaba más sencillo entablar una genuina conexión y empatía ante sus dificultades. Tal es el caso de Cristel y Karina, quienes generaron mucha simpatía en las entrevistadoras y una sensación de que se encontraban luchando por mejorar, sanando y recuperándose. Fue difícil cotejar luego, al realizar el análisis de las entrevistas de que no estaban tan bien como se esperaba.

Otras, como Vania, Ana y Valery generaban mucho malestar y sensación de sobrecarga tanto en la entrevista como durante el análisis de la misma. Se percibió mucho sueño, debilidad, malestar físico y emocional, disgusto, necesidad de postergar y desorganización frente a la tarea de acercarnos al material. Sus narrativas poseían contenidos agresivos, destructivos, cargados de pulsión de muerte y daba la sensación de que podían colapsar en cualquier momento. Si para ellas mismas resulta tan difícil pensarse a sí mismas y se trata de una tarea que prefiere evadirse, pasando a elementos más concretos que no signifiquen amenaza, resulta comprensible que para las investigadoras la labor resultara extenuante. Es curioso además que las expresiones a nivel corporal que el material generó en ellas fueran intensas y se ubicaran en lugares del cuerpo paradigmáticos: dolores de cabeza, sueño, cansancio, náuseas, dolor de estómago y vómito en una ocasión.

A partir de todo lo expresado, vale acotar que el estudio tuvo a una muestra conformada por personas muy heterogéneas, con características demográficas y clínicas distintas y por tanto con una particularidad propia que fue la que se quiso resaltar, dando lugar a que cada una de ellas tuviera su propio espacio en el estudio. Así, una conclusión importante es que es difícil deslindar qué tanto los patrones de apego y las capacidades de función reflexiva halladas en ellas se han visto modificadas por el tratamiento y la medicación y moduladas por la severidad de los síntomas y el tiempo con la enfermedad.

Sin embargo, no queda duda de que el TA se configura a partir de experiencias primarias que derivan a estilos de apego inseguros.

En relación al aporte del estudio, O'Shaughnessy & Dallos (2009) plantean que la investigación, y particularmente los estudios narrativos, cualitativos son cruciales para el entendimiento de los modelos de apego y su relación con el trastorno alimentario. Dichos autores refieren que el permitir a las personas dar cuenta de sus experiencias constituye una buena evidencia de su día a día y de los significados que otorgan a sus experiencias permitiendo al investigador conservar la singularidad de la historia de cada persona. Consideramos que ese ha sido el aporte sustancial de la investigación: dar voz a cada una de las pacientes que brindaron su tiempo para intentar comprender las intrincadas relaciones entre estos conceptos.

Sugiriendo algunos alcances para el tratamiento de pacientes con TA desde la perspectiva del apego y la mentalización, la investigación en torno al tratamiento de los TA sugiere que aquellas personas que los apegos inseguros son los que menos se benefician de tratamientos enfocados en la reducción de los síntomas y más bien, una intervención que tenga un doble foco en el TA y en el apego puede ser más productivo.

Siegel (1999) refiere que organizando el self de manera transversal en pasado, presente y futuro, la mente integrada crea un sentido de coherencia y continuidad que puede ser valorada a partir del examen de la estructura de las narrativas autobiográficas. La coherencia de la narrativa se refleja en el modo como se transmite la historia de vida y cómo esa vida es vivida. Entonces, la historia de apego reflejada en las narrativas de apego adulto, refleja la capacidad del individuo de integrar un sentido del self coherente. Una integración problemática aparece en los trastornos mentales, como los TA, y conlleva a una sensación de parálisis, caos y rigidez. Sin embargo, las relaciones humanas pueden promover la resiliencia y el bienestar facilitando esta posibilidad de integración.

