

Fibromialgia, trauma y EMDR: un protocolo exitoso y una experiencia maravillosa

*Fibromyalgia, trauma and EMDR:
a successful protocol and a wonderful experience*

Begoña Aznárez

Psicóloga. Psicoterapeuta
Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Resumen

Este artículo cuenta una historia que termina con una de las experiencias profesionales más emocionantes que he vivido, un ensayo clínico titulado: **"Impacto del tratamiento con EMDR sobre los síntomas somáticos en pacientes con fibromialgia y trastorno de estrés postraumático"**.

En este texto pretendo compartir esa experiencia. No es el artículo "académico" donde comunicamos los magníficos resultados con un análisis estadístico que confirma hipótesis. Ese va por otro lado en otra publicación. No, aquí solo pretendo plasmar lo que ha supuesto para mí tanto a nivel profesional como personal. Que ha sido mucho. Y no va a ser fácil ponerlo todo en palabras. Aun así, voy a hacerlo lo mejor que pueda. Y a ser posible, lo más breve también.

Abstract

This article tells a story that ends with one of the most exciting professional experiences I have lived, a clinical essay titled "Impact of treatment with EMDR of the somatic symptoms in patients with fibromyalgia and post-traumatic stress disorder".

In this text I aim to share this experience. It is not the "academic" article where we present the incredible results with a statistical analysis that confirms the hypothesis. That one goes elsewhere, in a different publication. No, here I just want to convey what it has meant to me both on a professional and on a

personal level, which won't be easily put into words. Even so, I will attempt to do it as best - and as briefly - as I possibly can.

Un poco de historia

Todo empezó en una clase del Curso de Experto en Clínica e Intervención en Trauma allá por... ¿2012?, pudiera ser, hace muchos años, eso desde luego.

O quizá debería remontarme mucho más atrás, cuando trabajé, en consulta, con mi primera paciente diagnosticada de fibromialgia...

Lo importante es que muy pronto en mi periplo profesional se me hizo evidente que detrás del diagnóstico de fibromialgia era fácil encontrar una historia traumática silenciada, como casi todas. Una o varias. Y, tras comenzar a trabajar con EMDR, pude comprobar, enseguida también, la eficacia que suponía trabajar con la estimulación bilateral (la base de la técnica EMDR) todas esas experiencias traumáticas. Y eso, lógicamente, lo compartí, desde el principio, con mis alumnos en clase.

Muchos mostraban su sorpresa al escuchar mis hipótesis. Dos de ellos, dos médicos, Juan Torres y Javier Pallarés, una tarde (esa de 2012) se me acercaron a comentarme que no les cuadraba lo que yo les contaba con lo que ellos observaban en el hospital donde trabajaban, que sus pacientes no les habían hablado de esas supuestas historias traumáticas. Les propuse que les preguntasen expresamente si recordaban haber sufrido algún tipo de experiencia de esa naturaleza: de abuso, maltrato o negligencia parental y que después me contasen en la siguiente clase. No esperaron a ese momento, pidieron una tutoría y nos vimos un par de días después en mi despacho. Y es que, como sabemos, el problema reside en que no preguntamos; y nuestras pacientes no tienen por qué saber que ambas cosas (vivencias traumáticas tempranas y fibromialgia) están conectadas.

Tras esa tarde de 2012 en mi despacho, con aquellos médicos sorprendidos después de preguntar a sus pacientes, el camino hasta la aprobación del ensayo clínico por el comité ético de investigación clínica del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid el 10 de julio de 2017, fue muy, muy largo. Una auténtica cruzada. Encontramos muchos, pero que muchos obstáculos.

A mí me parecía mentira que algunos de esos obstáculos fueran verdaderas zancadillas puestas por colegas supuestamente embarcados en la misma tarea de contribuir a aliviar el sufrimiento a los pacientes. Pero esa parte mejor me la salto, es desagradable y no aporta nada. Solo estaba recordando y volviendo a sorprenderme de lo triste que es hacerse cargo de que hay profesionales de la salud más interesados en sí mismos, sus currículos y sus ascensos que en cumplir con su deber moral y profesional. Los duelos están hechos, pero el recuerdo siempre trae un residuo de abatimiento. Afortunadamente, y todo hay que decirlo, son los menos.

¿Segundo gran obstáculo? Pues verás, estábamos proponiendo probar la eficacia de un tratamiento psicoterapéutico y, donde no hay fármaco, no hay financiación. Eso supuso que tuviéramos que pedir a los colegas que quisieran participar como psicoterapeutas que trabajaran gratis. ¿Y qué pasó? Que lo hicieron encantados. Es lo que comentaba. Afortunadamente, los que ponen zancadillas, entorpecen y emponzoñan son los menos.

Decidimos movilizar a exalumnos formados en nuestro modelo para tener la garantía de que disponían, al menos, de la base teórica necesaria para poder aplicar el protocolo diseñado; y les garantizamos supervisión. Esa era, en cierta medida, una de las ventajas añadidas a la propia participación en un estudio de esta naturaleza que ya suponía, a nuestro entender, una atractiva experiencia en la que embarcarse, para un profesional de la psicoterapia.

La supervisión supone una experiencia de aprendizaje extraordinaria. Tanto para el supervisor como para el supervisado. Así que, a todos ellos, y fueron muchos, más de 20 profesionales fantásticos, los supervisé yo. Fue increíble. Sigue siéndolo hoy día, pues continuamos con el proyecto de ayudar a los pacientes que padecen fibromialgia de forma gratuita, ofreciendo las mismas 22 sesiones del protocolo original (con algún pequeño cambio a mejor, fruto del aprendizaje) llevadas a cabo por parte de los alumnos de nuestro programa de prácticas. A ellas y ellos continuó supervisándoles yo. Todo un lujo.

Estoy profundamente agradecida a todas y todos. Me dieron la oportunidad de aprender con ellos y para ellos, para que su experiencia les resultase enriquecedora. La calidad humana y profesional que derrocharon era tan contagiosa como sus ganas de estar a la altura de un proyecto tan ambicioso. Y eso me obligó a dar lo mejor de mí en todo momento. Resultó agotador, pero absolutamente merecedor de toda mi dedicación y mi gratitud. Esto, y las pacientes (¡ay esas maravillosas pacientes!), ha sido una de las cosas más extraordinarias que he vivido profesionalmente en los últimos años. Recuerdo ahora momentos fantásticos en supervisiones, en reuniones de grupo, en encuentros en clase... y sigue escapándoseme una sonrisa y mucha nostalgia.

El protocolo

Lo diseñé yo. Fue todo un reto. Necesitábamos ofrecer una intervención breve que pudiera desarrollarse en un período de tiempo de entre 8 y 10 meses. Y dirás, pero 22 sesiones, a sesión semanal, suponen poco más de 6 meses. Ya, pero siempre hay que contar con que hay festivos, un día está enferma la paciente (entre los pacientes con fibromialgia puede haber muchas bajas porque están con crisis de dolor o tienen muchas pruebas, citas médicas o intervenciones que interfieren a menudo en el desarrollo del proceso terapéutico), otro día es la/el terapeuta quien no puede asistir, vienen vacaciones, etc. En fin, que un protocolo de 22 sesiones, con mucha suerte, lo puedes llevar a cabo, como decía, en unos 8 o 10 meses. Cuando además te pilla un confinamiento por pandemia ya no te cuento en lo que se puede convertir ese tiempo de aplicación.

El caso es que diseñé un protocolo donde primaba una buena evaluación (tema en el que creo con total convencimiento como sabe todo aquel que me conoce) para poder hacer foco en el conflicto básico fundamental y así, desde ahí, seleccionar las dianas de trabajo con EMDR para que su aplicación tuviera la máxima eficiencia.

Incluí una sesión de construcción de varios ICES (acrónimo que recoge los elementos de la experiencia: input sensorial, cognición negativa, emoción y sensación; y que es la estructura básica de las dianas que establecemos para trabajar con la estimulación bilateral), que iba a ayudarnos a hacer la selección lo más en línea con el conflicto básico escogido.

Esta tarea, como digo, era fundamental para garantizarnos eficacia porque después, solo disponíamos de 4 días para trabajar con recuerdos del pasado y otros 4 con los disparadores del presente. Puedes consultar despacio en el Apéndice 1 la estructura global del protocolo de intervención. Estoy encantada de compartirlo. Si eres profesional y lo pones a prueba, por favor, cuéntame qué tal te ha ido.

Terminamos con 2 sesiones de trabajo a futuro y una de cierre. Después, 3 sesiones de seguimiento espaciadas en varios meses.

¿Una de las cosas más difíciles derivada de su aplicación? Ceñirnos a él. Sí, cuesta creerlo ¿verdad? O quizá no tanto. Al ser un ensayo clínico debíamos comprometernos todos a seguir estrictamente lo diseñado para cada día. ¿Imaginas que el estudio hubiera sido para probar un fármaco? Ahí es muy fácil asumir que la dosis, el momento del día y las condiciones de aplicación deben ser las mismas para todas las participantes, pero, al ser sesiones de psicoterapia puede parecer que caben “libres interpretaciones” sobre cómo hacer las cosas en cada sesión según el criterio del profesional. Sin embargo, lógicamente, por muy bueno que sea ese criterio, y muy bien fundamentado que esté, cuando estás probando la eficacia de una forma concreta de intervenir debes trabajar de la forma más homogénea posible.

En psicoterapia, está bien demostrado que las intervenciones breves son muy eficaces. Que el hecho de saber que tienes un número limitado de sesiones hace que tanto terapeuta como paciente se sientan automáticamente más comprometidos con esas horas de trabajo y se esfuercen más. Lo cual, claro, revierte en resultados más positivos en general.

Aun así, resulta muy difícil comprometerse con un número limitado, y pequeño, de sesiones. Esto es fácil de entender en relación con los pacientes, son muchas las cosas que lo explican. Destacaré dos: el miedo a enfrentarse a determinados contenidos de su historia y la dependencia que se genera con el terapeuta, en ocasiones, la única persona en sus vidas que las ha mirado y escuchado con cariño e interés sincero.

Pero ¿por qué es tan difícil para los terapeutas? Pues exactamente por los mismos motivos. Miedo a abordar determinadas experiencias con el paciente e imposibilidad de manejar la dependencia que desarrolla. Así, muchas veces sin darse cuenta o, lo que es peor, dándose cuenta y justificándolo con una

narrativa que yo considero tan falsa como hortera (“el paciente no está preparado”, “es mejor así para él”, “no conviene confrontar ahora estas cuestiones”, “está muy defendido”, “es muy frágil”, etc.) se alargan los procesos “hasta el infinito y más allá”, sin conseguir apenas resultados. Y así hasta que el paciente, presa de una nutrida frustración, se va a buscar otro terapeuta o, lo que es peor, el terapeuta, cargado, en el mejor de los casos de vergüenza y, en el peor, de aburrimiento termina el proceso haciendo sentir al paciente abandonado y retraumatizándole con ello.

Que levante la mano el psicoterapeuta que no se identifique con esto. Que no haya vivido algo así alguna vez. Seamos honestos. Solo reconociendo nuestros errores podemos aprender de ellos. Todos hemos cometido estos pecados. Es casi imposible no hacerlo. Se nos prepara muy mal para el ejercicio de nuestra profesión y el ensayo-error, por desgracia, es demasiado frecuente en nuestro aprendizaje. Pero no me alargo más por aquí. Estaba diciendo que resultó muy difícil para todos, incluso para mí que había diseñado el protocolo y que llevaba años trabajando dentro del paradigma de la Psicoterapia Breve, aplicar con rigor el protocolo. Y acabó resultando lo mejor y lo peor, pues, aunque muchos alumnos se quejaban en supervisión de lo complicado que resultaba ceñirse a unas directrices tan concretas cuando no estaban acostumbrados a hacerlo así, tan estrictamente, también fue prácticamente unánime el comentar que eso les había hecho reflexionar sobre la cantidad de sesiones “sobrantes” que llevamos a cabo en terapia normalmente y cambiar la forma de enfrentarse a la tarea en su consulta en general. ¡Si es que mis alumnos son los mejores!

Como digo, yo también viví la misma experiencia y me alegré mucho de confirmar que nuestros resultados estaban en la línea de la mayoría de los estudios que contrastan la eficacia de las intervenciones breves y estructuradas. Y es que, pudimos ver, con nuestros propios ojos, cómo pacientes con historias muy duras y, aparentemente extremadamente difíciles de abordar, que supuestamente habrían requerido de procesos psicoterapéuticos de años de duración, mejoraban espectacularmente e incluso se curaban, en solo 22 sesiones.

En resumen, que ceñirse al protocolo fue todo un reto y un fantástico aprendizaje.

¡Comenzamos el estudio por fin!

Arrancamos con un grupo de 30 mujeres. 15 en grupo tratamiento y 15 en grupo control. Para más detalles sobre el diseño del estudio consulta el Apéndice 2. Ahí tienes un extracto del documento con los datos.

No sé si te sorprenderá que todas las pacientes fueran mujeres. La mayoría abrumadora que padece fibromialgia es de mujeres. De hecho, en todos estos años trabajando en el estudio con el protocolo solo hemos tratado a un hombre. Es paciente mío y actualmente estoy trabajando con él. Ya comentaré, cuando terminemos, probablemente en otro artículo, qué diferencias he podido observar si las hubiera, más allá de algunas que son generales (nos guste o no) a la hora de hablar de cómo vivimos y nos manejamos en psicoterapia unas y otros (mujeres y hombres).

Como decía más arriba, yo supervisé muy de cerca a todas las pacientes. Además, también trabajé con varias de ellas. ¡Qué mujeres tan valiosas! Cuánto me han aportado. No me cansaré nunca de decirlo. Hablaré un poco más despacio de ello más adelante.

Empezamos a trabajar con el grupo de tratamiento, pero a las pacientes del grupo control también las tratamos, claro. El grupo control tuvo su momento tras contrastar cómo estaban unas y otras (unas tras pasar esos meses con intervención y las otras sin ella) repitiendo escalas a las que habían respondido antes de empezar.

Los resultados en forma de cifras concretas están en el otro artículo (el serio) que espero que se publique muy pronto. Yo solo quiero plasmar aquí una idea de satisfacción general por lo positivo de los mismos. Y de esperanza.

Todo este proyecto surgió porque queríamos ayudar a un colectivo que sufría mucho, no solo por los motivos inherentes a su patología concreta sino, además, por la incomprensión tanto de los profesionales de la salud a los que consultaban como de familiares, amigos, compañeros, jefes, vecinos... Esperamos que sirva para entender mejor qué significa y supone la enfermedad, para legitimar el sufrimiento de quien la padece y para integrar formas diferentes de actuación en los protocolos sanitarios de intervención.

En relación con esto vamos al siguiente epígrafe.

La hipótesis

Inicialmente, consideramos la idea de plantear el estudio para probar la hipótesis de que detrás del diagnóstico de fibromialgia era muy frecuente, casi universal, encontrar experiencias traumáticas (la mayoría muy tempranas). Pero, según avanzábamos, vimos que eso resultaba tan obvio como estéril. Eso nos quedaba muy claro, no había duda y no merecía la pena dedicar tanto esfuerzo a una hipótesis que ya estaba confirmada solo para convencer a unos pocos profesionales que todavía se resisten a admitirlo. Queríamos ayudar más y mejor. Así que planteamos seleccionar a las pacientes con la concomitancia de ambos diagnósticos, el de fibromialgia y el de Trastorno de Estrés postraumático (TEPT). Y lo que quisimos contrastar era si una intervención psicoterapéutica que incidiera en el TEPT, con una herramienta específica para su abordaje como es EMDR, sería más eficaz y produciría más cambios positivos que no llevarla a cabo y que las pacientes simplemente continuasen con los tratamientos convencionales que cada una de ellas seguía.

La idea es que el dolor emocional experimentado tempranamente y silenciado, no adecuadamente reconocido, no legitimado, ni etiquetado, ni canalizado, ni expresado, queda bloqueado, disociado y se expresa en forma de dolor físico. Por tanto, si trabajamos con ese material traumático es de suponer que ese dolor emocional al ser al fin reconocido, legitimado, sostenido,

compartido, narrado e integrado (elaborando los duelos pertinentes) deje de necesitar canalizarse y expresarse a través de somatizaciones, dolor y fatiga; que son los tres grandes síntomas que experimentan estas pacientes.

Pocas cosas son más traumáticas que el silencio impuesto

Ya he hablado de este tema abundantemente tanto en clase como en diferentes publicaciones, pero no quería dejar pasar la ocasión aquí. Aunque sea brevemente.

En mi libro "El trauma psíquico es de todos", afirmo lo siguiente:

"... tras muchos años de acompañar a cientos de personas en su proceso de ir asimilando lo vivido en cada una de sus historias, he podido comprobar que no me equivoco al afirmar que no importa lo que ocurra, **lo que resulta siempre traumático es verse silenciado, sin voz para gritar y compartir lo ocurrido, sin legitimación sobre lo sentido, en soledad, desprotegido y escindido.**

Si mezclamos impacto emocional y silencio, el resultado solo puede implicar experiencia traumática.

En mi opinión:

Traumático es, para cualquier ser humano, tener que guardar silencio en relación con cualquier cosa que le ocurre y que le impacta emocionalmente.

Traumático es que sus experiencias no sean vistas, legitimadas, escuchadas y sostenidas. Traumático es que su voz sea silenciada. Traumático es tener que protegerse a través de la división, el síntoma o la locura porque sus figuras de protección no están en sintonía con sus necesidades y no encuentra otra salida porque no la hay..."

TRAUMA PSÍQUICO sería la herida resultante de verse obligado a silenciar, negar e incluso disociar las experiencias vividas con alto impacto emocional que deberían haber sido compartidas con las figuras de apego para adquirir significado, así como para generar las adecuadas creencias sobre uno mismo y el mundo y, consiguientemente, posibilitar la adaptación y el aprendizaje.

Desde estas consideraciones, tiene todo el sentido plantear la intervención psicoterapéutica como un proceso por el que poder mirar todo lo vivido, darle voz y narrativa, sostener el dolor que esto produce y elaborar el duelo correspondiente. Solo así es posible el crecimiento postraumático.

Las pacientes

Como ya he comentado, las pacientes eran todas mujeres. ¡Y qué mujeres! Valientes, fuertes, luchadoras... auténticas supervivientes.

La mayoría ha pasado por muchos y diferentes calvarios dentro del sistema sanitario; ha sido tratada por un puñado de especialistas y tiene la experiencia de sentirse poco valorada, muy cuestionada y casi nada cuidada.

Al ser una enfermedad que “no se ve” es como si no estuviera. Y con ello, se refuerza esa falta de mirada y legitimación que ya venían padeciendo desde temprano. La visita al profesional de la salud suele resultar, de este modo, retraumatizante. Con frecuencia, esto les hace cuestionarse a sí mismas, angustiarse más y tener muchas dificultades para mantener el ánimo arriba.

Además, las cosas en casa no suelen ser diferentes. La familia tampoco comprende ni legitima. Y, acostumbrados a que ellas sean quienes tiran del carro familiar y a que lleguen a todo sin quejarse, de pronto, cuando no pueden y son ellas las que necesitan y solicitan ayuda, el entorno no sabe responder. Lo tienen todo en contra.

Es tal la falta de comprensión que sienten que a menudo confiesan haber deseado tener una de esas enfermedades “reales”, que nadie cuestiona y a las que todo el mundo da carta de valor (y con ella, licencia para estar mal y quejarse y solicitar ayuda), como un “buen cáncer” (así me lo confesó una de mis pacientes una vez) para que el mundo sepa, de verdad, cuánto sufren.

Yo lo sé. Lo he vivido con ellas. Lo he compartido y lo comparto cada día.

Lo cierto es que esa incompreensión y ese rechazo son muy comunes entre nuestros pacientes. La salud mental es la “pariente pobre” de la Medicina. La gran excluida. Esconde nuestras más grandes miserias como seres humanos y nos creemos que, si no las miramos, no existen.

De hecho, algunas de las pacientes de fibromialgia con las que hemos trabajado mostraban muchas reticencias a recibir nuestro tratamiento porque pensaban que eso era reconocer que no padecían una enfermedad real y que ellas eran las que se habían “causado” su dolor a sí mismas. No fue tarea fácil, con algunas, que comprendieran que, ofrecerles tratamiento psicoterapéutico no implicaba negar su dolor y su sufrimiento, desvalorizar su enfermedad y a ellas mismas, o despreciar todos sus intentos anteriores de ser vistas, escuchadas y tratadas.

Y, a pesar de todo esto, o además de ello, mi experiencia ha sido la de verlas sobreponerse a tormenta y tempestad y seguir luchando, seguir creyendo en los tratamientos, en que va a llegar ese día en que van a encontrarse mejor; y ser testigo directo de su coraje para venir a consulta incluso con mucho dolor y en condiciones físicas y psicoemocionales muy difíciles.

Esto ha sido muy inspirador para mí. Mucho, mucho. Una lección personal y profesional.

Y su reconocimiento. Su sorpresa al descubrir la relación entre pasado y presente. Su gratitud infinita tras la sesión en la que leemos el informe y se sienten vistas por primera vez y por fin reciben una narrativa de vida que han contribuido a construir y que resulta tan completa, tan coherente con su experiencia interna, tan eficaz para explicar y explicarse...

Nuestro protocolo de evaluación es largo, exhaustivo y muy movilizador, tanto que sus síntomas empeoran

según pasan los días. Bueno, pues ahí han estado ellas sosteniéndolo todo y confiando. ¡Estoy tan agradecida por su confianza!