En dicho sentido, como sugieren Tasca, Ritchie & Balfour (2011) que el clínico pueda valorar el tipo de apego del paciente y ahondar en los dominios del apego mencionados: estilo interpersonal, regulación afectiva, coherencia de mente y funcionamiento reflexivo, así como la desorganización producto del trauma pueden proveerlo de un panorama completo del funcionamiento del paciente. De este modo se podrá diseñar intervenciones más acordes a la realidad de cada paciente que les permitan acceder a una mayor integración de su self.

Referencias

- Ainsworth, M., Behar, M., Waters, E. & Wall, S. D (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Erlbaum.
- Allen, J.G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(2), 91-112.
- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 adult attachment interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development*, 11, 223–263.
- Banister, P; Burman, E., Parker I., Taylor M. & Tindall C. (1994). *Qualitative methods in psychology: A research guide*. Buckingham: Open University Press.
- Barone, L., & Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: A pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 11, 405–417.
- Barth, F.D. (2003). Separate but not alone: Separation-individuation issues in college students with eating disorders. *Clinical Social Work Journal*, 31, 139-153.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young-adults: A test of a 4-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–244.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). Mentalization based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.
- Bemporad, J. (1997) Cultural and historical aspects of eating disorders. *Theory of Medicine* 18: 401-420.
- Benoit, D. y Parker, K. (1994). (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444- 1457
- Bilbao, I. (2011) El impacto de la violencia marital en la mentalización del niño. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*.
- Bion, W. R. (1963) *Aprendiendo de la Experiencia*. Buenos Aires: Paidós
- Blatt, S., Shahar, G. & Zuroff, C. (2001). Anaclitic (Sociotropic) and Introjective (Autonomous) Dimensions, Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38(4), Win, 2001. pp. 449-454.
- Bolbot, M. (2007). *L'Empathie Métaphorisante: de l'acte au sens Dans les situations limites*. Conferencia en el Congreso de Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima.
- Bornstein, R. (2001). A meta-analysis of the dependency eating disorders relationship: Strength, specificity and temporal stability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 151-162.
- Boyatzis, R. (1998) *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. California: Sage Publications

- Bowlby J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press (2da ed). Nueva York: Viking Penguin.
- Bowlby J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation: Anxiety and Anger*. Londres: Hogarth Press
- Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss: Sadness and Depression*. Londres: Hogarth Press.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York: Basic Books.
- Buccheim, A. y Kachele, H. (2008) La entrevista de apego adulto y la perspectiva de caso único. Una perspectiva psicoanalítica. *Clínica e Investigación Relacional*, 2(2), 417-432
- Camic, P., Rhodes, J. & Yardley, L. (eds.) (2003) *Qualitative research in psychology: expanding perspectives in methodology and design*, Washington: American Psychological Association.
- Cardó, G. (2008). *Acaso ¿no tengo sino estas marcas crueles? Observaciones psicoanalíticas sobre cortes en la piel en mujeres adolescentes*.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 228-283.
- Cate, R. (2010) *Deficits in mentalization as a risk factor for the future development of eating disorders: A pilot study*. Tesis de Doctorado no publicada. Alliant International University. Estados Unidos.
- Choi-Kain, L. & Gunderson, J. (2008) Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1127–1135
- Collins N.L., & Read S.J. (1999). Representations of attachment: The structure and function of working models. En K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.) *Advances in Personal Relationships Vol 5: Attachment Process in Adulthood* (pp. 53-90). Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Creswell, J. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River: Pearson.
- Crittenden, P. M. (2006). A dynamic-maturational model of attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27, 105–116.
- Decety, J. (2005). Perspective taking as the royal avenue to empathy. En B.F. Malle, & S. D. Hodges (Eds.), *Other Minds: How Humans Bridge the Divide between Self and Others*, (pp. 135-149). New York: Guilford Publishers.
- De las Casas, P. (2008). *Un cuerpo sin sombras. La anorexia y la bulimia una relectura en Freud*. Lima: Fondo Editorial de la UNMSM.

- Del Valle, Y. (2010). *Algunas ideas sobre el silencio y la palabra en la clínica del duelo*. Boletín del centro Eleia de actividades psicológicas.
- Elgin, J., & Pritcgard, J. (2006). Adult attachment and disordered eating in undergraduate men and women. *Journal of College Student Psychotherapy*, 21, 25–40.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003) *Eating disorders*. *Lancet*, 361, 407 -416.
- Farber, S. (1997). Self-medication, traumatic reenactment, and somatic expression in bulimic and self-mutilating behavior. *Clinical Social Work Journal*, 25, 87–107.
- Farber, S. (2000). *When the body is the target: Self-harm, pain, and traumatic attachments*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Farber, S., Jackson, C., Tabin, J. & Bachard, E. (2007). Death and Annihilation Anxieties in Anorexia Nervosa, Bulimia, and Self-Mutilation, *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), 289–305.
- Fonagy, P. (1999a). Attachment, the development of the self, and its pathology in personality disorders. En: C. Maffei, J. Derksen & H. Groen (Eds.), *Treatment of Personality Disorders* (pp. 53-68). Nueva York: Plenum Press.
- Fonagy, P. (1999b). Psychoanalytic theory from the point of view of attachment theory and research. En: J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment Theory and Research*. Nueva York: Guilford.
- Fonagy, P. (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood. The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal*, 24(3), 212-139.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., & Mattoon, G., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22–31.
- Fonagy, P., Redfern, S., & Charman, T. (1997). Individual differences in theory of mind acquisition: the role of attachment security. *British Journal of Developmental Psychology*, 15, 51-61.
- Fonagy P., Steele M., Moran G., & Higgitt A.C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-216.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self organization. *Development and Psychopathology*, 679-700.

- Fonagy, P. & Target, M. (2006). The mentalization focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544–576
- Fonagy, P., Target, M. & Steele, H. (1998). *Reflective functioning manual, version 5*. Manuscrito no publicado.
- Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 113-131.
- González Rey, F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad: Los procesos de construcción de la información*. México: Mc-Graw Hill Interamericana.
- Green, A. (1990). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. Aspectos fundamentales de la locura privada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Green, A. (2004). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del inconsciente*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Greenberg, D. (2001). *Attachment themes relevant to young women with eating disorders*. Tesis Doctoral no publicada.
- Grice, H.P. (1975). *Logic and conversation*. In Cole, P. & Morgan, J. (eds.) *Syntax and Semantics*, Volume 3. New York: Academic Press. pp. 41-58.
- Grossmann, K.E. & Waters, E. (2005). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York: Guilford Press.
- Heatherton, T. & Baumeister, R. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1),86-108.
- Heesacker, R. S., & Neimeyer, G. J. (1990). Assessing object relations and social cognitive correlates of eating disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 419–426.
- Hesse, E. (1999) The Adult Attachment Interview. In *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (eds J. Cassidy & P. R. Shaver). New York: Guilford
- Hill, L., Levy, K. & Meehan, K. (2005) A multidimensional measure of reflective function for rating psychotherapy sessions. Poster presentado en el Mid-Atlantic Regional Group Meeting de la Sociedad de Investigación en Psicoterapia. St. Mary's College Maryland.
- Jeammet, C. & Chabert, C. (1996). *Metapsychological reflections on eating disorders*. Conferencia presentada en el 18th International Colloquium del the Anna Freud Centre. Londres. Noviembre.