Las recuerdo a todas y trato de honrarlas con este artículo. Porque se lo merecen.

Los resultados

Como ya he comentado más arriba, los resultados concretos, con sus análisis estadísticos y sus tablas comparativas, corresponden a otro artículo. En éste, solo quiero comentar que estamos todos muy satisfechos porque nuestra hipótesis se confirmó y podemos corroborar que, en la comparación entre las pacientes del grupo control y las del grupo tratamiento no hay duda de que podemos afirmar la evidente mejora de la sintomatología de las segundas respecto de las primeras. ¿Lo mejor? Que como finalmente las tratamos a todas pues la mejoría fue generalizada. Algunas de ellas, bastantes, puedo decir con máxima satisfacción, salieron de la consulta de chequeo de pruebas postratamiento con la "etiqueta" de asintomática. Una mayoría aplastante se encontraba considerablemente mejor, como nunca habían podido imaginar verse.

Las hubo que estaban de baja y pudieron reincorporarse, que hacía siglos que no viajaban y lo hicieron, que habían perdido las ganas de vivir y están viviendo tan intensamente que me muero de envidia sana... En fin, las cifras, si me conoces mínimamente, no son nunca lo que más me importa. Lo realmente importante es que a esas mujeres las vi antes y las vi después y puedo decir que, prácticamente la totalidad, parecía otra persona. Todas ellas hablan de la experiencia del proceso de psicoterapia como un antes y un después. Es con eso con lo que me quedo.

Creo que eso es lo que tiene que ser la psicoterapia, una experiencia que, de alguna manera, te cambie. Que movilice, revuelva, profundice, ilumine zonas oscuras, abra cajas de Pandora (o de quien sea,) te obligue a mirarte y te regale conocerte, te vapulee, te haga llorar y también reír (sobre todo de ti mismo), te sacuda el alma y, a partir de ahí, que algo cambie. A poder ser, mucho.

No inicies un proceso psicoterapéutico si quieres que las cosas no cambien demasiado en tu vida. O inicia alguno centrado en lo que llaman por ahí "pautas". Las pautas sirven, teóricamente, para manejar el malestar, para aprender a sostener lo que no nos hace bien aparentando que no nos hace tanto mal. Las pautas no cambian nada. No engañan a nadie. Parece que sirven un ratito, pero enseguida se da cuenta uno de que no son la respuesta. Son como una tirita o un analgésico, alivian momentáneamente, pero no curan nada. No pueden ser la respuesta.

"Mis chicas" fueron muy valientes y se lanzaron a arrancarse esparadrapos, a abrir melones medio podridos y a bucear en unas aguas pantanosas plagadas de monstruos; y lo que es mejor, confiaron en nosotros para acompañarlas en ese viaje.

Como ya he dicho, una experiencia maravillosa. Una lección de vida. Un agradecimiento eterno.

Una nota final resultado de un análisis profesional

No quiero terminar el texto sin comentar un dato que, si eres profesional, creo que te va a interesar.

Analizando cada uno de los procesos con las pacientes, sus mayores o menores mejorías y sus dificultades, nos dimos cuenta de que podíamos ver claramente que, dentro del grupo de las que mejoraron menos, seguramente podemos aislar una variable que nos explique por qué.

Es lógico pensar que no será un solo factor el que aclare dudas. Pienso que hay tres grandes grupos de variables: las inherentes al protocolo, las relacionadas con el terapeuta y las atribuibles a las pacientes.

Reflexionar hemos reflexionado mucho, a solas y en grupo, sobre todas ellas. Hemos hecho autocrítica constructiva y hemos aprendido una barbaridad. Por eso, hay algunos cambios en el protocolo y las pilas puestas en lo que se refiere al aprendizaje profesional de cada uno de los que participamos. Pero, cuando un mismo protocolo y un mismo terapeuta obtienen resultados muy dispares con dos pacientes, hay que ponerse a investigar a fondo sobre qué características personales y vitales de la paciente pueden explicar esa disparidad.

Mi análisis detallado y mi reflexión me llevan a la conclusión de que podríamos destacar dos grandes categorías de respuesta (la mejor y la peor) en lo que se refiere a lo relacionado con los acontecimientos vitales experimentados en la historia vital de la paciente:

- **Los mejores resultados** los hemos obtenido con las pacientes que han vivido experiencias traumáticas perpetradas por terceras personas fuera del núcleo familiar (sobre todo, personas que no son mamá o papá). Podemos estar hablando de accidentes, muertes tempranas, abusos o maltrato donde los progenitores no han sabido estar a la altura, pero lo importante es que éstos no han sido los agresores directos.
- **Los resultados más pobres** los obtuvimos con las pacientes que encajarían en lo que conocemos como Trauma de Apego, donde la negligencia parental a la hora de establecer un vínculo que ofrezca la suficiente sintonía, cuidados, seguridad y protección era la tónica dominante en la historia de la paciente.

La necesidad de salvar a los padres para garantizar el vínculo y la consiguiente idealización de la relación, junto con una narrativa racionalizadora que justifica claramente cualquier fallo en la conducta de dichos progenitores, lleva a las pacientes a presentar una coraza, una auténtica armadura casi imposible de ablandar siquiera. Escasamente pueden asomarse al vacío al que se sienten arrastradas si lo hacen. Eso no significa que alguna sí que lo consiga, pero ahí, seguramente, ya podemos hablar de cualidades personales de la paciente, calidad del vínculo con el terapeuta y pericia y cualidades del propio terapeuta, para explicar el por qué.

Lógicamente, en realidad, sería más oportuno hablar de un espectro de respuesta donde estas dos categorías ocuparían los extremos y, en medio, encontraríamos un montón de posibilidades por la combinación de diferentes los factores. No obstante, el hecho de haber llevado a cabo este análisis, ya nos ayudó mucho dentro y fuera del estudio. Estábamos prevenidos e incluso hablamos de ello con

anticipación con la paciente, lo cual permitía trabajarlo prácticamente desde el principio y sin sorpresas. La anticipación ya se sabe que un mecanismo de defensa de los que molan.

Todo esto es algo que yo ya venía observando en mi práctica clínica y que se confirmó en esta muestra de pacientes. Esto, como digo, es de gran ayuda. Por eso me parecía importante compartirlo. Puede que te sirva en tu práctica. Me encantará que me cuentes cuál es tu experiencia al respecto.

Hasta aquí mis reflexiones. Espero que te hayan resultado interesantes. Gracias por leerme.

APÉNDICE 1



PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CON EMDR EN EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA ASOCIADO A LA FIBROMIALGIA

Por Begoña Aznárez, 2017

(Copyright B. Aznárez)

El diseño de la intervención se divide en **cuatro fases**.

Es conveniente explicar aquí que este protocolo de intervención está diseñado para intervenir después de una adecuada evaluación en la que además de trabajar en el vínculo y la alianza terapéutica como principales herramientas de garantía de efectividad de cualquier intervención psicoterapéutica, se habrá elaborado una exhaustiva línea de vida y recogido la información pertinente sobre la historia del paciente hasta llegar a completar la imprescindible labor de comprensión de la relación entre los síntomas que en la actualidad producen sufrimiento a nuestro paciente y su historia vital.

Así, después de este trabajo de comprensión, será posible para nosotros dividir la intervención de la siguiente manera:

1ª FASE: Estabilización y aumento de la ventana de tolerancia

La intervención aquí está basada en el **Protocolo de Aumento de Ventana de Tolerancia** que diseñé en 2011. La idea es ubicar al paciente en la situación óptima para que la intervención sea eficaz. Para ello debemos trabajar sobre todo en garantizar sensación de seguridad y atención dual.

Por lo tanto, abordaremos la tarea de instalar recursos positivos por un lado y la de la progresiva desensibilización de su historia vital traumática por otro.

Primer día: explicación sobre EMDR y el tipo de intervención que vamos a realizar tras la evaluación realizada; sobre el impacto de los acontecimientos traumáticos en nuestro cuerpo y nuestra mente; y el porqué de la eficacia del proceso que proponemos.

Instalación de Recursos Positivos de las dos naturalezas aprendidas en el curso de Experto de Clínica e Intervención en Trauma. Esta instalación nos permitirá, entre otras cosas, observar el tipo de Estimulación Bilateral (EB) con el que más a gusto se encuentra el paciente.

Segundo día: Dividiremos la línea de vida en tres franjas vitales. Las divisiones se basarán en las dinámicas entre los sistemas psicobiológicos de vinculación y defensa pero también pueden trabajarse de la siguiente manera: 1) infancia; 2) adolescencia y primera juventud; y 3) desde el diagnóstico de fibromialgia hasta el momento actual.

La división es orientativa y podrá variar según la conveniencia que se juzgue en cada caso por el clínico y/o su supervisor.

Pasaremos, una vez obtenida la división de la línea de vida, a trabajar con la primera parte. Aplicaremos Protocolo de Aumento de Ventana de Tolerancia trabajando con la narrativa y con el exclusivo objetivo de desensibilizar ese tramo de la historia del paciente y aumentar la ventana de tolerancia respecto al mismo. La EB que emplearemos aquí, tal y como se expresa en el protocolo, será la auditiva.

Tercer y cuarto días: Continuaremos en cada uno de estos dos días desensibilizando la historia vital en los siguientes tramos y aumentando, de esa manera, la ventana de tolerancia de nuestro paciente a los acontecimientos ocurridos en su historia.

Obtendremos, al terminar el cuarto día, un SUD y VOC globales asociados a toda la narrativa para su posterior cotejo al final del tratamiento. La cognición negativa estará condicionada y estará relacionada con la capacidad de hacerse cargo, afrontar e integrar lo narrado.

Además, como cabe esperar tras la aplicación de protocolos de EMD durante el trabajo con EB auditiva y la narrativa de vida, se obtendrán los llamados **Puntos de Perturbación** (PP) que servirán después al clínico para seleccionar las dianas a trabajar con Protocolo Básico en los días posteriores.

2ª FASE: Desensibilización y reprocesamiento con los recuerdos diana

Quinto día: Tras identificar los Puntos de Perturbación, construir los ICES correspondientes tomando cada uno de ellos como dianas independientes.

Al terminar esta sesión, llevar a cabo un escaneo corporal.

En caso de considerar inoportuno el comienzo del trabajo con Protocolo Básico, comenzaremos a trabajar según el Protocolo de Procesamiento Telescópico de E. Shapiro (EMD, EMDr, EMDR)

Sexto, séptimo, octavo y noveno días: trabajo con **Protocolo Básico** las dianas seleccionadas de entre los Puntos de Perturbación.

Hasta aquí habremos trabajado con el pasado del paciente

3ª FASE: Trabajo con los disparadores del presente

Décimo, undécimo, duodécimo y décimo tercer días: Protocolo básico con los disparadores del presente seleccionados.

4ª FASE: Trabajo con ansiedad anticipatoria asociada al futuro

Décimo cuarto y décimo quinto: localización de posibles situaciones que despierten ansiedad anticipatoria y trabajo con protocolo de trabajo a futuro.

Décimo sexto día: reevaluación y cierre.

Chequeamos, al terminar, el SUD y el VOC globales para contrastarlos con los obtenidos al comienzo del tratamiento.

Se trabajará con EB la posible desensibilización hasta llegar a SUD:0 y la consecuente opción de conseguir una VOC:7. En caso de no ser posible, se buscará la instalación de una Cognición Positiva relacionada con la posibilidad de enfrentar su historia desde una perspectiva diferente (más empoderada) y sintiéndose más capaz de aceptar y sostener lo vivido.

APÉNDICE 2

IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON EMDR SOBRE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA Y TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

(texto resumido)

“... La hipótesis de este estudio plantea que un tratamiento específico para el TPEPT con EMDR puede producir una mejoría significativa sobre los síntomas físicos en pacientes con FM que padezcan un TPEPT asociado.

2. Material y métodos:

2.1 Objetivos:

En una población de pacientes con diagnóstico de FM y TPEPT, evaluar el impacto de una intervención terapéutica estructurada con EMDR sobre los síntomas físicos relacionados con la FM frente a un grupo control en lista de espera para la intervención.

2.2 Diseño:

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico piloto. La población a estudio estará compuesta por pacientes con diagnóstico de FM que cumplan también criterios diagnósticos de TPEPT.

Los pacientes que acepten ser incluidos serán valorados en una consulta específica de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla. Esta consulta está dedicada al tratamiento de pacientes con FM. En ella se confirmará el diagnóstico de FM y se realizará una valoración inicial de la presencia de TPEPT.

Si el paciente cumple criterios diagnósticos de ambas enfermedades, se asignará de forma aleatoria a tratamiento con EMDR mediante un protocolo estructurado de actuación frente a permanecer en lista de espera para dicho tratamiento. Cuando finalice el periodo de seguimiento sin intervención, se ofrecerá tratamiento al grupo control.

Esta opción terapéutica no se oferta en el Servicio Madrileño de Salud y solamente está disponible en la práctica clínica privada.

2.3. Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
 - Cumplir criterios diagnósticos modificados de FM de la American College of Reumatology (2010).
- Cumplir criterios diagnósticos del DSM V de TPEPT (30).
- Firma del consentimiento informado.

2.4. Criterios de exclusión:

- Haber recibido en los últimos 3 meses o estar recibiendo tratamiento psicoterapéutico activo por parte de un profesional de salud mental.
- Haber iniciado un nuevo tratamiento farmacológico o una modificación de dosis significativa en el último mes de un fármaco ya prescrito.
- Presentar trastorno de la personalidad significativo, cuadro psicótico o síndrome depresivo severo.
- Tener historia pasada o actual de abuso de drogas.

2.5. Fases del estudio:

a) Reclutamiento y valoración inicial:

Los pacientes que acepten ser evaluados inicialmente serán remitidos a la consulta de patología médica funcional del Hospital Universitario Infanta Cristina perteneciente al Servicio de Medicina Interna, donde se realizarán tres actuaciones:

- Confirmación del diagnóstico de FM mediante los criterios modificados de la American College of Reumatology (2010).
- Valoración de la presencia de TPEPT mediante los criterios DSM-5. Una vez confirmado el diagnóstico de FM y TPEPT, se realizará una aleatorización para recibir tratamiento o mantenerse en lista de espera. Esta aleatorización será asistida mediante un programa informático.
- Se registrarán las variables demográficas y se administrarán los cuestionarios descritos en el apartado de variables clínicas en la visita inicial y al final del protocolo terapéutico en el grupo de tratamiento y en la visita inicial y a las 20 semanas en el grupo control.

b) Intervención terapéutica: La intervención psicoterapéutica se realizará de forma individual por un equipo de profesionales (psicólogos y médicos) con entrenamiento en EMDR que serán supervisados mediante sesiones semanales por una psicóloga experta en EMDR que coordinará al resto de profesionales. El protocolo de intervención ha sido diseñado por dicha psicóloga, Begoña Aznárez... “

**DR. CRISTINA AVENDAÑO SOLÁ, PRESIDENTA DEL COMITÉ ETICO DE
INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA DE MADRID**

CERTIFICA

Que dicho Comité ha evaluado el proyecto de investigación titulado:

**“IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON EMDR SOBRE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS
EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA Y TRASTORNO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO”.**

a solicitud del Dr. Juan Torres Macho del Servicio Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Cristina, considerando que su planteamiento global es aceptable desde el punto de vista metodológico y ético. Acta nº 13.17.

En Majadahonda, a 10 de julio de 2017


Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda
SaludMadrid
Comunidad de Madrid
Comité Ético de Investigación
Clínica

Fdo.: Dra. Avendaño Solá
Presidenta del CEIm

El Marco de Poder, Amenaza y Significado.

Un análisis de esta nueva propuesta y sus posibles implicaciones en la práctica clínico-asistencial.

*The power, threat, meaning framework.
An analysis of this new proposal and its possible implications in
clinical practice.*

Carmen Barreiro González

Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Resumen

Este trabajo se plantea como una revisión y análisis de la nueva propuesta de la Asociación Británica de Psicología (*British Psychological Association*), el Marco de Poder, Amenaza y Significado, *Marco PAS*, (Johnstone et al., 2018). También tiene como objetivo el plantear una comparación de este modelo con aquellas teorías preexistentes y analizar las aportaciones que ofrece este nuevo paradigma y también las posibles limitaciones que pudiese presentar.

De este modo se pretende ofrecer una visión lo más objetiva posible, sin poder olvidar que no deja de ser un análisis personal sobre un modelo cuya publicación es muy reciente, y sobre la que el paso del tiempo seguramente aún tenga mucho que decir.

Palabras clave: Marco PAS, Modelo integrador, Apego, Trauma, Narrativas.

Abstract

The current paper is posed as a review and analysis of the new proposal by the British Psychological Association regarding the *Power Threat Meaning Framework, PTM Framework*, (Johnstone et al., 2018). It also has the goal of comparing this framework with other pre-existing theories, analyzing the nuances that this new paradigm offers, as well as the possible limitations that it could bear.

Thereby, this paper tries to offer an objective perspective, without taking aside the fact that it is a personal review regarding a framework that is relatively new, about which the passage of time surely still has a lot to say.

Keywords: PTM Framework, Integrative Model, Attachment, Trauma, Narratives.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de las últimas décadas ha sido claro el aumento del interés que ha surgido en el ámbito de la psicología en relación con la búsqueda de modelos alternativos al paradigma Biomédico, imperante en el estudio del sufrimiento psíquico y emocional. Muchas han sido las aproximaciones que han buscado este cambio, yendo desde los padres de la escuela humanista-existencialista, como Rogers, Maslow o Frankl, hasta nuestros días. Aun así, el debate sigue vigente, especialmente desde la reciente publicación de las últimas versiones de los manuales de diagnóstico clínico DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y CIE-11 (World Health Organization, 2019). Ambos manuales han resultado especialmente controvertidos, ya que por una parte han intentado adaptarse a las críticas realizadas a sus versiones anteriores con cambios como por ejemplo ofrecer sistemas ligeramente más dimensionales, mientras que, por otro lado, han mostrado claras deficiencias las cuales se achacan más a la base sobre la que se sustentan los mismos que a las características concretas de cada uno (Timimi, 2014).

Estos problemas de base achacados a las clasificaciones como el DSM-5 llevan muchos años siendo criticados por múltiples organismos, como el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU., NIMH por sus siglas en inglés, (Insel, 2013), la Organización Mundial de la Salud (2017) y la Organización de las Naciones Unidas (2017). Sin ir más lejos, la división de Psicología clínica (DPC por sus siglas en inglés) de la Asociación Británica de Psicología, ya en 2013 planteó lo siguiente: *"Es el momento de afirmar públicamente que los sistemas de clasificación actuales como el DSM o la CIE, respecto a su funcionalidad en el diagnóstico psiquiátrico, presentan limitaciones conceptuales y empíricas significativas. En consecuencia, se hace necesario un cambio de paradigma en relación a las experiencias a las que tales diagnósticos se refieren, avanzando hacia un sistema conceptual no basado en el modelo de enfermedad."* (DCP, 2013 en Johnstone et

al., 2018). Estas limitaciones a las que hace referencia tanto la DPC como otros muchos autores, se expresan en múltiples niveles y del mismo modo tienen su origen en múltiples causas, que se proceden a explorar.

Algunas de las críticas concretas que se han planteado en los últimos años, en concreto respecto al DSM-5 (ya que la CIE-11 se ha publicado hace menos tiempo), han sido su falta de validez y fiabilidad y la presencia de deficiencias empíricas (Frances, 2013). También ha adquirido gran fuerza en el debate la influencia ejercida por la industria farmacéutica en su redacción, ya que el 69% de los miembros de la *task force* destinada a la elaboración del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) han manifestado tener vínculos con la industria farmacéutica. Esto implica un importante aumento, ya que el porcentaje de miembros de la *task force* destinada a la construcción del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) se encontraba en el 57%. Resulta también destacable el hecho de que, de todos los capítulos, aquellos en los que el tratamiento farmacológico está considerado como tratamiento de primera línea (Trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos y trastornos del sueño/vigilia) son los capítulos que presentan un mayor nivel de profesionales con estas relaciones (Cosgrove & Krinsky, 2012). Otro de los aspectos ampliamente criticados, es la patologización de aspectos de la vida cotidiana, con ejemplos como la eliminación del criterio temporal para diagnosticar un trastorno depresivo mayor en un contexto de duelo (American Psychiatric Association, 2013) y la ampliación de los diagnósticos que se contemplan en este manual (Frances, 2013). En cualquier caso, ninguna de estas críticas es nueva, de hecho, se vienen realizando de manera bastante similar a sus ediciones anteriores. Por ejemplo, el psicólogo español Marino Pérez Álvarez y su compañero Héctor González Pardo plantean ya en 2007 en su manual "*La invención de los trastornos mentales*" las mismas críticas hacia el modelo biomédico y las clasificaciones diagnósticas del momento (DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) y CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994)) que se continúan realizando más de una década después.

Todo esto refleja aquello que la DPC de la Asociación Británica de Psicología ya manifestó en 2013, que es necesario un cambio de paradigma. Con este objetivo se diseña el *Marco de Poder, Amenaza y Significado*, siendo un intento de superar aquellos déficits presentados por el modelo de enfermedad y el diagnóstico psiquiátrico tal y como lo conocemos, pero manteniendo aquellos beneficios que presenta. Algunos de estos beneficios consisten en aspectos como el estructurar los servicios asistenciales y jurídicos y la investigación. A su vez, los sistemas diagnósticos actuales, tienen el beneficio de ser vividos por algunas de las personas que los reciben como un alivio y validación de su sufrimiento y un elemento que aporta una identidad, sentimiento de pertenencia y esperanza en una posible "recuperación". Aun así, se ha de tener en cuenta que también se observa que existe otro gran grupo de personas para las cuales este tipo de diagnósticos no presentan únicamente dichos beneficios, sino que además lo viven como una importante alteración de su identidad que les genera sentimientos de vergüenza, miedo, invalidación, desesperanza, exclusión y pérdida de agencialidad. (Johnstone, 2014 en Johnstone et al., 2018).

Por todo esto, la *task force* destinada a la elaboración de este nuevo marco de trabajo se propone la tarea de cubrir todas estas necesidades que estaba cubriendo el modelo diagnóstico, pero superando las

limitaciones (o al menos algunas de ellas) que este presenta. Para ello se plantea el objetivo general de "*dar cuenta y ampliar los enfoques existentes, al ofrecer una perspectiva básicamente distinta sobre los orígenes, la experiencia y la expresión del sufrimiento emocional y del comportamiento perturbador o perturbado.*" (British psychological association, 2018 en Johnstone et al., 2018). La forma en la que se plantean dicha tarea se verá en el siguiente apartado.

EL MARCO DE PODER, AMENAZA Y SIGNIFICADO

Como se ha dicho previamente, el *Marco PAS* (Johnstone et al., 2018) se crea en respuesta a los déficits encontrados para explicar el sufrimiento psíquico y emocional por parte del paradigma biomédico y los modelos de enfermedad. Esto lleva a la Asociación Británica de Psicología (BPA por sus siglas en inglés) a plantearse el objetivo de buscar un cambio de paradigma, y eso no es tarea fácil. Para poder afrontar semejante encargo, la BPA se vuelca en una labor de investigación con el objetivo de desarrollar un modelo fundamentado y basado en evidencia científica. También se caracteriza por su interés en desarrollar un modelo integrador, basado en la observación holística del ser humano. Con todo esto, llegan a la conclusión de que es necesario plantear un modelo amplio y flexible que dé cabida a la complejidad de la experiencia humana y a todas las diferencias culturales que se encuentran más allá de la cultura occidental, pero que también pueda ser modificado a medida que pasen los años, ya que nada hay más humano que la evolución y el cambio. Para esto se desarrolla un Patrón fundamental, que se plantea como esquema básico que estructura el modelo, y después se plantean 7 Patrones generales provisionales, de los cuales se hablará más adelante. Solo decir, que los Patrones generales provisionales no se presentan a modo de un conjunto completo y definitivo con el que clasificar sino, como su propio nombre indica, constituyen patrones con los que manejarnos de forma "constantemente provisional", ya que como se ha mencionado antes, el cambio es inherente al ser humano y por lo tanto también a los sistemas que lo clasifican. De este modo, se conciben estos patrones generales como un punto de partida para futuros desarrollos e investigaciones.

En cualquier caso, este modelo (igual que todos) no surge de la nada, sino que parte de una serie de bases teóricas ampliamente aceptadas dentro del mundo de la psicología. Algunas de estas teorías a las que la BPA (2018) hace especial mención (para comentar sus fortalezas y sus limitaciones) son: 1) El Modelo Dinámico Madurativo de Patricia Crittenden (2002, 2005, 2006 en Johnstone et al., 2018), el cual se centra en conceptualizar los problemas de salud mental en términos de patrones de respuesta psico-biológica basados en el apego; 2) El modelo del Paul Gilbert (2007 en Johnstone et al., 2018), basado en la teoría evolutiva, la neurociencia y la psicología social para relacionar las atribuciones personales, los estilos de apego y los sistemas afectivos basados en la biología con las diferentes manifestaciones del sufrimiento emocional; y 3) El Enfoque Informado sobre el Trauma, que se basa en el reconocimiento de que la mayoría de las personas que usan los servicios de bienestar social han experimentado adversidades y amenazas significativas en su vida pasada y/o actual (Sweeney et al., 2016, en Johnstone et al., 2018).

Estos conceptos (apego, patrones de respuesta psico-biológica, atribuciones personales, trauma...) no son desconocidos, de hecho, ya a principios del siglo pasado, Pierre Janet planteaba su Teoría de la disociación y hablaba del origen traumático de la misma, y pocos años después Bowlby desarrollo su teoría del Apego. Lamentablemente, la psicología ha mantenido estas teorías en un segundo plano durante largo tiempo y solo en los últimos años se han retomado los acercamientos a la comprensión del sufrimiento psíquico desde esta perspectiva.

En relación con todo este contexto, se puede entender mejor el punto de partida desde el que se inicia este proyecto, y permite entender cuáles son los objetivos y los principios que lo caracterizan. En concreto, la BPA en su documento abreviado (Johnstone et al., 2018) enumera los siguientes principios fundamentales para el *Marco PAS*:

1. En primer lugar, se plantean que *"las clasificaciones del sufrimiento psíquico deben centrarse en aspectos no tenidos en cuenta hasta el momento por las clasificaciones anteriores"*, como por ejemplo el hecho de que las personas se caracterizan por la presencia de comportamiento intencional que se desarrolla en un contexto social y relacional.
2. El segundo punto a tener en cuenta es que se considera que *"el comportamiento y las experiencias "anormales" se dan en un continuo con el comportamiento y las experiencias "normales"*, estableciendo entre estas, diferencias cuantitativas más que cualitativas. A esto se le suma que *"nuestros comportamientos se pueden considerar respuestas comprensibles a nuestras circunstancias actuales, la historia, la cultura, los sistemas de creencias y las capacidades físicas."* De este modo, se concluiría que el impacto y las interacciones de estos factores llevarían a comprender el porqué de nuestro comportamiento, ubicándose este en el continuo entre la "normalidad" y la "anormalidad".
3. Esto se enlazaría con el tercer principio planteado por este modelo, que establece que *"la causalidad del sufrimiento y la conducta humana es probabilística."* Alejándose del determinismo planteado no solo por el modelo biomédico sino también por algunos modelos psicoterapéuticos.
4. Otro de los principios fundamentales a tener en cuenta establece que *"las experiencias y expresiones del sufrimiento emocional están posibilitadas y mediadas, aunque no causadas en un sentido simplista, por nuestros cuerpos y nuestra biología"*. Este punto resulta importante, ya que el *Marco PAS* no niega que exista una influencia biológica en los problemas asociados al sufrimiento psíquico, sin embargo, sí plantea que debería cambiarse la óptica con la que se observan estos factores para evitar el reduccionismo asociado a entender estos problemas como alteraciones meramente químicas.
5. Muy en relación con el punto anterior, se establece que *"los seres humanos son fundamentalmente seres sociales cuyas experiencias de sufrimiento y su comportamiento problemático resultan inseparables de sus contextos materiales, sociales, ambientales, socioeconómicos y culturales"*. Por este

motivo resulta especialmente importante no dejar estos factores fuera de la explicación que se da de estos fenómenos, siendo uno de los objetivos principales de trabajo de este modelo el permitir restablecer la relación entre estos factores y dichas experiencias de sufrimiento y comportamiento problemático.

6. Otro aspecto importante, y muy relacionado con el auge de los modelos de psicología y psiquiatría transcultural es el hecho de establecer que *"todas las formas autóctonas para comprender el sufrimiento tienen aspectos positivos, ya que no puede haber una "Psiquiatría global" o "Psicología global".*" Esto es importante, ya que desde los modelos de diagnóstico clínico DSM y CIE, se plantea un modelo de explicación del malestar psíquico fundamentalmente centrada en la cultura occidental que dejaba fuera una gran cantidad de manifestaciones asociadas a contextos culturales no occidentales. Para hacer frente a estas deficiencias, ambos manuales incluyeron entre sus páginas algunos diagnósticos considerados como "síndromes culturales", pero a pesar de esto no han conseguido reflejar la variabilidad de manifestaciones asociadas a las diferencias culturales presentes más allá de la cultura occidental.

7. En relación con el séptimo punto, se aprecia un aspecto ya planteado previamente y trabajado por múltiples autores como Marino Pérez en su obra *"La invención de los trastornos mentales"* (Pardo González & Pérez Álvarez, 2007), y es el planteamiento de que *"las teorías o juicios sobre la detección, explicación e intervención sobre el sufrimiento mental y el comportamiento problemático no se sitúan al margen de intereses y valores"*. Este hecho resulta de especial importancia ya que, como se ha visto en la introducción, el modelo de diagnóstico clínico tradicional se encuentra en una posición controvertida en relación con estos aspectos.

8. Finalmente, como último principio fundamental de este modelo se encuentra la idea de que, en relación con la intervención con personas que presentan sufrimiento psíquico *"se necesita considerar seriamente el significado, la narrativa y la experiencia subjetiva. Esto implica dar un lugar central a las narrativas de los expertos por la experiencia. También implica recurrir a una amplia variedad de métodos de investigación y otorgar un estatus equivalente a los métodos cualitativos y a los cuantitativos, incluyendo el testimonio de las personas usuarias o supervivientes de los servicios y de quienes cuidar"*. Esto último es de gran importancia ya que en área de estudio que constituye la psicología, se está produciendo un fenómeno altamente problemático para la investigación y consiste en que se está adaptando el objeto estudiado al método de estudio. Es decir, a falta de una metodología óptima se intenta encajar aquellos fenómenos complejos con los que trabajamos en categorías simplificadas que dan lugar a la pérdida de perspectiva del objeto realmente estudiado, generando esto una alteración de los resultados obtenidos y una comprensión incompleta de los fenómenos analizados (Martorell, 2017).

A raíz de estos ocho principios fundamentales surge un modelo que tiene entre sus características principales el trabajar en superar las deficiencias planteadas apoyándose en los conceptos identificados como esenciales para el desarrollo del trabajo psicoterapéutico. Y sabiendo todo esto, se procede a describir los aspectos concretos de este modelo.

Como ya se ha dicho previamente, el *Marco PAS* busca poder presentar a las personas con sufrimiento emocional o comportamiento perturbador una nueva narrativa que sea completa y coherente con su historia, y que les resulte útil para poder manejarse y explicar lo que les ocurre y lo que les ha ocurrido. Para esto, se manejan con cuatro elementos fundamentales e interrelacionados:

- El ejercicio del **poder**.
- La **amenaza** que supone el ejercicio negativo del poder.
- El **significado** aportado a la experiencia y la expresión del poder, la amenaza y nuestra respuesta a la amenaza.
- Y las **respuestas a la amenaza**, que suponen la reacción aprendida y evolutiva frente a todo lo anterior.

A continuación, se procede a explicar qué se entiende dentro de este marco de trabajo por cada uno de estos elementos ya que, entre otros aspectos, son las particularidades de los mismos los que constituyen las características distintivas de este trabajo (Johnstone et al., 2018).

Poder:

Se entiende el Poder como aquellas fuerzas que influyen sobre las personas, bien sea de manera positiva o negativa.

Puede manifestarse de distintas formas, como poder biológico y corporalizado; poder coercitivo o poder mediante la fuerza; poder legal; poder económico y material; capital social y cultural; poder interpersonal; y poder ideológico. Estas manifestaciones del poder pueden operar a través de diversas vías, como son estructuras sociales, instituciones y organizaciones; el entorno físico; los medios y la educación; y las relaciones sociales y familiares.

Amenaza:

La amenaza hace referencia en concreto a los tipos de amenazas que el ejercicio negativo del poder supone para una persona, grupo o comunidad. En este trabajo se describen una serie de amenazas centrales, que son: "Amenazas relacionales, Amenazas emocionales, Amenazas sociales y comunitarias, Amenazas económicas y materiales, Amenazas ambientales, Amenazas corporales, Amenazas de construcción de conocimiento y significado, Amenazas de identidad y Amenazas basadas en valores."

Es importante señalar que cualquier forma de adversidad se da con más frecuencia en contextos de desigualdad y que frente a cualquier tipo de amenaza existen factores que incrementan la experiencia de amenaza y factores que la disminuyen. Entre los factores que este modelo plantea como aquellos que incrementan la amenaza se encuentran: Estar en una etapa más temprana del desarrollo, estar atrapado/a, que la amenaza sea interpersonal e intencionada, imprevisibilidad y falta de control sobre la amenaza, que las amenazas sean múltiples y reiteradas, que exista intrusión física, encontrarse en un entorno crónicamente amenazante y la ausencia de alguien en quien confiar y que te proteja. Todo esto se correlaciona con los conocimientos acumulados en relación con el trauma y el trauma complejo (Van der Hart et al., 2008, 2010; Van der Kolk, 2017).

Finalmente, parece importante destacar el hecho de que desde este modelo también se entiende que *"las perturbaciones en las relaciones de apego tempranas son una adversidad en sí mismas y que establecen el escenario para las respuestas emocionales biológicamente medidas frente a las adversidades futuras"*.

Significado:

El significado hace referencia al sentido otorgado a las situaciones y experiencias determinadas por los elementos anteriores. Este elemento posee un papel central ya que activa y configura todos los demás, determinando la acción. Cabe destacar también, que se entiende que el significado resulta un producto de los discursos sociales y culturales y que tiene la capacidad de activar respuestas tanto evolutivas como adquiridas.

Respuestas a la Amenaza:

Como su propio nombre indica, son las respuestas evolutivas y aprendidas que una persona o grupo utiliza para protegerse al experimentar una amenaza. Estas respuestas están mediadas a través de las posibilidades corporales y se dan dentro de un proceso de Poder, Amenaza y Significado. En este caso, dejan de entenderse estas reacciones como "síntomas" que la persona sufre de forma pasiva y pasan a entenderse como "estrategias de supervivencia" que la persona activa para protegerse.

En concreto el documento original presenta una lista provisional y no completa de posibles respuestas a la amenaza encontradas en la población. Esta lista ordena las respuestas de las más "Pre-reflexivas", donde se aprecian las respuestas de congelamiento, la desrealización/despersonalización o múltiples respuestas psicósomáticas entre otras, a las más "Reflexivas" donde se ubican la desesperanza, las estrategias relacionales (como buscar distancia emocional y la adopción de roles rígidos) o la rumiación. Todas estas respuestas se pueden agrupar a su vez en las siguientes categorías, que no son exhaustivas ni mutuamente excluyentes, según su funcionalidad:

- Regulación de los sentimientos abrumadores
- Protección contra el peligro físico

- Mantener la sensación de control
- Buscar vínculos
- Protección contra la pérdida del apego, el daño y el abandono
- Preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima
- Preservar un lugar dentro del grupo social
- Satisfacer las necesidades emocionales, calmarse
- Comunicar el sufrimiento y pedir atención
- Encontrar significado y propósito

Este cambio en la forma de entender los considerados “síntomas” por el modelo biomédico, constituye una de las bases fundamentales de este marco de trabajo, permitiendo devolver la agencialidad a las personas usuarias de los servicios, en contraposición a la pasividad que aportan los diagnósticos clínicos y que, como ya se ha visto, constituyen una de las principales críticas de base que se realizan a estos modelos.

Una vez explicados estos cuatro aspectos, resulta más fácil comprender cómo busca el *Marco PAS* lograr obtener un cambio en la narrativa aportada sobre los problemas que presentan las personas con sufrimiento psíquico. Para poder construir esta nueva narrativa, que es en sí mismo uno de los componentes terapéuticos fundamentales planteados en este modelo, el *Marco PAS* (Johnstone et al., 2018) plantea que se hace necesario responder con la persona, familia o grupo que consulta las siguientes preguntas:

- “¿Qué te ha pasado?” (¿Cómo ha actuado el poder en tu vida?)
- “¿Cómo te afectó?” (¿Qué tipo de Amenazas representó?)
- “¿Qué sentido le diste?” (¿Qué Significado tienen para ti estas situaciones y experiencias?)
- “¿Qué tuviste que hacer para sobrevivir?” (¿Qué tipo de Respuestas a la Amenaza estás usando?)

A estas cuatro preguntas básicas se les deben añadir dos cuestiones más de cara al trabajo terapéutico con este marco de trabajo, que son:

- “¿Cuáles son tus fortalezas?” (¿Qué acceso tienes a los Recursos de Poder?)
- “¿Cuál es tu historia?” (Para integrar todo lo anterior)

Con estas preguntas se busca lograr una comprensión más completa de lo que ha ocurrido y está ocurriendo a la persona, familia o grupo con el que se trabaja, cambiando la mirada de un “desequilibrio químico” a un “desequilibrio de poder”, siguiendo las recomendaciones de la ONU de sus últimos informes (Consejo de Derechos Humanos, 2017, citado en Johnstone et al., 2018). De este modo, se puede construir una narrativa distinta, más completa, que ayude a restaurar el significado y la agencialidad y permita identificar las respuestas a la amenaza que se están activando. Para llevar a cabo este proceso, el *Marco PAS* plantea, como ya se ha expuesto previamente, un Patrón fundamental que refleja cómo se conceptualiza de forma general el modelo de trabajo propuesto, y queda reflejado en el siguiente esquema y en una

descripción narrativa completa que está plasmada tanto en el documento original como en la versión abreviada traducida al castellano: (ANEXO 1 extraído de Johnstone et al., 2018).

De este patrón fundamental, posteriormente se desarrollan una serie de Patrones generales provisionales, basados en la evidencia empírica, y que buscan establecer regularidades causales que sirvan de punto de partida para futuros desarrollos e investigaciones. Estos patrones generales se entienden como agrupaciones de regularidades, que permiten operativizar y ayudan a trabajar, pero que no buscan ser una lista exhaustiva ni definitiva de entidades como aquellas procedentes de los modelos anteriores. De hecho, los Patrones generales en el documento abreviado (Johnstone et al., 2018) se plantean como entidades que:

- *“No representan agrupaciones separadas”*
- *“No sustituyen una a una las agrupaciones diagnósticas”*
- *“No proporcionan explicaciones universales de tipos específicos de “síntomas” o respuestas de amenaza”*
- *“Cruzan la frontera entre lo “normal” y lo “anormal””*
- *“Pueden dividirse en subpatrones”*
- *“Reflejan y son modelados por los significados ideológicos que se dan en los contextos sociales, políticos y culturales locales”.*

Además de esto, las personas pueden variar en la forma de “encajar” o ajustarse a estos patrones generales provisionales, moviéndose en el continuo entre incomodidades leves hasta un alto nivel de alteración del funcionamiento. También resulta importante destacar que se considera que tiene que haber versiones comunitarias de los patrones generales, ya que, aunque estos patrones concretos que se explicarán más adelante se ajustan mejor al funcionamiento individual o de una familia, se ha observado que existen patrones que pueden explicar las adversidades de toda una comunidad.

En relación con el trabajo con estos Patrones, se ha encontrado que su objetivo fundamental consiste en recuperar la relación entre las amenazas basadas en el significado y las respuestas a las amenazas basadas en ese significado. Por este motivo los Patrones generales reciben su nombre en forma de verbo y no de sustantivo, ya que de esta forma se pretende reflejar la agencialidad de la persona que provoca activamente las respuestas de amenaza para defenderse y no es simplemente un sujeto pasivo que sufre déficits biológicos. Para eso se trabaja con el siguiente esquema (ANEXO 2 extraído de Johnstone et al., 2018).

Este esquema es la base sobre la que se procede a construir los **7 patrones generales provisionales**, los cuales como se ha dicho anteriormente, y como su propio nombre indica, no pretenden constituir una clasificación definitiva, sino una herramienta de trabajo que debe permanecer en constante revisión a medida que pase el tiempo y con ello se modifiquen los discursos sociales y culturales y por tanto varíen el resto de componentes del modelo. A continuación, se procede a presentar cada uno de los siete patrones generales presentados, siendo el primero especialmente destacable, ya que sirve como punto de partida para todos los

demás, al poner el foco en aspectos especialmente centrales dentro de este modelo. Estos Patrones generales son:

- 1) Identidades.
- 2) Sobrevivir al rechazo, estar atrapado y a la invalidación.
- 3) Sobrevivir a las perturbaciones en los apegos y a las adversidades en la infancia y la adolescencia.
- 4) Sobrevivir a la separación y la confusión de identidad.
- 5) Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado, al aislamiento y a la pérdida.
- 6) Sobrevivir a la exclusión social, a la vergüenza y al poder coercitivo.
- 7) Sobrevivir a las amenazas únicas.

En relación con cada uno de estos patrones generales el documento principal (Johnstone et al., 2018) presenta un "resumen narrativo" que aporta coherencia y estructura todos los elementos relacionados con el patrón concreto. Posteriormente se describe cómo suele manifestarse en ese patrón específico la influencia del poder, las amenazas que este genera, los significados más frecuentemente aportados a dichas amenazas y las respuestas a la amenaza más frecuentes en dicho contexto. Finalmente se presentan algunos subpatrones específicos que se han identificado en relación con ese Patrón general, haciendo una especial mención a determinados patrones no occidentales como el *Amok*, el *Brain fog* o el *Cen*.