- Jurist, E. (2005). Mentalized Affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22(3), 426-444.
- Kornblit, A. L. (2007). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales*. Buenos Aires: Biblos.
- Lanza, G. (2010). La mentalización en la práctica clínica: reseña. *Aperturas Psicoanalíticas*, 34. Extraído de: <http://www.aperturas.org/autores.php?a=Lanza-Castelli-Gustavo>
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24, 581–600.
- Liotti, G. & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (84) 9–25.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1998) *Adult Attachment Scoring and Classification System* (Manuscript). Berkeley, CA: University of California.
- Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (2003). *Adult attachment classification system version 7.2* (Unpublished manuscript). Berkeley: University of California.
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social supports, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10, 239–266.
- Martinez, C. & Núñez, C. (2007). Entrevista de prototipos de apego adulto (EPAA). Propiedades Psicométricas de su versión en Chile. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(3) 261-274.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. Nueva York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Sapir-Lavid, Y. & Avihou-Kanza, N. (2009). What's inside the minds of securely and insecurely attached people? The secure-base script and its associations with attachment-style dimensions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 615–633.
- Noe, S. (2001). *Attachment relationships and eating disorders: Are there differences in the attachment patterns of women with eating disorders?* Tesis Doctoral no publicada.
- O'Shaughnessy, R. & Dallos, R. (2009). Attachment Research and Eating Disorders: A Review of the Literature, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14:559.
- Pearlman, E. (2005) Terror of Desire: The Etiology of Eating Disorders from an Attachment Theory Perspective. *The Psychoanalytic Review*. 92, 223-235.

- Ringer, F., & Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15, 119–130.
- Ritchie, J. & Spencer, L. (1994) *Writing: A method of inquiry*. In N. Denzin & Y. Lincoln (eds). *Collecting and interpreting qualitative materials*. London: Sage.
- Rocha, T. (1995). La primera mirada. Trabajo presentado en el XV Congreso Brasileño de Psicoanálisis Recife en 1995 y en el XXV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, Monterrey en 2004. En: *La Maternidad y sus Vicisitudes hoy*, 2010.
- Rodríguez, M., Gempeler, J., Pérez, V., Solano, S., Meluk, A., Guerrero, E. & Liemann, E. (2007). Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de narrativas en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y mutilaciones. *Revista colombiana de psiquiatría*, XXXVI (02), 237-254.
- Roffman, J., Marci, C., Glick, D. Dougherty, D. & Rauch, S. (2005). Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy, *Psychological Medicine*, 35, 1385-1398.
- Roth, D. y Armstrong, J. (1991). Perceptions of control over eating disorder and social behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 255-272.
- Schore, A. (1996). The experience dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87.
- Sharpe, T., Killen, J., Bryson, S., Shisslak, C, Estes, L., Gray, N., Crago, M., & Taylor, C. (1998). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 39-44.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Nueva York: Guilford Press.
- Skarderud, F. (2007a). Eating One's Words, Part I: 'Concretised Metaphors' and Reflective Function in Anorexia Nervosa—An Interview Study. *European Eating Disorders Review*. 15, 163–174.
- Skarderud, F. (2007b). Eating One's Words, Part II: The Embodied Mind and Reflective Function in Anorexia Nervosa—Theory. *European Eating Disorders Review*. 15, 243–252.
- Skarderud, F. (2007c). Eating One's Words: Part III. Mentalisation-Based Psychotherapy for Anorexia Nervosa—An Outline for a Treatment and Training Manual *European Eating Disorders Review*. 15, 323–339.
- Soares, I. & Dias, P (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. En *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.
- Sroufe, L. A., Duggal, S., Weinfield, N., & Carlson, E. (2000). Relationships, development, and psychopathology. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Eds.) *Handbook of Developmental Psychopathology*, 2nd ed. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Striegel-Moore RH, & Bulik CM. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62:181-198.