Por otra parte, aunque no se considera que exista (ni se busca) una correspondencia unívoca entre los Patrones generales y determinados diagnósticos propios del modelo biomédico, si se ha encontrado que algunos de los patrones descritos tienden a incluir a las personas que podrían recibir determinados diagnósticos concretos. Por ejemplo, el Segundo Patrón (*Sobrevivir al rechazo, estar atrapado y a la invalidación*) puede incluir a determinadas personas que cumplirían criterios para recibir el diagnóstico de "Trastorno límite de la personalidad", el cuarto patrón (*Sobrevivir a la separación y la confusión de identidad*) puede incluir a aquellas que cumplen criterios para el diagnóstico de "Esquizofrenia", el quinto (*Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado, al aislamiento y a la pérdida*) se relaciona con el diagnóstico de "Depresión" y el sexto (*Sobrevivir a la exclusión social, a la vergüenza y al poder coercitivo*) con el diagnóstico de "Trastorno de personalidad antisocial". Esta relación no implica que todas las personas que han recibido dichos diagnósticos vayan a encajar necesariamente en los patrones planteados, y tampoco que en dichos patrones exclusivamente haya lugar para personas que presenten dicho tipo de respuestas. Esto es así ya que los Patrones del *Marco PAS* están basados en la función de las respuestas, y no en las respuestas en sí mismas (o los "síntomas").

En base a todo esto, se puede concluir que el *Marco PAS* no solo aporta un esquema general que permite estructurar la forma en la que se entiende el sufrimiento psíquico y favorece una manera de trabajar con las personas que lo experimentan de una forma más adecuada, sino que además ofrece una clasificación basada en la evidencia empírica con la cual poder estructurar dicho trabajo. Resulta destacable el hecho de que dicha clasificación favorece en sí misma el trabajo psicoterapéutico, ya que, al estar basada en las funciones de las

respuestas, resulta imprescindible analizar dichas funciones y los motivos por los que se han llegado a desarrollar, favoreciendo este proceso en sí mismo la co-construcción de narrativas nuevas y más útiles para la persona.

SIMILITUDES ENTRE EL *MARCO PAS* Y OTROS MODELOS

Como se ha observado a lo largo del análisis de este modelo, queda patente que esta nueva propuesta recibe influencias de múltiples fuentes procedentes de muy diversos enfoques. Estas bases se pueden apreciar en los distintos elementos del *Marco PAS*, aportando una fuerte base teórica sobre la que se ha estructurado. En este apartado se analizarán algunas de las similitudes existentes entre el *Marco PAS* y ciertos modelos teóricos anteriores, poniéndolas en relación con los distintos elementos de este.

El concepto de **Poder** aportado por este marco de trabajo constituye un elemento muy amplio que incluye desde vulnerabilidades a nivel biológico hasta las oportunidades aportadas por la pertenencia a un grupo social con un nivel socioeconómico elevado. Esto permite analizar aspectos que se tienden a dejar fuera del trabajo psicoterapéutico, y que se ha visto que tienen una influencia clara en la frecuencia y la gravedad de la aparición de problemas asociados al sufrimiento psíquico, como puede ser la discriminación. Este aspecto es importante ya que, por un lado, se ha visto que el hecho de pertenecer a un grupo con características asociadas a la discriminación (pobreza, determinadas etnias, orientaciones sexuales LGBTI, ser mujer en el sistema social actual...) está directamente asociado con la presencia de "alteraciones de salud mental" (Belle, 1990; Brown et al., 2000; Burgess et al., 2008; Chakraborty & McKenzie, 2002). Y, por otra parte, el diagnóstico de dichas "alteraciones" se asocia a su vez a otra nueva forma de discriminación que aumenta el estigma y la indefensión (Campo-Arias & Herazo, 2015; Suárez Vergne, 2019).

En relación con este aspecto, uno de los primeros contextos en los que se pueden materializar los recursos de poder y que puede ayudar a modular el impacto del entorno social y de aspectos biológicos sobre el desarrollo, es la relación con los padres. De este modo, el desarrollo de un vínculo de apego seguro será un recurso de poder fundamental mientras que las alteraciones en el apego constituirán una amenaza importante. La teoría del apego de Bowlby entiende los patrones de apego seguro como el vínculo que permite interiorizar esquemas de funcionamiento sobre uno mismo como un ser con agencia y sobre el mundo como un lugar comprensible y manejable. Por otra parte, se conceptualizan los patrones de apego inseguros como alteraciones en dicha vinculación entre el recién nacido y sus figuras cuidadoras, que llevan al niño o niña a interiorizar esquemas que les resulten beneficiosos para sobrevivir según el modelo de relación ofrecido por estos adultos. Por ejemplo, activando elevadas reacciones de ansiedad que le impulsen a no alejarse de la figura cuidadora en el apego ansioso-ambivalente o internalizando las respuestas emocionales que no son atendidas en el patrón de apego evitativo (Fonagy, 1999). De este modo como se puede apreciar, el poder que se manifiesta en la figura de los padres puede llegar a suponer una amenaza para la que el bebé desarrolla respuestas, a pesar de que estas puedan generar sufrimiento psíquico (Aznárez, 2019).

Esta idea permite entender la importancia que puede implicar el trauma complejo en relación con este modelo. Se debe destacar que la definición de este concepto es compleja, pero podría resumirse como la exposición continua tanto en niños como en adultos, a traumas interpersonales crónicos prolongados, que dan lugar a alteraciones psicológicas (Morales Aguilar, 2018). Aun así, cuando estas alteraciones se dan en la infancia y los menores quedan atrapados y condicionados por un gran número y variedad de circunstancias estresantes, esto tiene un impacto especialmente generalizado y grave. Esto se debe a que la víctima es psicológica y físicamente inmadura, de modo que su desarrollo queda seriamente comprometido por el abuso repetido y la respuesta inadecuada por parte de las figuras cuidadoras (López Soler, 2008).

El propio *Marco PAS* especifica la importancia de las experiencias relacionales en la infancia como un área potencial de amenaza. Esto sigue la tendencia actual a dar cada vez mayor importancia al concepto de Trauma Complejo, llegando esta tendencia incluso a alcanzar al Manual de diagnóstico clínico CIE-11 (World Health Organization, 2019), que ha incluido en su clasificación el "Trastorno de Estrés Postraumático Complejo". Esta visión amplia de lo que se entiende por trauma permite comprender una gran parte de sufrimiento que quedaba fuera la conceptualización del trauma en base a lo que se ha venido a denominar como "Trauma simple". Esta idea queda reflejada en el *Marco PAS* en la conceptualización del concepto de **Amenaza** como un elemento mucho más general que el trauma simple, aunque este también se ve reflejado en el séptimo patrón general provisional (*Sobrevivir a las amenazas únicas*). De este modo no queda duda de que el concepto de amenaza del *Marco PAS* recoge las ideas propuestas en los últimos años por autores como Van der Kolk (2017) o Van der Hart (2008, 2010) con relación al concepto de trauma, ampliándolo con una visión también orientada al contexto sociocultural y político.

El tercer elemento fundamental del *Marco PAS* es el **Significado**, y no se puede obviar la relación de este concepto con los desarrollos propios de las terapias narrativas. Según Fernández Liria y Rodríguez Vega (2001) "*La terapia narrativa se sirve de recontar y revivir historias. Cuando una persona cuenta "su" historia, se da también un proceso por el que deja de ser el actor para ocupar la posición de observador, de narrador, de testigo. Solo contando la historia "la persona se da cuenta de que ha experimentado la participación en una historia alternativa."* Esta es también una de las ideas fundamentales del *Marco PAS*, que busca el analizar el significado que ha tenido para la persona aquello que le ha pasado en la vida y cómo ha respondido a esto en base a ese significado que le ha dado. De este modo, la propia formulación del patrón fundamental aporta una narrativa nueva que puede ayudar a poner en perspectiva ese significado se aportó en un primer momento a las amenazas sufridas por la persona. En resumen, el uso del *Marco PAS* a lo que ayudaría sería a co-crear con la persona una nueva narrativa en relación con su historia y las implicaciones de esta en su vida actual, favoreciendo una formulación de lo que ha ocurrido que ayude a reducir el sufrimiento psíquico de la persona, siendo esta una de las bases de las terapias narrativas (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2001).

Otro modelo de trabajo que se puede relacionar con los conceptos aportados por el *Marco PAS* es la Terapia de Esquemas (Young et al., 2015). Este modelo entiende que la base de las dificultades de las personas usuarias de los servicios de salud mental reside fundamentalmente en el desarrollo de esquemas precoces "desadaptativos", entendiendo estos como "patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que se inician al comienzo de nuestro desarrollo y se van repitiendo a lo largo de la vida". La parte destacable es que entiende las "conductas disfuncionales" que presentan las personas como "respuestas" desarrolladas a raíz de estos esquemas, que a su vez se interiorizan como producto de experiencias adversas en las primeras etapas del desarrollo. De este modo se pueden observar los paralelismos entre estos dos modelos, aunque obviamente también existen importantes diferencias entre ellos, como el hecho de entender estos esquemas como "desadaptativos" en lugar de como respuestas que fueron necesarias para sobrevivir en el momento que se desarrollaron, y por lo tanto fueron adaptativos, a pesar de que en el momento actual generen sufrimiento psíquico a la persona.

Finalmente, en relación con las **Respuestas a la amenaza**, hay dos conceptos que destacan en la descripción que el *Marco PAS* hace de este elemento y son: la disociación y los procesos de mentalización. Se entiende la disociación como "*el fallo en el proceso de integración de los diversos aspectos de la experiencia tras la exposición a uno o múltiples sucesos potencialmente traumatizantes*" (Van der Hart et al., 2010). Por otra parte, la mentalización o función reflexiva hace referencia al concepto propuesto por Peter Fonagy y según Gergely (2003, citado en Lanza Castelli, 2011) se puede definir como "*una serie variada de operaciones psicológicas que tienen como elemento común focalizar en los estados mentales. Estas operaciones incluyen una serie de capacidades representacionales y de habilidades inferenciales, las cuales forman un mecanismo interpretativo especializado, dedicado a la tarea de explicar y predecir el comportamiento propio y ajeno mediante el acto de inferir y atribuir al sujeto de la acción determinados estados mentales intencionales que den cuenta de su conducta*". Estos dos conceptos están muy presentes en la clasificación que presenta el *Marco PAS* de las posibles Respuestas ante la amenaza que se pueden desarrollar, organizándolas de las más pre-reflexivas a las más reflexivas, llevando a cabo un análisis de los distintos niveles dentro del continuo que va desde la equivalencia psíquica hasta los procesos de mentalización más avanzados. Y, por otra parte, dándole un importante papel tanto a la sintomatología más típicamente asociada a los procesos disociativos como la despersonalización, la desrealización, las alteraciones psicósomáticas... como a otro tipo de sintomatología no tan clásicamente asociada a este fenómeno, pero en la base de las cuales también podemos encontrar elementos disociativos.

CONCLUSIONES

En resumen, se puede concluir que los trabajos llevados a cabo por la Sociedad Británica de Psicología presentan una propuesta de trabajo, respetuosa, contextual y basada en la evidencia, que busca cambiar el foco de atención y alejarse del modelo diagnóstico tradicional. Este hecho se lleva a cabo respondiendo a las necesidades planteadas no solo por organismos como la Organización de las Naciones Unidas (Consejo de

Derechos Humanos, 2017), sino atendiendo especialmente a las planteadas por los propios usuarios y usuarias y las personas cercanas a estas, que continúan solicitando un cambio en nuestra forma de entender sus dificultades y de trabajar con ellas.

Esto explica que este modelo de trabajo esté ganando tanta atención de una forma tan rápida, alcanzando un importante impacto internacional en pocos años, ya que se ha sumado a la nueva corriente de movimientos que buscan cambiar el modo de entender el sufrimiento psíquico.

Entre estos movimientos se pueden destacar enfoques como *El dialogo abierto*, *La red de escuchadores de voces* o los enfoques de trabajo basados en la formulación. De hecho, en el propio documento original del *Marco PAS* se describen estos enfoques como ejemplos de buenas prácticas (Johnstone et al., 2018). En cualquier caso, a este hecho se le suma para explicar su gran aceptación, el hecho de ser un modelo suficientemente amplio y fácil de aplicar como para poder englobar casi cualquier perspectiva de trabajo, caracterizándose por ser un modelo esencialmente integrador. Además, todo esto queda respaldado por el hecho de estar apoyado por una gran cantidad de evidencia empírica y de investigación desde múltiples perspectivas, siendo la falta de estos apoyos lo que en muchas ocasiones se ha criticado a este tipo de modelos. En base a todo esto, no es extraño que el *Marco PAS* este teniendo tanto impacto de una forma tan rápida, siendo de esperar que esta influencia continúe aumentando en los próximos años,

Aun así, merece la pena destacar que lo novedoso de este modelo no reside esencialmente en presentar conceptos especialmente diferentes, ya que sus propuestas se aproximan, como se ha visto, a conceptos y enfoques que han ido ganando fuerza en las últimas décadas y con los que una gran parte de profesionales del ámbito de la psicología ya estaban trabajando. Por el contrario, la importancia de este modelo se encuentra en el hecho de tomar estos conceptos y formas de entender el sufrimiento psíquico y estructurarlas para formar un modelo amplio apoyado en evidencia científica, que ayude a impulsar un cambio en el paradigma imperante. De este modo, el *Marco PAS* se presenta como un modelo estructurado que busca cambiar la narrativa con la que se trabaja, para ofrecer una atención más acorde a las demandas de nuestra profesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA) (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Aznárez, B. (2019). *Psicoterapia Breve con niños y adolescentes*. Barcelona: Ed. Sentir.

Belle, D. (1990). Poverty and Women's Mental Health. *American Psychologist*, 45 (3), 385–389.

Brown, T. N., Williams, D. R., Jackson, J. S., Neighbors, H. W., Torres, M., Sellers, S. L., & Brown, K. T. (2000). "Being black and feeling blue": The mental health consequences of racial discrimination. *Race and Society*, 2 (2), 117–131.

Burgess, D., Lee, R., Tran, A., & Van Ryn, M. (2008). Effects of perceived discrimination on mental health and mental health services utilization among gay, lesbian, bisexual and transgender persons. *Journal of LGBT Health Research*, 3 (4), 1–14.

Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44 (4), 243–250.

Chakraborty, A., & McKenzie, K. (2002). Does racial discrimination cause mental illness? *British Journal of Psychiatry*, 180, 475–477.

Consejo de Derechos Humanos. (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. *Asamblea General de Naciones Unidas*.

Cosgrove, L., & Krinsky, S. (2012). A comparison of dsm-iv and dsm-5 panel members' financial associations with industry: A pernicious problem persists. *PLoS Medicine*, 9 (3).

Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*, 3.

Frances, A. (2013). Saving Normal The Battle at the Boundary of Psychiatry. *Psychotherapy in Australia* 19(3), 14.

Insel, T. (2013). Transforming diagnosis. *NIMH Director's Blog*.

Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *El Marco de Poder, Amenaza y Significado Publicación abreviada*. Leicester: British Psychological Society.

Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society.

Lanza Castelli, G. (2011). La mentalización, su arquitectura, funciones y aplicaciones prácticas. *Aperturas Psicoanalíticas*, 39.

López Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (3) 159-174.

Martorell, J. L. (2017). Los debates sobre la psicoterapia: cucos, dodós y otros pájaros. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2, 3–9.

Morales Aguilar, D. P. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances En Psicología*, 26 (2), 135 - 144.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid, Meditor.

Pardo González, H., & Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.

Suárez Vergne, Á. (2019). Discriminación, apoyo social y bienestar psicológico en personas con trastornos mentales. *Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 26, 155–168.

Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 208-215.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Solomon, R. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 76–92.

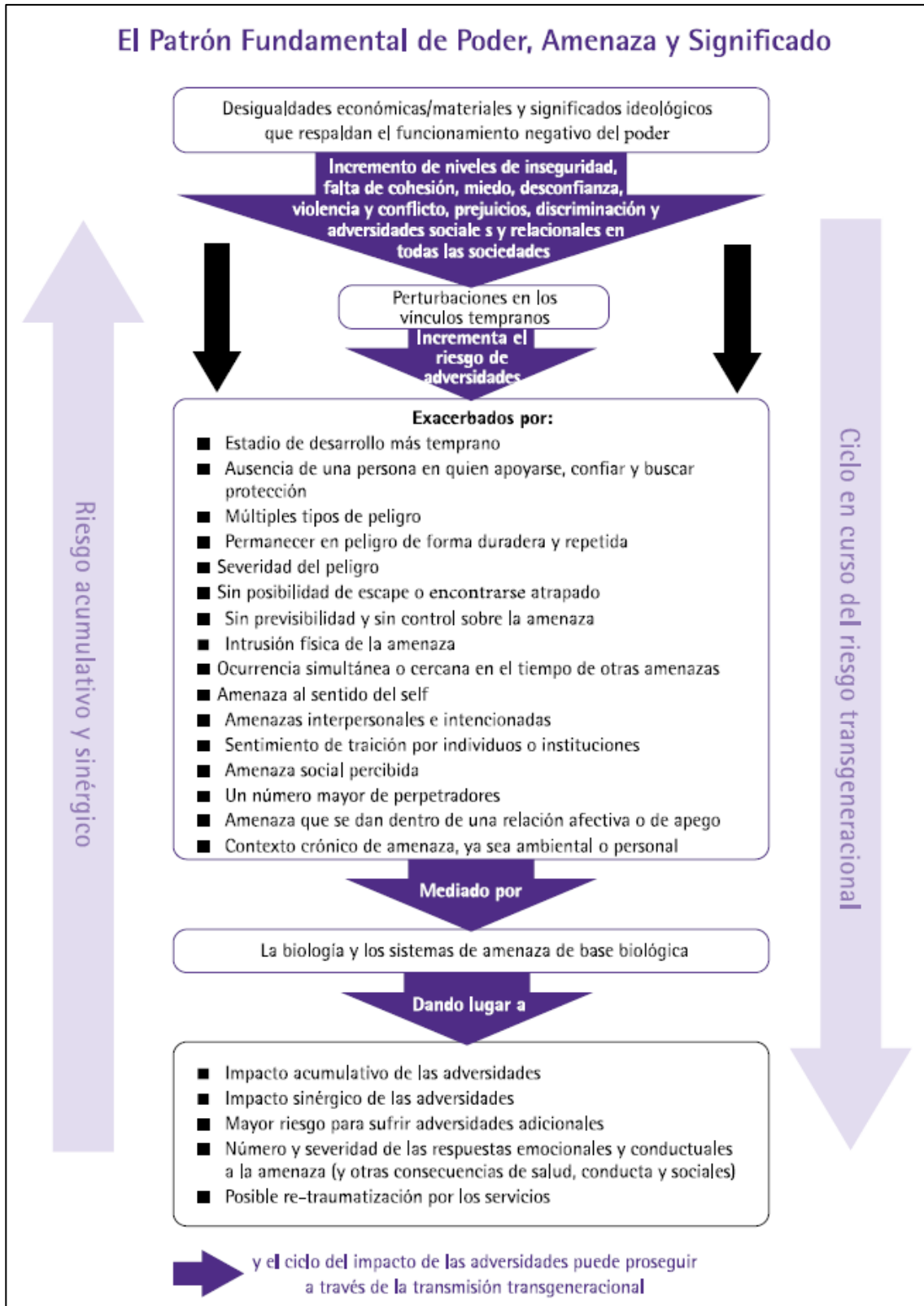
Van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2008). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Van der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Editorial Eleftheria.

World Health Organization (WHO). (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

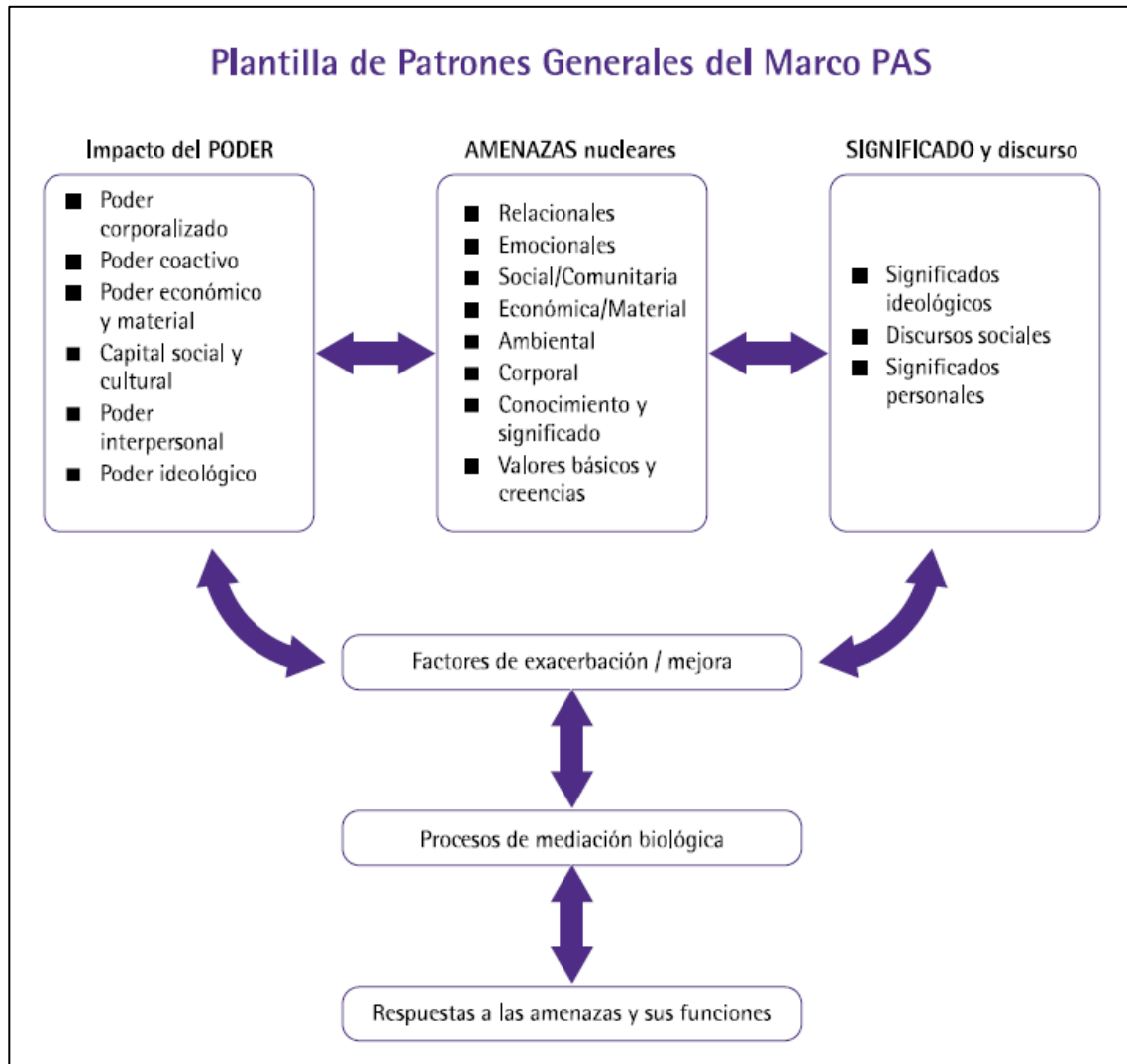
Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2015). *Terapia de esquemas. Guía Práctica*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

ANEXO 1



Esquema Patrón fundamental del *Marco PAS* (Tomado de Johnstone et al., 2018)

ANEXO 2



Plantilla Patrones generales del *Marco PAS* (Tomado de Johnstone et al., 2018)

Trastornos alimentarios en la edad adulta

Ana Belén Fernández Torres

Psicóloga. Master en Psicología Clínica y Psicoterapia por la SEMPYP

Resumen

Los trastornos alimentarios normalmente comienzan en la adolescencia, aunque se está observando una mayor tendencia a empezar antes y después de esta etapa. Es un trastorno que, si bien también ocurre en los hombres, afecta en una proporción mayor a las mujeres. Cuando está presente en la edad adulta las razones pueden ser diversas, pero las dos principales son: un estado previo de desorden parcial alimentario que no llega a considerarse patología hasta la adultez y que es desencadenado, normalmente, por una crisis vital; y/o una comorbilidad con otra patología que produce una migración al trastorno alimentario. Asimismo, en la actualidad, tiene una alta probabilidad de cronicidad debido a su baja tasa de remisión, con lo que, muchas pacientes, que empezaron en la adolescencia, acaban presentándola en la adultez. El objetivo de este trabajo es hacer una revisión y análisis de los posibles factores que participan en el origen, desarrollo y mantenimiento de esta patología en la edad adulta y dar unas líneas generales de abordaje. La propuesta está fundamentada en cinco pilares teóricos básicos que son: la teoría del trauma, la teoría del apego, la teoría sistémica, la teoría de la regulación del afecto y la mentalización.

Palabras clave: *trastornos alimentarios, trauma, apego, mentalización.*

Abstract

Eating disorders usually begin in adolescence, although there is a greater tendency to start before and after this stage. It is a disorder that, while it also occurs in men, affects a greater proportion of women. When it is present in adulthood, the reasons may be diverse, but the two main ones are: a previous state of partial eating disorder that does not become pathological until adulthood and is normally triggered by a vital crisis; and/or a comorbidity with another pathology that produces a migration to the eating behaviour disorder. Likewise, at present, it has a high probability of chronicity due to its low rate of remission, with which many patients, who will obtain it in adolescence, end up presenting it in adulthood. The objective of this work is to review and analyse the possible factors that participate in the origin, development and maintenance of this pathology in adulthood and to give some general lines of approach. The proposal is based on five basic theoretical pillars: trauma theory, attachment theory, systemic theory, affect regulation theory and mentalization.

Keywords: eating disorders, adulthood, trauma, attachment, affect regulation, mentalization.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios (TA) son de patología compleja con causalidad multifactorial, en la que intervienen diferentes factores psicológicos, biológicos, y sociales y que van unidos a la biografía específica del paciente. Las expresiones clínicas son el resultado de múltiples factores causales, desencadenantes y mantenedores del trastorno. Las personas con TA, generalmente, presentan una profunda descalificación personal, con dificultad para aceptarse tanto corporal como psicológicamente, y presentan un alto rechazo y negación a aceptar su situación (Morandé, 2014). El modo en que se comunican con la comida es un reflejo de la gestión de sus vidas y el síntoma es una metáfora de la relación consigo mismas y con los demás, incluido el psicoterapeuta (Marín, 2022).

Dentro de los TA, los más conocidos son la Anorexia (AN) y la Bulimia (BN). A rasgos generales, en la AN, que puede ser restrictiva o purgativa, la paciente presenta un Índice de Masa Corporal bajo. En cambio, en la BN el peso suele ser normal y existen episodios de ingesta abusiva de la comida con conductas compensatorias. En el caso del trastorno del atracón, también hay una ingesta excesiva, pero, a diferencia de la BN, no hay conductas compensatorias después. Por otro lado, existe un alto porcentaje de pacientes con casuísticas distintas a la previamente descritas. El DSM-5 recoge todas estas posibles combinaciones dentro de la categoría diagnóstica otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados (TCANE) y que se diagnostica cuando no se cumplen todos los criterios del resto de TA anteriormente comentados (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013). Posiblemente, siendo un desorden alimentario tan completo y multifactorial, sería más interesante hablar de trastorno en la nueva línea propuesta por Marino Pérez Álvarez que contempla el concepto como bucle y situación en vez de como enfermedad. El trastorno definido como situación-límite que pone la vida del paciente del revés y que trastoca su modo de estar en el mundo (Pérez, 2020).

Cuando el trastorno alimentario se presenta en población adulta es necesario la consideración de algunos aspectos específicos, ya que las razones pueden ser diversas. Beato Fernández y Rodríguez Cano proponen los siguientes:

- La elevada prevalencia de los trastornos incompletos. El TCANE es el más usado, entre un 50 y 70% de todos los casos de TA en el contexto. Este hecho revela una limitación en el sistema de categorización actual.
- Considerar los TA en la edad adulta exige contextualizarlos en el proceso evolutivo del paciente, donde normalmente suele ocurrir que problemas parciales con la comida han ocurrido a lo largo de su vida.
- La inestabilidad de los criterios diagnósticos. A lo anterior hay que sumar, la aparición también de cuadros con todas las características psicopatológicas propias de otros subtipos diagnósticos. Existe una gran migración o transvase de diagnósticos a lo largo del tiempo entre las distintas categorías, cifras que alcanzan hasta casi un 50% según algunos estudios (Gómez del Barrio, 2018).
- El efecto de la desnutrición a largo plazo. Ésta incrementaría por sí sola la psicopatología propia del trastorno alimentario, además de alterar la conciencia interoceptiva.
- Frecuente comorbilidad con los trastornos de la personalidad. A pesar de que los datos procedentes de diferentes investigaciones resultan inconsistentes, estos apuntan en la dirección de que existe una gran comorbilidad entre los TA y los Trastornos de Personalidad. Se estima la presencia de este tipo de alteraciones, según diferentes estudios, entre un 53% y un 93% (Kirszman 2020). Un porcentaje sustancial de individuos con BN presenta características de la personalidad que cumplen los criterios de uno o varios trastornos de personalidad, siendo el más frecuente el trastorno de la personalidad límite.

De hecho, la presencia de los trastornos de personalidad parece condicionar una mayor gravedad y un peor pronóstico de los TA. La realidad, en definitiva, es que esta comorbilidad parece ser más la normalidad que la excepción que confirma la regla.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, puede sacarse la conclusión de que una evaluación del paciente única y centrada en una perspectiva de categorías cerradas puede no reflejar la complicación del cuadro clínico, especialmente, en el adulto.

FACTORES CONDICIONANTES, DESENCADENANTES Y MANTENEDORES DEL TA EN LA ADULTEZ

Como comentaba en la introducción, los factores que participan en el origen, desarrollo y mantenimiento de estos cuadros se pueden agrupar en tres categorías: factores condicionantes o de predisposición, factores

desencadenantes o de precipitación y factores perpetuadores o de mantenimiento. A continuación, se detalla cada uno de los elementos incluidos dentro de estos factores por el mismo orden de aparición indicado:

Factores condicionantes

La pregunta que plantear aquí es ¿qué favorece la aparición de los TA? La sociedad es un factor de predisposición importante de tener en cuenta. En los últimos años se ha acentuado de manera patente el poder de la delgadez en nuestra sociedad, ya presente también en el siglo XX. Este hecho se ha potenciado, principalmente, por los medios de comunicación, la globalización y la democratización de la exposición a través de las redes sociales. La moda, los patrones estéticos de atracción, junto con una alta confirmación y refuerzo asociados, han acentuado a su vez una alta exigencia y vulnerabilidad, sobre todo, a la mujer. A su vez existe una predisposición biológica, en la que los neurotransmisores, hormonas, temperamento y constitución unido a la teoría de la inflamación, con alto peso y evidencia científica (como se verá a continuación en detalle), tiene un impacto en la persona. Finalmente, la familia, el brazo armado de la sociedad, juegan un papel clave en este entramado, con los estilos de relación, de comunicación y las posibles experiencias traumáticas. A continuación, se detalla el papel fundamental de cada una de las partes:

Predisposición social

En un contexto postmoderno la preocupación por la imagen ha sido la regla y no la excepción (Martín, 2006). Esta situación se ha ido acentuando en los últimos años, con la aparición de aplicaciones que nacieron no más allá de la década pasada, como Instagram o Tinder, que se han instaurado en nuestras vidas y donde utilizan la imagen como medio principal de comunicación. Son nuevas vías de relacionarse en nuestras vidas y que han cambiado las reglas del juego.

En esta sociedad donde la imagen corporal es la marca identitaria, existe una gran presión de cara al exterior y, consecuentemente, un buen autoconcepto y autoestima es imprescindible para una buena gestión de la situación. Por ejemplo, las personas muy perfeccionistas o las que buscan compensar la autocrítica llevan peor no alcanzar un canon de belleza o ideal, hecho que puede comportar una preocupación patológica y absorbente focalizada en el "defecto" (Frías, 2020).

Finalmente, para terminar este punto, remarcar que, la comida tiene un complejo conjunto de significados, como ya señaló Tod Hunter en 1973: [...] Es un medio de comunicación y de relaciones interpersonales, como "una manzana para el maestro" o una expresión de hospitalidad, amistad, afecto, buena vecindad, comodidad y simpatía en momentos de tristeza o peligro [...]Es un medio de placer y gratificación personal y un alivio del estrés. Es fiestas, ceremonias, ritos, días especiales y nostalgia del hogar, la familia y los "buenos tiempos". Es una expresión de individualidad y sofisticación, un medio de expresión personal y una forma de sublevación. Sobre todo, es tradición, costumbre y seguridad... (Ogden, 2003/2019, p. 301). La comida tiene un alto componente emocional y relacional donde todo está interconectado (Marín, 2022).

Predisposición biológica

En este punto más que hablar de factores genéticos, en los últimos años ha quedado claramente demostrado que, es mejor hablar de epigenética, es decir, de la interacción entre ambiente y genética.

Son muchas las razones para dirigir las investigaciones en genética molecular hacia el sistema serotoninérgico. Las consecuencias de la reducción de la serotonina, relacionada con la malnutrición puede tener consecuencias importantes de cara a la epigenética. De hecho, varios estudios muestran que la alteración de las vías neuronales de la serotonina persiste tras la recuperación de la anorexia nerviosa (Toro, 2014). Adicionalmente, también afecta al papel de los estrógenos, reducidos en la anorexia nerviosa por la disfunción del eje hipotálamico-hipófiso-suprarrenal, por una posible causa de malnutrición.

Finalmente, la "teoría de la inflación" podría considerarse como un nuevo marco integrador, base de la mayor parte de las enfermedades crónicas, donde se observa la presencia paralela de procesos de estrés, inflamación, depresión y dolor, que tendría un carácter bidireccional. Una de las claves de esta relación puede encontrarse en el papel desempeñado por el Sistema Inmunológico a través especialmente de las citocinas (Sanchez et al., 2008).

Los datos demuestran que el estrés psicosocial, un precipitante reconocido de los trastornos afectivos, es capaz de estimular las moléculas de señalización inflamatoria (Miller et al., 2010).

El avance de las investigaciones sobre los efectos de las modificaciones en el sistema nervioso central, el endocrino y el inmunitario, así como su correspondencia con los estados de ánimo, podría desentrañar la vulnerabilidad personal y la evolución individual (Sirera et al. 2006).

Predisposición familiar

La familia funciona como un sistema, el brazo armado de la sociedad. "Dentro de la familia, la conducta de cada individuo está relacionada con la de los otros y depende de ella" (Watzlawick et al., 1967/1981). Teniendo en cuenta esta situación, la aproximación clínica del psicoterapeuta debe contemplar una visión del sistema en su totalidad, para entender lo que realmente está ocurriendo. Esto incluye la identificación de las alianzas y deslealtades en este sistema. Finalmente, debe tener cuidado con los cambios bruscos en cualquiera de las "piezas", ya que el sistema necesita ajustarse. En definitiva, no existe la consulta individual exitosa.

De hecho, fue Bowlby, basándose en observaciones etológicas de Lorenz con los gansos y Harlow con los primates, fue quien señaló que todo mamífero necesita a su madre, además de como fuente alimenticia, como refugio de protección. La madre y el niño se regulan mutuamente la angustia (Bowlby, 1988/1996).

Normalmente, es la madre quien, tan sólo con su propia regulación, normaliza por sintonía al hijo, del posible estímulo estresante. No obstante, si la madre presenta algún problema (depresión, conflicto marital, duelo,

etc.), el sistema falla y el hijo estará desregulado y conllevará consecuencias nefastas en cuanto a manejo del estrés, sus defensas y la construcción de patologías en el futuro (Cordella, 2014).

Pero, esta desregulación puede depender también de que los progenitores no muestren sus emociones o, también, de una actitud claramente hostil por parte de éstos recurriendo al castigo físico como respuesta para controlar las emociones de su hijo (Gerhardt, 2004//2016).

Una de las mayores causas de estrés son las experiencias traumáticas, sobre todo, si ocurren dentro del seno familiar, y, además, éstas han sido silenciadas (Aznárez, 2021; Losada y Saboya, 2013).

De hecho, los desórdenes alimentarios pueden ser una manera de adaptarse a las vivencias estresantes, de regularse emocionalmente ante la angustia provocada por las situaciones. La realidad parece que muestra que no es un problema con la comida, sino que es una dificultad que se refleja a través de ésta. Por ello, es clave mirar para ver, escuchar para comprender y también preguntar por la historia traumática en consulta. Es fundamental ahondar en el trauma relacional temprano, donde el principal problema se encuentra en que es inviable salir de ahí. Una forma de escapar es la bulimia, la anorexia, el sobrepeso, el atracón, mecanismo que temporalmente fue adaptativo, un intento de regulación. La disociación como defensa, escindiendo elementos disruptivos para el yo del resto de la psique. Un mecanismo de defensa que en el medio plazo te hace disfuncional, ya que, para el trauma, lo pasado está presente. Se activan las emociones, las sensaciones; las vivencias que pertenecen al pasado se viven en el presente como respuesta a estímulos no necesariamente traumáticos. La comida como disparador. El pasado se actualiza y se revive, sin control (Marín, 2022).

Debemos conocer cuándo, cómo y por qué tuvo lugar esta crisis, que sucedió en la vida del paciente y en su mundo familiar y social en ese momento (Losada y Saboya, 2013), eso será posiblemente la explicación del trastorno en la alimentación.

En definitiva, la psicoterapia debe pasar por hablar de ello, pensar en ello y soñar con ello (Aznárez, 2021). Las agotadoras estrategias de evitación se vuelven entonces menos necesarias y las víctimas traumatizadas pueden llevar a cabo tendencia de acción más flexible y coordinadas en el ámbito de la vida cotidiana. (Van der Hart. et al., 2006/2008)

Factores desencadenantes

Los TA se presenta en un contexto generalmente de cambio. Determinadas situaciones de estrés o crisis vital pueden hacer que, en pacientes predispuestos, que quizás pasaron la adolescencia sin llegar a mostrar todos los criterios diagnósticos desarrollen durante la adultez todo el cuadro clínico (Beato Fernández y Rodríguez Cano, 2014).

Situaciones estresantes en la vida del adulto que requieran de una adaptación por parte de este. Estas circunstancias pueden ser los cambios de trabajo, de casa, abusos, matrimonio, embarazo, enfermedades, muertes de los padres, separación o divorcio, menopausia, etc.

Por ejemplo, algunos estudios han puesto de relevancia que el periodo perinatal puede suponer para algunas mujeres un momento de vulnerabilidad para la exacerbación de diferentes problemas, tales como insatisfacción con la imagen corporal, inicio de dietas restrictivas o aumento del ejercicio físico, que puedan generar el desarrollo de TA (Vallejo-Slocker, 2019).

Finalmente, como profesionales de la salud, debemos tener muy presente una posible retraumatización que puede llevar a desencadenar un TA. Ésta puede llegar a ocurrir cuando la paciente se enfrenta de nuevo a una situación traumática similar a la que vivieron en el pasado y que no se legitimó dentro de su ambiente. El hecho de no haber tenido la posibilidad de hacer ese duelo integrador expone a la persona ante situaciones similares que lleven, consecuentemente, a una retraumatización que puede desencadenar un TA.

Factores mantenedores

La pregunta aquí sería ¿qué perpetúa un TA si el hecho de comer está genéticamente desarrollado? ¿Cómo se ha alterado esta necesidad biológica genéticamente transmitida? La respuesta podríamos encontrarla en la socialización. Desde mi punto de vista, el vínculo de apego (que más tarde trataré de manera exhaustiva) que se formó al principio de la vida y que, al no ser reparado continua de esta manera en la etapa adulta.

Algo ha ocurrido en el vínculo de apego que hace que comer sea un problema en vez de un comportamiento egosintónico (Marín, 2021). Por diferentes motivos, el paciente siente (consciente o inconscientemente) una carencia, un vacío difícil de identificar, muy antiguo que necesita rellenar. Cuando no ocurre esto por parte de la figura de apego, existe una carencia afectiva importante por parte del paciente que hay que reparar. Si esto no ocurre por parte de los padres el paciente puede entrar en el bucle de la reivindicación de por vida. El síntoma es su manera de expresar el sufrimiento. Rellenan el vacío, esa falta básica mal. En el caso de los pacientes con TA, lo rellenan con la comida, mientras siguen demandando de manera continua que los padres cubran esa necesidad, que reparen. Pero esta, una vez entrada la edad adulta es raro que ocurra (los padres ya han fallecido, lleva tanto tiempo el problema, que ya no se identifica la raíz, alexitimia, etc.) y el paciente sigue apostando por ello incesantemente hasta entrar en crisis. Un eterno bucle de la reivindicación del que incluso los padres, en el caso que los haya en ese momento, no son conscientes de que exista, perpetuándolo aún más.

A veces, existen ciertas formas de pensar familiar que bloquean la recuperación, como considerar que, si ellos acuden a tratamiento, es sinónimo de aceptar que son culpables de lo que le pasa a su allegado. Otros se han negado a colaborar por existir secretos familiares que tiene miedo a que se descubran (discordia entre la pareja, alcoholismo paterno, abusos sexuales, maltrato físico o algún familiar psicótico etc.). Pero, el problema

puede estar, como dice Diana Paris, en: "Algo no dicho, inconscientemente transmitido desde generaciones pasadas, sale a la luz como violencia desatada fuera de su tiempo real" (Paris, 2016).

Además, las cuerdas vinculares que posiblemente le han atrapado desde niña están relacionadas con la posición que ocupa en la familia. El guion se incorpora cuando fracasa la tentativa de ser uno mismo o cuando el ambiente, generalmente los padres, impide descubrir quién es uno mismo (Martorell, 2000).

El problema se acrecienta cuando no se puede poner palabras a los sentimientos, la alexitimia. Aproximadamente tres cuartas partes de los pacientes con anorexia nerviosa y más de la mitad de los pacientes con bulimia se sienten desconcertados por sus sentimientos emocionales y les cuesta mucho describirlos (Van der Hart, 2006/2008).

Suelen registrar las emociones como problemas físicos en lugar de como señales de que algo merece su atención. En lugar de sentirse enfadados o tristes, experimentan dolor muscular, irregularidades intestinales u otros síntomas para los que no se puede encontrar ninguna causa. No ser capaz de discernir lo que sucede en su cuerpo les hace perder la conexión con sus necesidades y les cuesta cuidar de sí mismos, se trate de comer la cantidad adecuada en el momento adecuado o de dormir las horas necesarias (Van der Kolk, 2014/2015).

Adicionalmente, ya he comentado que los pacientes con TA presentan una desregulación ante el estrés. Cuando se está hiperactivado o desconectado no se puede aprender de la experiencia (LeDoux, 1998). La única manera de acceder conscientemente al cerebro emocional es mediante el autoconocimiento.

Asimismo, el individuo puede manejar mejor el estrés, tanto en la infancia como en la vida adulta, si está integrado en una red social que le proporciona sostén. Los estudios demuestran que los niños con apego seguro no muestran altos nivel de cortisol en situaciones de estrés y lo contrario ocurre en el caso de los niños con apego inseguro (Gerhardt, 2004//2016).