- Tasca, G., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., & Demidenko, N., et al. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47, 662–667.
- Tasca, G. A., Ritchie, K., & Balfour, L. (2011). Implications of Attachment Theory and Research for the Assessment and Treatment of Eating Disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1-11.
- Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R. C., Di Pasquale, C., & Siracusano, A. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: Relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68, 449–453.
- Troisi, A., Massaroni, P., & Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 89–97.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74 Part 4, 497–505.
- Waller, G., Sines, J., Meyer, C., Foster, E., & Skelton, A. (2007). Narcissism and narcissistic defences in the eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 40(2), 143-148.
- Wallin, D. (2007). *Attachment in psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
- 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.
- Welldon, E. (2006) ¿Por qué se desea tener un niño? Alcira Mariam Alizade, Londres, Karnac. En: La Maternidad y sus Vicisitudes hoy, 2010.
- Wilson, G.T., Grilo, C.M & Vitousek, K.M. (2007). Psychological treatment of Eating Disorders. *American Psychologist*, 62 (3), 199-216.
- Winnicott, D. (1982). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.
- Yates, A. (1989). Current perspectives on the eating disorders. I. History, psychological and biological aspects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28: 813-828.
- Zachrisson, H. D., & Kulbatten, G. R. (2006). Attachment in Anorexia Nervosa: An exploration of associations with eating disorder psychopathology and psychiatric symptoms. *Eating and Weight Disorders*, 11, 163– 170.
- Zerbe, K. J. (2001). The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 24: 305-313.
- Zusman, L. (2009). *Los desórdenes de la conducta alimentaria*. Anorexia y bulimia. Lima: Fondo editorial PUCP.
- Zusman, L. (2004). *Los desórdenes de la alimentación: Una lectura psicoanalítica*. Tesis de Maestría no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto libre y voluntariamente, sin ningún tipo de coerción de por medio, ser participante del Proyecto de Investigación que conducen las señoritas **Lorena Rodríguez Cuadros y Silvana Romero Saletti** con el respaldo de la directiva de Casa Vida Mujer y de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Entiendo que el propósito de la investigación es el de entender mejor los trastornos alimenticios y orientar mejor mi tratamiento. También entiendo que si participo en el proyecto, me van a preguntar aspectos relacionados a como me siento, como pienso y que cosas hago en situaciones que me generan malestar y también por aspectos relacionados a mi pasado.

Asimismo, me han explicado que voy a ser entrevistada, probablemente en más de una ocasión y que mi voz será grabada. Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria, y que si deseo, puedo retirarme en cualquier momento.

Me han explicado que todas mis respuestas a la entrevista son de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso a ellas. Asimismo, que mis datos personales también se mantendrán confidenciales y se me identificará dentro del estudio mediante un código.

Entiendo que los resultados de la investigación serán presentados de manera grupal, no individual, por lo que no se mencionarán mis datos personales ni mis respuestas en ningún momento.

Si tengo cualquier duda, puedo comunicarme al teléfono 987719897. He leído y entendido este consentimiento informado.

Firma

Fecha

ANEXO B

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Datos demográficos	
Edad:	
Grado de instrucción:	
Ocupación actual:	
Nivel socioeconómico:	
Lugar de procedencia:	
Personas con las que vive:	
Datos clínicos	
Tiempo de enfermedad:	
Diagnóstico principal:	
Diagnóstico secundario:	
Tiempo y tipo de tratamiento	
Peso:	
Talla:	

ANEXO C

ENTREVISTA DE PROTOTIPOS DE APEGO ADULTO

(Martinez y Medina, 2007)