Finalmente, como he comentado anteriormente, el diagnóstico de TA presenta una gran comorbilidad con otros. Anteriormente, he mencionado su interrelación con los trastornos de la personalidad, pero también presenta grandes comorbilidades con el clásico eje I del DSM. Se ha encontrado que el 73% de los pacientes con un diagnóstico de AN restrictiva padecen además otro diagnóstico, al igual que el 82% de los pacientes con un diagnóstico de AN purgativa y un 60% de los pacientes con BN (Korszman, 2020).

Estas interrelaciones hacen que el paciente de TA no se encuentre en las mejores condiciones para poder realizar un proceso de mira hacia su interior donde pueda reflexionar sobre sí mismo y autoconocerse.

La mayor parte de nuestro cerebro consciente se dedica a centrarse en el mundo exterior, llevarnos bien con los demás y hacer planes de futuro. Sin embargo, esto no nos ayuda a manejarnos a nosotros mismos. Como acabo de exponer, la investigación neurocientífica ha demostrado que la única forma de cambiar cómo nos

sentimos es siendo conscientes de nuestra experiencia interior y aprender a ser amigos de lo que sucede dentro de nosotros. No hacer esto es uno de los sustentadores claves en los pacientes con TA.

Los efectos mantenedores cobran una especial relevancia y es que la cronicidad de esta patología tiene mucha prevalencia. Varios estudios muestran que los pacientes con AN presentan una tasa de recuperación a los 10 años de evolución del trastorno de menos del 50% y en el caso de la BN de un 75% (Graell et al, 2014). Son datos muy preocupantes debido a los grandes problemas asociados y, refleja una oportunidad en el abordaje clínico en la actualidad, que voy a tratar en el siguiente punto, y que tiene relación con el concepto de beneficio primario y secundario. El beneficio hace referencia a la ventaja que el enfermo puede sacar de su patología, directa o indirectamente. El primario hace referencia a la defensa directa que se encuentra en el desplazamiento de la angustia del aparato psíquico al sintoma. El secundario, en cambio, hace alusión a los beneficios indirectos de una enfermedad ya instalada que el paciente de otro modo no podría llegar a conseguir, a los relacionados con el "rol de enfermo".

PROPUESTA ABORDAJE TERAPEUTICO PARA LOS PACIENTES ADULTOS CON TA

El abordaje terapéutico de pacientes adultas en un TA contiene varias particularidades diferenciales con respecto a los abordajes tradicionales utilizados en pacientes adolescentes o al inicio de la adultez (Beato Fernández y Rodríguez Cano, 2014).

Como he ido mencionando a lo largo del texto, existe un grupo minoritario de pacientes en el que el trastorno alimentario ha surgido de forma tardía. Cuando, comienza en esta etapa tardía, normalmente se debe a una crisis vital, donde el paciente se encuentra en una situación de gran vulnerabilidad. Adicionalmente, normalmente, ya ha estado presentando anteriormente una mala relación con la comida, con incluso manifestaciones parciales de ésta a lo largo de su vida.

Habitualmente, quien acude para el tratamiento en la edad adulta ya tiene una historia previa de fracaso terapéuticos en el que los tratamientos tradicionales no han sido suficientemente eficaces para lograr que remitiera el cuadro.

Como se he indicado anteriormente, existen estudios que muestran que los TA presentan una alta cronicidad (en el caso de la AN de hasta un 50%). Con lo que va a haber un alto porcentaje de pacientes que lleven muchos años lidiando con la patología y que, de hecho, hayan ido migrando entre los diversos diagnósticos de TA del DSM.

Esto supone que ya se han empleado las técnicas de terapia tradicionales (la terapia cognitivo-conductual es una de las primeras que habitualmente se ha recomendado), así como un amplio abanico de tratamientos

farmacológicos, que no han tenido éxito. Estos tratamientos han dejado a las personas con TA cansadas y defraudadas, no teniendo una alta expectativa de poder superar el diagnóstico.

En la experiencia de Beato y Rodríguez, las pacientes adultas que, generalmente, presentan un cuadro de larga evolución, han ido relevando los beneficios primarios que indujeron la aparición del trastorno por otros beneficios secundarios, usualmente, procedentes del efecto que el trastorno origina en su entorno. En estos casos, el cómo está influyendo con los síntomas de su trastorno en su sistema es una parte clave a analizar de cara a realizar una buena terapia. Frecuentemente, en los síntomas alimentarios, tan alargados en el tiempo, no solo encuentran una forma pasivo-agresiva de relacionarse, sino también una defensa que les resguarda de los retos que les supondría una vida sin la enfermedad.

El trabajo terapéutico pasaría por un fluir hacia atrás y realizar una buena evaluación del paciente. Aquí es clave entender cuando identificó los primeros síntomas y qué pasaba en ese momento o justo antes de la aparición de estos. En definitiva, es clave hacer una buena línea de vida. Identificar aquí, cuando aparecieron esos síntomas, si estaba ocurriendo algún tipo de crisis en su vida (factores que se han visto antes como un embarazo, un cambio de casa o de trabajo, etc.) o qué ocurrió después de esta crisis y de estos primeros síntomas alimentarios. Cómo se gestionó la situación, viendo se pudo existir una posible retraumatización. También es fundamental, al hilo de este último punto, seguir retrocediendo en el tiempo y entender si en algún otro momento se gestionó alguna situación vital a través de la comida. Entender que otros momentos estresantes, traumas, ha tenido el paciente a lo largo de su vida. Es importante entenderlo todo, con el máximo detalle posible (Aznárez, 2021; Marín, 2021).

Un segundo paso, dentro de esta evaluación es entender cómo está estructurado su sistema familiar, por su papel relevante en torno a la patología. Por lo tanto, es imprescindible realizar un buen genograma. Esta información será muy útil de cara a entender su entorno. En la realización del genograma, mientras se recopilan los datos generales de ramificación familiar, es importante compilar información adicional del sistema como pueden ser: los mandatos, secretos y creencias familiares, las características de las familias, hechos importantes que se han transmitido intergeneracionalmente, etc. El genograma es un organizador del trabajo terapéutico (Cebeiro, 2004/ 2018).

Habitualmente, las pacientes con un TA de larga evolución han guiado su vida en función de la respuesta que generan en su entorno y no suelen tener consciencia de su identidad propia, ni saben identificar correctamente sus propias características o sus necesidades personales. En definitiva, la paciente debe entender la lógica detrás y, sobre todo, el por qué tuvo que empezar con esas alteraciones de conducta y cuál era su estado emocional en aquellos momentos.

Asimismo, durante esta evaluación, será necesario, inicialmente identificar las ganancias primarias y secundarias. Como ya se ha comentado, estas últimas suelen ser más importantes en pacientes de larga evolución. La paciente no suele ser consciente de estos beneficios, lo que implicará que, en el terapeuta deba

explorar en la evaluación y obtener una idea lo más exacta posible de sus vivencias emocionales y la función del síntoma.

El proceso de cambio requiere el darse cuenta de la situación, de ir creando esa memoria autobiográfica. La evolución en el proceso ocurre cuando se identifica, reconoce y acepta la situación actual. Este proceso de evaluación no implica que al contar la situación al psicoterapeuta desaparezcan los miedos que originaron la patología. Estos seguirán, de forma más o menos consciente presentes, aunque hayan cambiado las circunstancias personales que los originaron. Serán necesarios revivirlos en la terapia para hacerles frente y poder desarrollar nuevas formas más adaptativas de respuesta. Pero esta será en una fase posterior, de propiamente intervención, donde técnicas como EMDR pueden ser muy útiles de cara a integrar el trauma.

Adicionalmente, se debe ser consciente de que el empeño por evitar caer en la conducta alimentaria y, a su vez, el miedo a no poder conseguirlo crea tal ansiedad que, muchas veces, las personas con TA sólo pueden aliviarla provocándose la conducta que tanto les estresaba. Habitualmente, la forma que mejor tienen de soportar sus estados displacenteros es con la conducta que más temen repetir. Su perfeccionismo, su exigencia y su nivel alto de autocrítica también los lleva a pensar que lo han hecho mal, aunque solo sean errores mínimos, activando los disparadores de nuevo.

Por todo ello, cabe destacar que este proceso no es posible hacerlo sin una relación de confianza con el psicoterapeuta. Esta conexión se marca desde la primera sesión y es clave en el desarrollo de todo el proceso terapéutico.

Aportes de las diferentes teorías al abordaje clínico de los TA en la edad adulta

Este encuadre terapéutico se podría encuadrar en unos pilares básicos y fundamentados en diferentes teorías psicológicas. La teoría del trauma, la teoría del apego, teoría de los sistemas, la teoría de la regulación emocional junto con la mentalización, la neurobiología emocional e interpersonal han marcado un antes y un después en el ámbito terapéutico. La Psicología, al igual que otras muchas ciencias (aunque unas más que otras), han dado pasos agigantados en los últimos 50 años. Todavía queda mucho por seguir investigando, pero un factor clave en el desarrollo han sido los avances en la neurociencia y que han sido acompañados en su implementación de conocimientos en la práctica clínica. A continuación, desarrollaré un pequeño análisis de la intervención en los TA en la edad adulta, teniendo en cuenta cada uno de estos pilares teóricos:

Teoría del trauma

Hay muchas definiciones de trauma. Con el permiso de Janet, que asentó los principios del trauma que todavía están vigentes en la actualidad, según el punto de vista de muchos expertos y con los que estoy de acuerdo, voy a utilizar la fuente la Real Academia Española (RAE). La RAE, 2014, define trauma como una lesión duradera producida por un agente mecánico. Como un choque emocional que produce un daño duradero y

como una emoción o impresión negativa, fuerte y duradera. En definitiva, se podría hacer una equiparación entre trauma y herida, es decir, una herida traumática.

La realidad es que lo que provoca una mayor herida es el silencio (Aznárez, 2021). Callar ciertas experiencias traumáticas para proteger los vínculos. En estos casos, estas experiencias tendrían que haberse podido compartir con las figuras de apego, quienes deberían haberlas legitimado y traducido y, consecuentemente, así se podrían haber convertido en aprendizaje. En vez de esto, lo que ocurre es que, para que no peligren los vínculos, se opta por silenciar, no produciéndose ese aprendizaje. Silenciamos la información que aportan las emociones y las sensaciones asociadas al Sistema de Defensa, el que nos alerta ante estímulos que son percibidos como peligrosos, disociando. Y esto hace que nos acabemos expresando por otras vías alternativas a la palabra, los síntomas (corporales, emocionales, cognitivos y conductuales). Como en el caso de las pacientes que presentan TA.

Los traumas pueden hacer más pequeña la ventana de tolerancia del paciente ante la vida. Desde mi punto de vista, la ventana de tolerancia sería el rango dentro del cual una persona podría resistir y gestionar correctamente el impacto de un estímulo, interno o externo, sobre ésta.

Este rango o umbral tiene una amplitud distinta para cada persona. En el caso de una persona con una herida traumática, la ventana de tolerancia será más estrecha que la de una persona sin trauma psíquico. Con lo que, en el caso concreto de las pacientes con TA, con un alto porcentaje de trauma asociado, los disparadores hacia la respuesta alimentaria se activarán antes, ya que tienen un margen más pequeño para gestionar la frustración. Además, el rango de estímulos que le dispararán será más extenso, haciendo que un amplio rango de factores pueda llevarlos a la conducta patológica.

El trabajo en psicoterapia sería, una vez comprendido cómo funciona esa ventana de tolerancia de nuestro paciente con TA, ampliar la zona de activación óptima, de manera que pueda gestionar mucho mejor los episodios conductuales con la comida. Para ello, la integración supone la traducción y legitimación de la experiencia traumática, aumentando así la ventana de tolerancia que posibilite a nuestro paciente hacer ese duelo.

Teoría del apego

A lo largo del trabajo, ya se ha ido hablando en extenso de la importancia de las enseñanzas de Bowlby en cuanto al apego, por lo que en este apartado se darán solo unas pequeñas pinceladas más. El mensaje más importante aquí es que la falla en una base segura puede traer consecuencias nefastas para las personas con TA. En los casos que existe una grieta en el sistema, existirá un apego inseguro, que puede ser ansioso-ambivalente, evitativo o desorganizado. Los inseguros evitativos parecen estar más relacionados con el rechazo y ser este elemento un organizador de los trastornos alimentarios. Los ambivalentes y los desorganizados se asocian a conductas inciertas e impulsivas y podrían estar más relacionados con síntomas bulímicos (Cordella, 2014).

Teoría de los sistemas

A lo largo del trabajo, también se ha ido viendo en detalle la importancia del sistema, sobre todo, familiar, el brazo armado de la sociedad. Las personas con TA tienen un rol y se precisa saber qué función tienen dentro el para hacer una psicoterapia más efectiva y eficiente. De hecho, muchas veces, el origen de la sintomatología suele venir de los problemas o crisis a los que se ven sometidos sus participantes en el sistema, las familias, donde se ven superados por estos acontecimientos. De hecho, estudios muestran que si “el paciente designado”, en este caso el paciente con TA consigue superar su trastorno, salir de ese rol que tiene dentro del sistema, con mucha frecuencia hay otro miembro de la familia que “sustituye” su posición, generando a su vez otra conducta sintomática (Ochoa, 1995).

Teoría de la regulación del afecto

Cuando el afecto está regulado nos sentimos dueños de nuestras vidas, más adaptados, más flexibles y conectados con el mundo. Sentimos que podemos gestionar de manera satisfactoria los estímulos estresantes que nos ocurren en nuestro día a día y además nuestros sistemas atencionales y de memoria nos acompañan para poder dirigir nuestra vida en la dirección que queremos.

En cambio, en un estado desregulado, nuestro sentido de agencia, autenticidad, reflexión y conexión se ven reducidos. Las percepciones se filtran de forma restringida y la flexibilidad de respuesta es sustituida por automatismos.

Los déficits regulatorios están en la base de todos los trastornos psicológicos del desarrollo y los mecanismos de regulación del afecto son los objetivos principales de la acción terapéutica (Hill, 2015/2018). Las deficiencias en la tolerancia, modulación y resiliencia afectivas se manifiestan como síntomas psiquiátricos.

Desregularse forma parte de la vida cotidiana y es la capacidad de volver eficazmente a un estado regulado maximiza el funcionamiento adaptativo. Desde las primeras descripciones clínicas de los TA se ha destacado la existencia de un conjunto de problemas emocionales individuales y familiares en los pacientes. Uno hace en cada momento de su vida lo mejor que puede. Seguramente las pacientes, ahora adultas, llevaban tiempo intentando otras formas “adaptativas” que no han funcionado (estudiar y/o trabajar obsesivamente, comprar cosas compulsivamente, fumar, beber, etc.) y por ello han ido emigrando de una a otra forma que y, finalmente, han sido sustituidas por el TA, o en muchos casos, añadida (Aznárez, 2019).

Finalmente, destacar que la teoría de regulación del afecto conecta directamente con la teoría del apego. Daniel Hill afirma:

Las capacidades para la regulación del afecto tienden a transmitirse de la cuidadora al bebé en las relaciones de apego. Los déficits regulatorios del cuidado son interiorizados por su bebé. Al igual que ocurre en la relación figura de apego-hijo, la relación terapéutica requiere una conexión emocional, estable, reguladora y vigorizando con la finalidad de establecer las condiciones psicológicas y

neurobiológicas necesarias para el desarrollo. Al igual que en la relación materno-filial, las experiencias psicoterapéuticas que regulan el afecto dejan huella en las estructuras neurobiológicas responsables de la regulación de nuestros pacientes (Hill, 2015/2018 pp. 4).

El patrón de apego inseguro es el más común en los pacientes con TA (Biedermann et al. 2009). Esto implica una baja capacidad de regularización afectiva y de mentalización, es decir, entender los estados mentales tanto nuestros como de los demás para adaptarnos mejor al mundo.

Teoría de la mentalización

Los TA se conciben, desde la perspectiva de la teoría de la mentalización, como la expresión de un sentido desordenado del self (Fonagy y Bateman, 2016). La solución a esta incoherencia consiste en equiparar el cuerpo, la apariencia con el self subjetivo, en un intento de restaurar un sentido de coherencia y de procurar una sensación de valor, es decir, un funcionamiento no mentalizador.

Si bien, como se vio en el punto anterior, el establecimiento de nuevas relaciones significativas dentro de un contexto terapéutico o en los vínculos cotidianos, puede permitir experiencias emocionales correctivas en relación con patrones vinculares patológicos.

Al proporcionar al paciente una base segura desde la cual explorar y expresar sus pensamientos y sentimientos, el papel del terapeuta es análogo al de una madre que proporciona a su hijo una base segura desde la cual explorar el mundo.

Los hallazgos procedentes de las investigaciones sobre el apego guían la comprensión del efecto que tiene las relaciones interpersonales sobre el desarrollo y funcionamiento continuo de la autoregulación. Las relaciones interpersonales pueden proporcionar experiencia de apego que permitan cambios neurofisiológicos similares a lo largo de toda la vida (Siegel, 1999/2007).

Finalmente, la teoría de esquema contempla la relación terapéutica como un componente vital de la evaluación y del cambio de esquemas. Uno de los rasgos característicos de la relación terapéutica en terapia de esquemas es el uso de la reparentalización limitada.

La reparentalización limitada implica proporcionar, dentro de los límites apropiados de la relación terapéutica, lo que los pacientes necesitaron, pero no obtuvieron de sus padres durante la infancia. (Young et al., 2003/2013)

Este proceso deberá ser un trampolín temporal de cara a que el paciente vaya poco a poco consiguiendo esa individuación. El terapeuta es una figura temporal cuya función es ayudar al paciente a construir, dentro de un modelo bio-psico-social, una estructura del self más organizada e integrada que le posibilite gestionar el complejo mundo social con una conducta más adaptativa.

Algunos investigadores de Yale han estudiado diferentes estilos de ser nutricio consigo mismo, relacionados con los trastornos de la alimentación. Estos definen el ser autonutricios como “una actitud dirigida hacia el self que es autoconfortante, aceptadora y apoyadora” (Abramson, 1993/1999).

Este procedimiento también se ha llamado “la madre interna” (Cordella, 2014). Es esa sensación de administrar el propio self una vez que la persona ya ha desarrollado, gracias a la base segura que en su momento le proporcionó el psicoterapeuta, su propio esquema interno. Unas capacidades y competencias que permiten a la persona su autonomía, libre ya del TA.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los TA son de patología compleja y causado por múltiples factores a nivel cognitivo (autoimagen/autoestima) y emocional (desregulación), que provocan graves consecuencias a nivel afectivo, corporal y relacional.

Cuando está presente en la edad adulta existe una alta prevalencia de factores incompletos (especialmente TCANE), problemas parciales con la comida visible ya con anterioridad, gran migración de diagnósticos entre las distintas categorías de TA y frecuente comorbilidad con los trastornos de la personalidad y criterios diagnósticos del eje I del DSM-5.

Asimismo, presentan una alta cronicidad, con una tasa de recuperación a los 10 años de menos del 50% en AN y 75% en el caso de BN (Graell et al, 2014). Como puede observarse, son datos muy preocupantes debido a los grandes problemas asociados a la patología y refleja una oportunidad en el abordaje clínico en la actualidad. El tratamiento, centrado únicamente en quitar los síntomas del TA, parece un abordaje algo simplista, teniendo en cuenta la complicación del cuadro clínico, especialmente, en el adulto. Es necesario realizar un análisis, revisión y profundización de los actuales abordajes más utilizados y, probablemente, ampliar el punto de mira hacia una perspectiva más transdiagnóstica. Pasar de un análisis del diagnóstico a uno multiaxial, fundamentado en pilares teóricos básicos que guíen la clínica.

Actualmente, cada vez está adquiriendo mayor relevancia y fundamentación la teoría del apego que, a pesar de haber sido propuesta por los años 60, no se le había dado la relevancia que amerita. En el presente cada vez son más los escritos e investigaciones en esta línea, demostrando su notoriedad en la clínica. Asimismo, la teoría de la mentalización, que parte de la del apego, ha ayudado a entender mejor al paciente en su estado no reflexivo. A su vez, la teoría sistémica y la teoría del trauma, ya fundamentada por Pierre Janet a finales de los años 20 del siglo pasado y cuyos principios aún son válidos en la actualidad, han creado las bases para entender muchas patologías, incluidas las del TA. Finalmente, la teoría de la regulación del afecto, fundamentada gracias a los avances en la neurociencia, han posibilitado una mayor comprensión y explicación del trastorno, además de proporcionar una confirmación de la posibilidad de cambio, a nivel neuronal del paciente adulto, que

posibilita revertir la cronicidad a la que se enfrenta. Dentro de esta área, además, queda un gran y apasionante camino que recorrer.

La integración de todas estas teorías en un marco teórico conceptualizado para los TA requiere de más investigación. Asimismo, puede ser una línea interesante para contemplar y estudiar con un mayor rigor y fundamentación y que se aplique en la práctica clínica. Al final, el objetivo de un buen abordaje terapéutico es que el paciente adulto con TA consiga la autonomía que le permita adaptarse de una manera saludable al contexto, es decir, conseguir que desarrolle esa "madre interna".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, E. (1999). *Libro el comer emocional. Una guía práctica del control*. (Traducción de M. Isabel Hoppichler). Editorial Desclée de Brouwer, S.A. (Original en inglés, 1993)
- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Aznárez, B. (2021). *El trauma es de todos. Rompe el silencio*. Editorial Amazon.
- Aznárez, B. (2019). *Psicoterapia Breve con niños y adolescentes*. Editorial Sentir.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la metalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. (Traducido por Fernando Mora.). Editorial Desclée de Brouwer, S.A. (Original en inglés, 2016)
- Beato Fernández, L. y Rodríguez Cano, T. (2014). Edad adulta. En G. Morandé Lavín, M. Graell Berna y M. A. Blanco Fernández (coord.) *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral*. (pp. 143-152). Médica Panamericana, D.L.
- Beato Fernández, L. y Rodríguez Cano, T. (2014). Trastornos de la conducta alimentaria del adulto. En G. Morandé Lavín, M. Graell Berna y M. A. Blanco Fernández (coord.) *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral* (pp. 237-270). Médica Panamericana, D.L.
- Biedermann, K., Martínez V., Olhaberry, M. y Cruzat, C. (2009). Aportes de la Teoría del apego al abordaje clínico de los trastornos de alimentación. *Revista argentina de clínica psicológica*, Vol. 18 (3) pp. 217-226. https://www.cienciaried.com.ar/ra/usr/35/847/racp_xviii_3_pp217_226.pdf
- Bowlby, J. (1996). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego* (Traducción de Elsa Mateo). Paidós, Editorial Planeta, S. A. (Original en inglés 1988)
- Cebeiro, M. (2018). *El genograma: Un viaje por las interacciones y juegos familiares*. Ediciones Morata S.L. (edición original 2004)
- Cordella Masini, P. (2014). Influencias familiares en la génesis de los trastornos de la alimentación En G. Morandé Lavín, M. Graell Berna y M. A. Blanco Fernández (coord.) *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral*. (pp. 35-46). Médica Panamericana, D.L.

- Frías, A, Antón, M, Ibáñez, E. y Roca. M. (2020). Imagen corporal alterada; "Me avergüenzo de mi cuerpo". En A. Frías (Ed.) *Alteraciones de la identidad en personas con trastorno límite de la personalidad. Una guía clínica para una psicoterapia colaborativa entre paciente y profesional*. (pp. 103-121). Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Gerhardt, S. (2016). *El amor maternal. La influencia del afecto en el cerebro y las emociones del bebé*. (Traducción de Marta Milián y Diana Segarra.) Editorial Eleftheria, S.L.(Original en inglés, 2004)
- Gómez Del Barrio, A. (2018). Intervención Psicoterapéutica Integrada y Transdiagnóstica en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, vol. 29 (110), 73-88.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.248>
- Graell Berna, M; Andrés Nestares, P. y Morandé Lavín, G. (2014). Pronóstico en los trastornos de la alimentación. En G. Morandé Lavín, M. Graell Berna y M. A. Blanco Fernández (coord.) *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral*. (pp. 67-72). Médica Panamericana, D.L.
- Hill, D. (2018). *Teoría de la regulación del afecto. Un modelo clínico*. (Traducción de Antonio Agüellella Asensi). Editorial Eleftheria, S.L. (Original en inglés, 2015)
- Kirszman, D. (2020). Obstáculos en el tratamiento de los Trastornos Alimentarios: Propuestas para superarlos. *Revista de Psicoterapia*, vol. 31(115), 5-15. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.352>
- LeDoux, J. (1998). *The emotional Brain*. Londres, UK: Phoenix, a division of Orion Books Ltd.
- Losada, A., Saboya, D. (2013). Abuso sexual infantil, trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), pp. 102-134
<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>
- Marín, J. L. (2021). *Curso de Experto en Trastornos Alimentarios*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia
- Martín Murcia, F. (2006). Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna
- Instituto de Ciencias del Comportamiento. *Papeles del Psicólogo*, vol. 27(2), pp. 104-115.
<http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/1342.pdf>
- Martorell, J.L. (2000). *El guión de vida*. Editorial Desclée de Brouwer.

- Miller, A.H., Maletic, V. y Raison, C.L. (2010). La inflamación y sus desencantos: papel de las citocinas en la fisiopatología de la depresión mayor. *Psiquiatría Biológica*, Vol 17 (2), pp. 71-80
- Morandé Lavín, M. (2014). Introducción. En G. Morandé Lavín, M. Graell Berna y M. A. Blanco Fernández (coord.) *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral*. (pp. 5-10). Médica Panamericana, D.L.
- Paris, D. (2016). *Mandatos familiares: psicogenealogía y epigenética*. Del Nuevo Extremo.
- Pérez Álvarez, M. (2020): El embrollo científico de la psicoterapia: Como salir. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 41(3), pp. 174-183 <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2944>
- Ochoa, I. A. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Editorial Herder.
- Ogden, J. (2019). *Psicología de la alimentación. Comportamientos saludables y trastornos de la alimentación* (traducción de Pablo Manzano). Ediciones Morata S.L. (Original en inglés, 2003)
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española (23.ª ed.)*. Consultado en [trauma | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE](#)
- Sánchez, P.T., Sirera, R., Peiró, G. y Palmero, F. (2008). Estrés, depresión, inflamación y dolor. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Vol 11, n. 28
- Siegel, D.J. (2016). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser* (Traducción de Jasone Aldekoa) Editorial Desclée de Brouwer, S.A. (Original en inglés, 1999)
- Sirera, R. , Sánchez, P. T. y Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, Vol. 3 (1), pp. 35-48
- Toro Trallero, J (2014). Etiopatogenia. En G. Morandé Lavín, M. Graell Berna y M. A. Blanco Fernández (coord.) *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral*. (pp. 17-25). Médica Panamericana, D.L.
- Vallejo-Slocker, L. (2019). Trastornos de alimentación e imagen corporal en el periodo perinatal. En M.F. Rodríguez (Coord.) *Psicología Perinatal. Teoría y práctica* (pp. 83-100). Ediciones Pirámide (Grupo Anaya S. A.)

- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. y Steele, K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. (Traducción de Francisco Campillo Ruiz). Editorial Desclée de Brouwer, S.A. (Original en inglés, 2006)
- Van del Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. (Traducido por Montserrat Foz Casals). Editorial Eleftheria, S.L (original en ingles 2014)
- Young, J. E., Klosko, J.S. y Weishaar, M.E. (2013). *Terapia de esquemas*. Guía Práctica. (Traducción de Jasone Aldekoa). Editorial Desclée de Brouwer, S.A.(Original en inglés, 2003)
- Watzlawick, P. Beavin Bavelas, J. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. (Traducción de Noemi Rosemblatt.) Herder Editorial, S. L.(Original en inglés, 1967)

Una revisión bibliográfica sobre apego y resiliencia en mujeres víctimas de Violencia de Género en las relaciones de pareja

A bibliographic review about emotional attachment and resilience in women victims of Gender Violence in couple relationships

Soledad Tomé Villena

Psicóloga. Punto Municipal del Observatorio Regional de Violencia de Género de Getafe

Resumen

Poniendo el foco en la víctima, y considerando que las mujeres que sufren maltrato dentro del contexto afectivo íntimo de una relación de pareja presentan dificultades para abandonar la relación violenta, el presente trabajo tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica que permita conocer las relaciones existentes entre los estilos de apego de estas mujeres, su vinculación con el agresor y los factores de resiliencia asociados. Para ello se ha analizado información relevante que aborda esta temática y que proviene de diversas fuentes, tales como artículos científicos, libros y trabajos académicos entre otras.

Palabras clave: Violencia de Género, Teoría del Apego, estilos de apego, resiliencia

Abstract

Focusing on the victim, and considering that women who suffer abuse within the close affective context of a couple relationship have difficulties in leaving the violent relationship, current work aims to carry out a bibliographic review that allows knowing the existing relationships between emotional attachment types of

these women, their relationship with the aggressor and the associated resilience factors. For this, relevant information that addresses this issue has been analyzed and it comes from various sources, such as scientific articles, books and academic works, among others.

Keywords: Gender Violence, Emotional Attachment Theory, emotional attachment types, resilience

INTRODUCCIÓN

Decidir escapar de su agresor, en la mayoría de mujeres que sufren maltrato dentro de una relación de pareja, no es una tarea fácil y, en consonancia con lo desarrollado por Rhatigan, Street y Axsom, conlleva un proceso de toma de decisiones complejo (como se citó en Amor y Echeburúa, 2010, p.97).

Poniendo el foco en la víctima, la revisión bibliográfica que se presenta tiene como objetivo permitir conocer las relaciones existentes entre el estilo de apego de las mujeres que sufren violencia (en el contexto afectivo íntimo de una relación de pareja), su vinculación con el agresor y los factores de resiliencia asociados.

Para hacer el recorrido que se plantea en este análisis, es importante partir de un marco teórico que permita la contextualización de la violencia específica que sufren las mujeres y las consecuencias de ésta en su salud. Del mismo modo, se hace necesario profundizar en el apego infantil para facilitar el entendimiento de los estilos de apego que estas mujeres han desarrollado hacia el maltratador y que pueden representar patrones facilitadores de la exposición a las situaciones traumáticas o, por el contrario, pueden actuar como elementos facilitadores de los comportamientos resilientes. Asimismo, es fundamental detenerse en los factores que les ayudan a recuperarse y superar las situaciones traumáticas, ya que éstos nos pueden orientar sobre el papel de la resiliencia como elemento protector ante las situaciones de maltrato.

A continuación se explican, con mayor detenimiento, los aspectos a los que se ha hecho referencia en el párrafo anterior y que constituyen el soporte conceptual o marco teórico de referencia para el desarrollo del presente trabajo.

Perspectiva de Género

El fenómeno de la violencia contra la mujer y los factores que la determinan, a diferencia del resto de las agresiones interpersonales, es estructural por la forma de producirse, por sus causas y por sus objetivos. Ésta tiene su origen en normas que establecen el orden social predominante, reconociéndose en la cultura o en las costumbres que reproducen la condición inferior de las mujeres y que le otorgan una posición secundaria en diferentes ámbitos. Además, tiene un carácter instrumental, de dominación y control social, y no se considera un fin en sí misma, ya que su objetivo es el mantenimiento del poder masculino y el sometimiento femenino. Por este motivo, al considerarse la Violencia de Género un fenómeno social y global, es necesario para su

abordaje utilizar las herramientas que facilitan el Feminismo y el estudio de las relaciones de género (Perspectiva de Género).

Teoría del Apego

Acorde con el análisis planteado, para profundizar sobre los diferentes aspectos psicológicos que operan en la mujer víctima de maltrato por parte de su pareja, y que la atrapan en una relación afectiva que le hace sufrir, es necesario identificar si los estilos de apego guardan algún tipo de correspondencia con la vinculación y la permanencia traumática en su relación con el agresor. Para ello, partiendo del marco teórico que facilita la Teoría del Apego y haciendo un recorrido sobre algunos de los diferentes estudios, que se han realizado sobre los estilos de apego que presentan mujeres que han sido maltratadas por parte de sus parejas, se entenderá la tendencia por parte de éstas a permanecer en este tipo de relaciones.

Resiliencia

Muchas mujeres que sufren Violencia de Género por parte de sus parejas salen de la situación. Por este motivo también es importante focalizar en los aspectos positivos de haber sufrido esta experiencia, que a priori parece que no existen. Éstos no son otros que las enormes fortalezas y recursos que han desplegado para protegerse, recuperarse y perseverar en sus objetivos, pese a la situación traumática que han vivenciado. No obstante, aún existe poca información de cómo lo hacen y si estas estrategias tienen éxito a largo plazo. Tal como expone Cobos Jiménez (2016):

Muchas mujeres maltratadas rompen con el maltrato y se recuperan. Sin embargo, como resaltan Jaramillo y cols. (2005), no se ha indagado suficientemente sobre los factores que les ayudan a recuperarse ni las relaciones entre ellos. En este sentido, se sabe mucho más sobre la sintomatología postraumática que sobre el papel de la resiliencia (Humphreys, 2003) (p.111).

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LAS RELACIONES DE PAREJA

Para abordar este análisis es necesario hacer referencia a la noción de Violencia de Género y, más concretamente, en el ámbito de las relaciones de pareja que, tal como se explica desde la Perspectiva de Género, se identifica con el desequilibrio de poder entre ambos sexos y que conlleva una dinámica de abuso dentro de la relación. Para ello se expone este concepto partiendo de las definiciones oficiales, reconocidas por diferentes organismos. Como aporte que nos ayuda a tomar conciencia de la magnitud del problema, también se mencionan las diferentes secuelas, en ocasiones muy graves, que el maltrato genera en la salud de las mujeres que lo padecen.

Aproximación al concepto de Violencia de Género

Para adentrarnos en el fenómeno de la Violencia de Género hay que partir del concepto de violencia. Ésta se define como:

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2003, p. 5).

A tenor de lo anterior, en la violencia está presente el uso de la fuerza física y/o psicológica, para el logro de una serie de objetivos, en contra de la voluntad de la víctima. Su manifestación adquiere múltiples formas revelándose, por acción, a través de los insultos, las humillaciones, las amenazas o las agresiones físicas, entre otras. No obstante, la violencia también se manifiesta de manera encubierta a través de la distancia afectiva, el odio, el resentimiento, la desconfianza, el infundir miedo o la ira. Sobre estos elementos se disfrazan algunas relaciones interpersonales, generando también algunos problemas en las relaciones grupales y en la comunidad.

Acerca de si la violencia es aprendida o no, la Asociación Americana de Psicología (2008) afirma que la violencia está sujeta a una serie de normas socioculturales y expectativas de roles que debe tener una persona en la sociedad, lo que sugiere que es aprendida, como ocurre en la Violencia de Género. No obstante, determinados elementos psicológicos o temperamentales también se relacionan con la expresión de un comportamiento agresivo o violento.

La Violencia de Género ha sido definida por varios organismos oficiales. La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), de la Asamblea General de las Naciones Unidas, es uno de ellos:

Violencia contra la mujer se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

En España, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (2004), en su exposición de motivos afirma: "se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión" (p. 42166).

Con respecto a la cuantificación del fenómeno de la Violencia de Género, ésta resulta una tarea difícil debido a que no todos los casos se extienden fuera del ámbito de la pareja. No obstante, se supone que un elevado número de mujeres sufren o han sufrido este tipo de violencia. Así, Jaspas (2006), en La violencia conyugal en Europa, afirma: "Estudios realizados en países por desarrollar arrojan una cifra de maltrato en torno al 20 %, encontrándose los índices más bajos en países de Europa, en Estados Unidos, Canadá, Australia y Japón con cifras en torno al 3 %" (como se citó en Wikipedia, s.f.).

El problema de la Violencia de Género se agrava aún más al tener en cuenta la cercanía del vínculo afectivo. Dado que una de las manifestaciones de ésta surge como elemento estabilizador de las relaciones de pareja, puesto que contribuye a mantener un determinado orden y recluir los conflictos al ámbito privado, se hace necesario ceñir el análisis del presente trabajo a esta circunstancia, en línea con lo afirmado por Hirigoyen (2006):

La proximidad afectiva es lo que genera la gravedad de esa violencia; donde circulan los afectos más intensos pueden surgir los sufrimientos más intensos. Es una dominación del más fuerte sobre el más débil y, claro está, la mujer es culturalmente la más débil (pp.15-16).

En relación al alcance de este tipo de violencia, Fischbach y Herbert (1997) afirman que es un fenómeno generalizado en el mundo y afecta a mujeres de todos los niveles sociales, culturales y económicos (como se citó en Matud, Padilla y Gutiérrez, 2005, p.17). No obstante, a pesar de que es evidente el peso de los elementos sociales y culturales en el origen de la violencia contra la mujer, ya que facilitan que ésta se manifieste, también es importante tener en cuenta los factores de vulnerabilidad psicológica del agresor, aunque éstos no bastan para volver violento a un hombre sin la facilitación que proporciona el contexto social (Hirigoyen, 2006, p. 16).

Consecuencias del maltrato en la salud de las mujeres

El maltrato afecta de manera tan negativa en la vida de las mujeres que, desde la salud pública, se considera un importante problema. El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, indica al respecto: "aunque la violencia puede tener consecuencias directas sobre la salud, como sufrir una lesión, ser víctima de la violencia también aumenta el riesgo de que una mujer tenga mala salud en el futuro" (Krug *et al.*, 2003, p.110).

A nivel físico sus consecuencias se manifiestan a través de contusiones, hematomas, traumatismos, heridas o daño ocular, entre otros. Sin embargo, existen numerosos efectos que se revelan de manera encubierta, tales como la fibromialgia; dolores musculoesqueléticos (dolor crónico de cuello o espalda, artritis reumatoide, artrosis); quejas somáticas; dificultades respiratorias; obesidad severa; trastornos neurológicos (tartamudeo incipiente, pérdida de audición, problemas de vista, dolores de cabeza y migrañas, mareos); molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal, síndrome de colon irritable); complicaciones cardiovasculares (infarto, angina de pecho), trastornos inmunológicos; alopecia... (Romero Sabater (coord.), Álvarez, Czalbowski, Soria y Villota, 2015, p. 74).

Las consecuencias del maltrato producen un gran deterioro en la calidad de vida de las mujeres, difícil de identificar y evaluar. No obstante, según Lorente (2001), en *Mi marido me pega lo normal*, para poder establecer el impacto de los efectos de la violencia contra la mujer sobre la salud individual y sobre la salud pública, AVISA (un indicador basado en la pérdida de Años de Vida Saludables) permite calcular el número de

años, en relación a una esperanza de vida teórica, que se pierden como consecuencia de la violencia de pareja: el 55% de los AVISA perdidos están relacionados con los daños físicos y el 45% corresponden a los no físicos, referidos a los psicológicos y a la salud reproductora (como se citó en Carballal, s.f.).

En relación a las secuelas psicológicas y conductuales que este tipo de violencia genera en las mujeres que la sufren, destacan: ansiedad, baja autoestima, depresión y sentimientos de culpa y de vergüenza. Asimismo, también están presentes el trastorno de estrés postraumático, los trastornos psicósomáticos, el abuso de alcohol y drogas, los trastornos alimentarios, los trastornos del sueño, las fobias, el trastorno de pánico, la inactividad física, el comportamiento sexual riesgoso y la ideación o los intentos de suicidio (Krug *et al.*, 2003, p.110). A las consecuencias que el maltrato produce, además de las anteriormente mencionadas, hay que añadir el aislamiento de la víctima a nivel social y el desarrollo de dependencia emocional hacia el maltratador. Del mismo modo, Marín J.L. (2022) destaca que un factor a tener en cuenta en toda experiencia traumática (como lo es el hecho de haber sufrido maltrato por parte de la pareja), son las alteraciones de las funciones cerebrales, que pueden mantenerse estables. Por ello:

Deben sospecharse secuelas emocionales de experiencias traumáticas en toda persona con:

- inestabilidad afectiva, síntomas disociativos,
- refractoriedad a tratamientos convencionales,
- somatizaciones,
- autoagresiones,
- suicidalidad crónica,
- trastornos de la personalidad,
- dificultades en las relaciones,
- síntomas abigarrados, difusos, cambiantes... (Marín, 2022).

Los efectos más devastadores que origina la victimización, ocasionada de manera repetitiva e intermitente, se han podido constatar a través de los estudios llevados a cabo por Walker (1991) desde hace más de treinta años. Así, los trastornos que se diagnostican de forma más frecuente en estas mujeres son la depresión y el trastorno de estrés postraumático. En línea con esta autora, Golding (1999) llega a la misma conclusión con respecto a la prevalencia del trastorno de estrés postraumático y la depresión en las mujeres maltratadas por su pareja (como se citó en Matud, Padilla y Gutiérrez, 2005, p.17). Walker, en el año 1984, formuló el conocido como Síndrome de la Mujer Maltratada (SIMAN), que se utilizó por primera vez en 1977, aplicando la Teoría de la Indefensión Aprendida de Seligman (1975).

La base teórica sobre la que se desarrolló el síndrome de la mujer maltratada era similar a la que posteriormente se denominaría trastorno de estrés postraumático (TEPT). Desde entonces, el síndrome de la mujer maltratada se ha utilizado en la investigación psicológica como una subcategoría del trastorno de estrés postraumático, aunque hasta la fecha no se había demostrado

empíricamente que tuviera los mismos o muy parecidos criterios (Duros, Arden, McMillan y Tome, 2009, pp. 87-88).

El SIMAN comprende, pues, síntomas del trastorno de estrés postraumático, baja autoestima, depresión, culpa, rabia, quejas somáticas, disfunciones sexuales, conductas adictivas y dificultades para establecer relaciones con los demás. Asimismo, las víctimas presentan esquemas negativos de sí mismas, de los demás y del mundo; desarrollan distorsiones cognitivas para poder adaptarse a la situación de maltrato y poder soportarla (tales como la negación, la minimización o la disociación); presentan dificultades para tomar decisiones y para buscar una alternativa de la supervivencia; se encuentran en un estado permanente de alerta y de ansiedad extrema, que influye negativamente en su ajuste psicológico, y pierden el sentimiento de seguridad (Martín Herrador (coord.) y Patró, s.f., p. 45).

EL APEGO

Teoría del Apego

El Para el abordaje de la dificultad que supone para las mujeres víctimas de Violencia de Género romper con el maltratador y no retomar la relación con él, es inevitable hacer un análisis de los estilos de apego que presentan, ya que “un estilo de apego inseguro constituye un factor de riesgo en la permanencia de las mujeres en su relación con el agresor” (Pena Delarno, 2015, p.2). Del mismo modo, analizar los estilos de apego permite entender el proceso psicológico que las mantiene cautivas y que supone un freno para iniciar el proceso de su recuperación.