1. Para comenzar me gustaría que me contara brevemente acerca de su hogar cuando ud. era pequeño. ¿Cómo era su familia cuando ud. nació? ¿Quiénes la constituían? ¿Quién vivía con ud.? (hermanos, edades en relación al paciente. ¿Había algunos miembros de la familia extendida viviendo de allegados? ¿Por cuánto tiempo? ¿Qué edad tenía el paciente?).
2. ¿Qué palabras usaría para describir a su madre? ¿Puede describirme cómo era su relación con su madre cuando ud. era chico? ¿Se sentía cercano a ella? ¿Cuándo ella se enojaba, cómo lo demostraba? ¿Qué pasaba si ud. hacía algo que a ella le molestaba? ¿Cómo ejercía disciplina? ¿Cómo lo premiaba o alababa? ¿En esa época hubo alguna circunstancia inusual en la vida de su madre que podría haber afectado el cómo ella lo trataba?
3. Ahora quisiera que me contara sobre la relación con su padre. ¿Qué palabras usaría para describirlo? ¿Cómo fue su relación con él cuando ud. era pequeño? ¿Se sentía cercano a él? ¿Cómo era él cuando se enojaba? ¿Qué pasaba si ud. hacía algo que a él le molestara? ¿Cómo ejercía disciplina? ¿Cómo lo premiaba o alababa? ¿En esa época hubo alguna circunstancia inusual en la vida de su padre que podría haber afectado el cómo él lo trataba?
4. ¿Sentía ud. más cercanía con su padre o con su madre? ¿Por qué piensa que era así? ¿Ud. a quién se parece más físicamente? ¿A quién se parece más en la manera de ser (personalidad)? ¿Con cuál de ellos se identifica más? ¿Qué hacía su madre si ud. estaba enfermo o herido? (preguntar por ejemplos). ¿Qué hacía su padre si ud. se enfermaba o estaba herido? ¿Qué hacían ellos si ud. estaba enojado o molesto por algo? (pedir ejemplos) ¿Sintió alguna vez que sus padres no lo entendían? ¿Cómo reaccionaban sus padres frente a sus logros? ¿Qué pasaba cuando ud. estaba entusiasmado por algo? En algunas familias a los niños les asignan algunos roles, como el malo de la familia, el inteligente, el gracioso, el bonito. ¿Ud. tenía algún rol en su familia?
5. ¿Cómo era la relación con sus hermanos? ¿De quién se sentía más cercano? (preguntar las razones) ¿Con quién tenía más problemas?
6. ¿Cómo era con los amigos cuando era chico? ¿Jugaba con niños fuera de su familia? ¿Tenía amigos durante la educación básica? ¿Tuvo un mejor amigo? ¿Cómo fueron sus relaciones durante la educación media? ¿Cómo fue la escuela en general? ¿Qué clase de experiencia fue para ud?

7. ¿Hubo otros adultos, aparte de sus padres, que fueran significativos para ud.? ¿Podría contarme brevemente acerca de esas personas?
8. ¿Estuvo alguna vez separado de sus padres cuando era pequeño? (separación, divorcio, servicio militar, enfermedad, etc.) ¿Qué sentimientos tuvo?
9. ¿Experimentó alguna pérdida significativa o alguna separación cuando era un niño? ¿Alguien cercano a ud. murió cuando ud. era un niño? ¿Qué edad tenía cuando ocurrió? ¿Cómo se sintió acerca de eso?
10. ¿Qué palabras usaría para describir su propia personalidad? ¿Cómo otros lo describirían?
11. ¿Cuán importante fue conseguir cosas durante su vida?
12. ¿Cómo piensa que sus experiencias de infancia han afectado su personalidad de adulto?
13. Ahora me gustaría que me contara algo de sus relaciones actuales. ¿Cómo es su relación con su padre ahora? ¿Cómo es la relación con su madre ahora? ¿Cómo se lleva con sus hermanos?
14. ¿Hay personas en su vida actual, aparte de miembros de su familia, a quienes ud. considere cercanas y significativas?
15. (si está casado o tiene una relación de pareja) ¿Cómo describiría la personalidad de su pareja?
16. ¿Cómo caracterizaría la relación con su pareja? ¿Cómo se ve a sí mismo en términos de relaciones de pareja? ¿Nota ud. algún patrón o conflicto típico que se le repita en sus relaciones? ¿Cómo reaccionaría ante situaciones conflictivas? ¿Qué haría en caso de problemas con su pareja? ¿Cuál es su concepto de una relación ideal?
17. Si ud. tiene niños, ¿cómo es su relación con ellos?
18. Como un adulto, ¿ha tenido la experiencia de perder a alguien cercano? ¿Qué edad tenía cuando ocurrió? ¿Puede decirme cómo se siente al respecto?
19. ¿Habitualmente ud. debe separarse temporalmente de su pareja o familia, por ejemplo por viajes de trabajo? ¿Cuán frecuente ocurre esto? ¿Qué le sucede con eso? ¿Qué siente? Imagine una separación, ¿qué sentiría?
20. Dígame algo acerca de su trabajo y cómo organiza diariamente su vida.