La Teoría del Apego supuso una importante aportación en el ámbito de la Psicología al poner de relieve la importancia que tiene, en el desarrollo general de las personas, los vínculos afectivos que éstas mantienen con sus cuidadores principales (Cobos, 2016, p. 52). John Bowlby, y su colaboradora Mary Ainsworth, son los referentes de esta teoría y del concepto de vínculo afectivo. Bowlby (1986) conceptualiza la propensión que tienen los seres humanos para hacer fuertes vínculos con otros significativos, así como los trastornos emocionales y las alteraciones de la personalidad que pueden ocasionar la separación o la pérdida de los seres queridos. Así, el comportamiento de apego, propio del ser humano, permite al sujeto obtener o mantener proximidad con otra persona diferenciada que, por lo general, es considerada más fuerte y sabia, y es el que motiva la búsqueda de proximidad entre la criatura y sus padres o cuidadores.

Bowlby demostró que niñas y niños, para poder desarrollarse a nivel emocional, necesitan una relación cercana y continuada con un cuidador primario. Del mismo modo, mediante el proceso de construcción del vínculo de apego, la persona desarrolla y adquiere las capacidades y competencias emocionales necesarias para relacionarse sana y maduramente en las relaciones afectivas significativas (como se citó en Barroso, 2014, p. 2). Además, el apego juega un papel importante en el proceso de enfermar ya que, tal como afirmó Bowlby, todos los trastornos mentales muestran una alteración de la capacidad de vinculación afectiva, que

con frecuencia es tan grave como persistente (como se citó en Marín, 2021). Para Marín, la integración y la regulación satisfactoria de los conflictos se aprenden en el sistema vincular del apego, que es un sistema psicobiológico innato que garantiza la vinculación del recién nacido con sus progenitores, de modo que éstos aseguren su supervivencia (procurándole afecto, estimulación y satisfaciendo sus necesidades básicas). El bebé necesita sentirse amado y seguro para desarrollarse y esto se consigue a través de una adaptación suficientemente buena con sus figuras de apego: la niña o el niño que han recibido un sostén adecuado, a través de estas figuras de apego como base segura, lo tienen integrado en la memoria implícita, tal como aseguraba Winnicott, D., padre de la Psiquiatría Relacional (Marín, 2021):

Los niños no recuerdan haber recibido un sostén adecuado: lo que recuerdan es la experiencia traumática de no haberlo recibido.

El sistema de apego también tiene un papel fundamental en el desarrollo de la mentalización que Fonagy y Gergely (2002) definen como:

Capacidad para espontáneamente, sin esfuerzo consciente, interpretar los estados mentales que le dan dirección, intencionalidad y significado a la conducta humana y nos permiten predecir nuestra conducta y la conducta de otras personas.

Target, M. (1997) nos ofrece otra definición más precisa de lo que considera mentalización (Marín, 2021):

La capacidad de pensar los sentimientos y de sentir los pensamientos.

Apego infantil y apego adulto

Tal como nos muestra la Teoría del Apego, a lo largo de la infancia y en las interacciones con las figuras cuidadoras, se desarrollan unos modelos representacionales que van a influir en las relaciones posteriores y, más concretamente, en las relaciones afectivas adultas. Asimismo, aunque los patrones de vinculación están abiertos al cambio, los tipos de apego en la infancia van a ir caracterizando los estilos de apego de la etapa adulta que son relativamente constantes durante toda la vida (Aznárez, 2019). Por este motivo, la estabilidad de estas representaciones mentales a lo largo del tiempo también se verá reflejada en las relaciones que las mujeres víctimas de Violencia de Género mantienen con sus parejas agresoras.

Apego infantil

En relación al grado de seguridad que manifestaban los y las menores con respecto a su madre, Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) describieron tres tipos de apego: apego seguro (tipo B); apego inseguro con evitación o rechazo (tipo A) y apego inseguro ambivalente (tipo C). La seguridad la valoraron mediante la facilidad con la que exploraban ambientes nuevos en presencia o ausencia de la madre, el éxito con el que la madre les consuela y las conductas de proximidad y contacto que manifestaban las niñas y los niños tras las

situaciones estresantes. Posteriormente se validó y desarrolló un nuevo patrón de apego: el tipo D, o modelo desorganizado/desorientado, a raíz de las investigaciones de Main y Hesse, (1990) y Main y Solomon, (1986, 1990), ya que Main y Weston, (1981) detectaron que un 13% de casos no encajaba en ningún de los patrones estudiados hasta el momento (como se citó en Espina, 2005, pp. 3-5).

La tabla 1 resume los estilos de apego, la conducta infantil y las características del cuidado.

Tabla 1

Estilos de apego infantil

Estilo de apego	Conducta infantil	Características del cuidado
Seguro, tipo B	Exploración activa; disgusto ante la separación; respuesta positiva ante el cuidador	Disponibilidad, receptividad, calidez
Inseguro, con evitación y rechazo, tipo A	Conductas de distanciamiento; evitación del cuidador	Conductas de rechazo, rigidez, hostilidad, aversión al contacto, intrusión
Inseguro ambivalente, tipo C	Conductas de protesta; ansiedad de separación; enfado-ambivalencia ante el cuidador	Insensibilidad, inconsistencia
Desorganizado/desorientado, tipo D	Desorganizada, contradictoria (por ej. búsqueda intensa y rechazo)	Desorganizado, contradictorio

NOTA. Recuperado de Apego y violencia familiar, Espina, A. (2005), en Pérez Testor (comp.), *Violencia en la familia y terapia familiar*, p. 5, Barcelona: Edebé. Recuperado de <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/26-apego%20y%20violencia%20familiar.pdf>

Apego adulto

Cobos (2016) indica que el estudio del apego adulto también ha despertado interés. Por ello, a raíz de los tipos de apego infantil descritos por Ainsworth y Bowlby, se han desarrollado las clasificaciones del apego adulto: las evidencias empíricas sugieren que las clasificaciones de apego infantil basadas en el sistema de Ainsworth muestran estabilidad a lo largo del tiempo (pp. 63-64). Asimismo, Lafuente y Cantero (2010) afirman que, a lo largo de todo el ciclo vital, las relaciones de apego están presentes pero van cambiando las figuras principales, los vínculos que se establecen y los tipos de conductas de apego, aunque persiste la tendencia a mantener las mismas funciones, componentes y calidad del apego.

En la década de los 80 se realizaron investigaciones que permitieron trasladar las clasificaciones del apego infantil al mundo de los adultos. Hazan y Shaver (1987) proponen tres tipos básicos de apego adulto (Gómez, 2009):

-Seguro: me uno íntimamente a algunas personas; me siento bien dependiendo de los demás y haciendo que ellos dependan también de mí; no me preocupa que me abandonen ni que alguien esté demasiado unido a mí.

-Ansioso-ambivalente: los demás son reticentes a unirse a mí tanto como a mí me gustaría; me preocupa que mi pareja no me quiera o no desee estar conmigo; deseo unirme a otra persona y esto parece alejar a la gente de mí.

-Evitativo: me incomodan las relaciones íntimas con los demás; me resulta difícil depender emocionalmente de ellos; mis parejas desean que yo intime más de lo que a mí me resulta cómodo.

Estos autores también postulan que para poder definir el tipo de relación romántica y sexual que establecen dos personas adultas, son fundamentales los modelos afectivos internalizados. Éstos se van enriqueciendo con experiencias románticas, en la adolescencia y en la vida adulta, e incluyen nuevas creencias y emociones asociadas sobre la disponibilidad y la respuesta de la figura de apego y sobre la capacidad de uno mismo para promover y mantener la relación afectiva. Asimismo, definen, en determinado momento de sus vidas, el tipo de pareja que finalmente formalizan (Mantini, 2015, p.73).

Bartholomew (1990) y Bartholomew y Horowitz (1991) proponen cuatro estilos de apego, siguiendo a Bowlby y partiendo de las dos variables propuestas por este autor de los modelos internos activos: la imagen del self, o la evaluación de uno mismo como alguien que vale o no la pena y promueve, o no, el interés de los demás, y la imagen de los otros, relacionada con la evaluación de la figura de apego como alguien disponible y en quien se puede confiar (como se citó en Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola y Sainz de Murieta, 2001, p. 161).

Los modelos internos se conforman por la integración del modelo de sí mismo y del modelo de los demás. En términos de autoestima, el modelo de sí mismo expresa la capacidad del individuo de regular el grado de dependencia hacia los demás. Así, una persona segura, para satisfacer las necesidades afectivas y garantizar su autonomía, admitirá el grado óptimo de dependencia del otro. En términos de confianza hacia otras personas, el modelo de los demás implica que los individuos pueden mostrarse confiados o desconfiados hacia los otros: en las relaciones interpersonales la confianza se expresa a través de la evitación. Por este motivo, una persona segura no evitaría las relaciones de proximidad porque no tendría motivos. Ser un individuo adulto autónomo y equilibrado sería la meta final (Gómez, 2009).

Desde este enfoque, se distinguen cuatro tipos de apego:

-Seguro: con una idea positiva de sí mismo y una idea positiva de los demás.

-Evitativo-rechazante: con una idea positiva de sí mismo y una idea negativa de los demás.

-Preocupado: con una idea de sí negativa y positiva de los demás.

-Evitativo-temeroso: con una idea tanto del self como de los otros negativa (Yárnoz *et al.*, 2001, p. 162).

La Figura 1 recoge la dinámica de las relaciones interpersonales a través de estas dos dimensiones.

Figura 1

Estilos de apego. Adaptado de Bartholomew (1990)

		Modelo del otro	
	Preocupado	+	Seguro
-	Evitativo-temeroso	-	Evitativo-rechazante
			+

Modelo del Self

NOTA. Yárnoz *et al.* (2001). Apego adulto y percepción de los otros. *Anales de psicología*, Vol. 17, núm. 2 (diciembre), p. 163. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v17/v17_2/02-17_2.pdf

Apego y relaciones de pareja

Según Sánchez (2011), el apego en la pareja cumple las mismas funciones que en la infancia, pese a que tiene características bien distintas. Entre ellas está la de favorecer la crianza de los hijos y las hijas a través de la supervivencia y la estabilidad, la de obtener seguridad emocional en la relación, la de favorecer el logro de la intimidad, la de servir de base de exploración y refugio y la de contar con una persona cuidadora incondicional. Además, mientras que en la infancia las relaciones son asimétricas entre el sistema de apego (niña/niño) y el sistema de cuidados (adulto), y sin contenido sexual, en el mundo adulto las relaciones son simétricas entre los dos miembros de la pareja, de tal manera que el uno/a para el otro/a pueden llegar a ser, a la vez, figuras de apego, cuidadores y amantes. Por este motivo, se establecen interacciones complejas, ya que se dan a la vez los sistemas relacionales de apego, cuidados y sexualidad.

Desde las primeras investigaciones realizadas por Hazan y Shaver (1987), se han realizado estudios que han mostrado la asociación entre el apego adulto y las relaciones de pareja. Guzmán y Contreras (2012), sobre los estudios de estos investigadores afirman:

En el trabajo de Hazan y Shaver (1987) los autores reportaron que las personas con mayor seguridad en el apego describían sus experiencias amorosas como más felices, amistosas y de confianza. Solían experimentar el amor como un estado que puede tener altibajos, pero que en

general se mantiene constante. Además, tendían a tener relaciones de más largo plazo. En contraste, las personas con mayor ansiedad en el apego eran más propensas a experimentar celos, obsesión o atracción sexual extrema. Por su parte, las personas con alta evitación describían sus relaciones caracterizadas por el temor a la cercanía y por frecuentes altibajos emocionales. Por este motivo, las personas inseguras en el apego disfrutaban menos de sus relaciones (p.71).

Los estudios revisados (Feeney y Noller (2001), Collins y Feeney (2000), Cohen y Eagle (2005), Butzer y Campbell (2008), Hollist y Miller (2005), Möller, Hwang y Wickberg (2006), Feeney (2002), concluyen que existe relación entre las características del apego y la satisfacción marital, siendo la más destacada la existente entre los estilos de apego inseguros y la baja satisfacción marital. Además, una parte de la investigación ha demostrado que esta asociación está moderada por las características de la pareja, aunque se requieren más estudios que profundicen en dicha asociación (Guzmán y Contreras, 2012).

Apego en mujeres víctimas de Violencia de Género en el ámbito de la pareja

Tal como nos indican Walker, Nathan, Duros, Arden, Lyda y Tome (2009): “la Teoría del Apego nos proporciona un marco de trabajo conceptual muy amplio para comprender el vínculo de la mujer víctima de Violencia de Género dentro de las relaciones de pareja” (p. 291).

A través de los resultados de sus estudios Walker (2009), en El Síndrome de la Mujer Maltratada, confirmó que las mujeres maltratadas son menos propensas a mostrar un estilo de apego seguro. No obstante, éstas tienen un elevado riesgo de manifestar estilos de apego evitativo y ansioso y, más concretamente, son más propensas a tener un estilo de apego evitativo que un estilo de apego ansioso o seguro.

Esta misma autora también extrapoló que las mujeres que sufren maltrato tienen un historial con factores de riesgo de apego escaso (por ejemplo, haber residido en un hogar en el que hayan sufrido violencia, haber sufrido abuso en sus relaciones íntimas...): determinadas experiencias vitales posiblemente las hayan expuesto a formas de apego inseguro y, por este motivo, el trauma relacional puede que sea predecesor del estilo de apego evitativo. Con respecto al trauma relacional temprano, el originado en la primera infancia, las palabras de Marín, (2022) son muy clarificadoras para entenderlo:

Experiencia traumática (y/o carencial) repetida, por cualquier motivo, en los primeros momentos de la vida. Habitualmente situada en el vínculo de apego, es especialmente grave porque está provocada (o consentida) por las persona/s que deberían ser los cuidadores.

Aznárez, B. (2017) también señala que cuando las figuras de apego son las causantes del trauma, los resultados son devastadores.

Las mujeres que sufren maltrato, también manifiestan un modelo de trabajo interno relacionado con una excesiva autorrepresentación pesimista en lo que respecta a la autoestima, a la competencia y a la capacidad amorosa. Del mismo modo, en relación a la correspondencia entre los estilos de apego y los problemas interpersonales, es probable que un estilo de apego formado en las experiencias pasadas haya podido instaurar la plantilla, para la conducta futura y las consecuencias interpersonales, independientemente de si el estilo de apego inseguro de las mujeres se constituyó en su infancia o se exacerbó durante la madurez en una relación abusiva.

Otros investigadores también han profundizado en el apego de las mujeres víctimas de Violencia de Género teniendo en cuenta diferentes variables. Así, Lucariello (2012) investigó, a través de un estudio con dos grupos de mujeres (las que habían sufrido maltrato y otro grupo de mujeres casadas o de unión estable), las dimensiones del apego, los tipos de amor estipulados por Lee (Eros, Storge, Ludus, Manía, Pragma y Ágape) y el grado de satisfacción que tenían en sus relaciones de pareja. En sus conclusiones destacó que las mujeres que han sufrido maltrato, y que presentan un estilo de apego evitativo, tienden a desconectarse de la relación y el tipo de amor que presentan es el Storge, definido como el basado en el afecto y la amistad. No obstante, las mujeres que presentan un estilo de apego ansioso, con tipos de amor Storge (amistoso) y Manía (con muchos sentimientos de celos, posesión y obsesión), están muy conectadas con el maltratador. Por este motivo existe una gran posibilidad de que retomen la relación, en el caso de que hubiese separación. Esta autora también destaca que en el grupo de mujeres maltratadas por su pareja, el afecto disminuye a partir del quinto año de convivencia, al contrario que lo que ocurre en el grupo de mujeres que no han sufrido maltrato, ya que en éste el afecto aumenta cada año. También es relevante el gran porcentaje de evitación (tendencia a desconectarse de la relación) y el amor obsesivo (Manía) y racional (Pragma) en el grupo de mujeres maltratadas, frente a la usencia de éstos en el grupo de mujeres no maltratadas.

Feeney (1999) indica que autores como Kirpatrick y Davis (1994) y Pietromonaco y Carnelley (1994) han estudiado que el proceso de elección de pareja conlleva buscar la confirmación de los propios modelos internos, tendiendo a encontrarse uno mismo en situaciones que confirman las expectativas preexistentes, si bien no está claro de qué manera o en qué momento los procesos de verificación del self se vuelven relevantes para el calce de una pareja (como se citó en Mena Martineau, s.f.). En esta línea Lokett (2008), desde la aportación de la terapia psicoanalítica relacional en la intervención con mujeres que han sufrido violencia, destaca que los primeros vínculos interpersonales se internalizan, constituyendo nuestra subjetividad, y éstos continúan funcionando en nuestras relaciones interpersonales, en la manera en cómo vemos el mundo, sentimos, pensamos y actuamos. Además, esta autora propone la importancia de trabajar en el pasado, y no sólo en el abordaje del maltrato y sus consecuencias, para poder generar cambios duraderos y reales (como se citó en Pena Delarno, 2015, p.4).

Acorde con los modelos que se internalizan desde edades prematuras y al profundizar en el apego de las mujeres víctimas de Violencia de Género traumatizadas en su infancia, Young *et al.* (2013) desarrollaron el concepto de "esquemas precoces desadaptativos" que forjan vínculos de apego patológicos. Éstos, en el caso

de familias explosivas, imprevisibles o abusivas, generarían esquemas en la niña como el de abandono/inestabilidad, desconfianza/abuso, privación emocional, imperfección/vergüenza y aislamiento/alienación, desarrollando miedo al abandono, sensación de ser imperfecta y/o defectuosa y de ser diferente de las demás personas. Asimismo, cuando el abuso lo ejerce un adulto significativo, la menor se encuentra ante una relación confusa: lo que debería ser fuente de amor es fuente de terror también, enfrentándola con un torturador al que ama (Miller, 2009) y dándose así una conducta paradójica de acercamiento, pues se busca protección en quien daña. Esto provoca el establecimiento de vínculos de apego no seguro (desorganizado), dificultando las conductas de exploración y descubrimiento (Ogden *et al.*, 2009) (como se citó en Mora, 2015, p.35). Arias y Reyes (2009) concluyen que el maltrato ejercido por los cuidadores primarios en la infancia puede influir en que las mujeres sostengan una relación con parejas agresoras, ya que las mujeres de su grupo de análisis mostraron un estilo de apego inseguro, configurado en la infancia y adolescencia, que permanecía relativamente constante hasta la adultez (como se citó en Pena Delarno, 2015, p. 5).

Con respecto a la asociación entre los estilos de apego y la presencia/ausencia de violencia física recibida en relaciones de pareja de jóvenes universitarios, Guzmán, Contreras, Martínez y Rojo (2016) concluyeron en su estudio que existe relación entre el estilo de apego y la violencia física, predominando el apego preocupado en el grupo que había recibido violencia y el estilo seguro en el que no la había recibido. Según las autoras, esto podría ser explicado a partir de las características prototípicas que Bartholomew y Horowitz (1991) le atribuyen a cada estilo de apego. Así, las personas que son más proclives a mantenerse en relaciones de pareja donde hay violencia son las que manifiestan un estilo de apego preocupado, con alto nivel de ansiedad asociada al abandono y con la intensa necesidad de cercanía y aceptación del otro. Del mismo modo, el modelo negativo de sí mismas, como poco merecedoras de afecto y protección, podría favorecer que justifiquen las agresiones.

Por su parte, Henderson, Bartholomew y Dutton (1997) señalan que las personas con apego temeroso, esto es, con alta ansiedad y evitación, estarían más expuestas a recibir violencia (como se citó en Guzmán *et al.*, 2016, p.178). Estos mismos investigadores encontraron que, en mujeres maltratadas, predominaba el estilo de apego preocupado, aunque algunas también mostraban estilo de apego ansioso. No obstante, la singularidad que presentaban las mujeres con estilo de apego preocupado era que su separación no era exitosa, pese a que tenían una mayor predisposición a abandonar la relación. Además, las separaciones esporádicas, las utilizaban como una estrategia para promover cambios en el maltratador, por su tendencia a la idealización y al cuidado compulsivo, incurriendo así una y otra vez en el vínculo nocivo (como se citó en Pena Delarno, 2015, p. 4).

Loubat, Ponce y Salas (2007) demostraron que la mayoría de mujeres maltratadas manifiestan un estilo de apego preocupado con alta preocupación familiar y con altos niveles de trauma parental. Además, presentan bajo apoyo a nivel familiar y sus padres, poco consistentes, no son percibidos como figuras de apoyo. Estas autoras concluyeron también que el apego está relacionado con la variable maltrato, no en cuanto a su causalidad pero sí en la forma en la que este fenómeno es afrontado por parte de las víctimas, pudiendo

contribuir a mantener el ciclo del maltrato. Asimismo, el tipo de apego también influye en la actitud que presentan las mujeres ante la violencia conyugal. Ésta se caracteriza por ansiedad ante la separación (abandono), motivada por sus experiencias infantiles al percibir a sus padres como no disponibles, por preocupación familiar igualmente ansiosa e intentos por mantener la familia unida, en un marco de percepción de bajo apoyo.

A similares resultados llegan Pinzón y Pérez (2014) en su estudio sobre estilos de apego y relación con la figura materna en mujeres que viven violencia conyugal. Estas autoras concluyeron que el estilo de apego que caracteriza a las mujeres entrevistadas es el ambivalente/preocupado. Además, la continua insatisfacción que manifiestan hace que busquen la constante confirmación de que son queridas y que crean que son ineficaces socialmente e incapaces de hacerse querer de modo estable, mostrando siempre un temor al posible abandono o rechazo. Esto último concuerda con el estudio realizado por Amar y Berdugo de Gómez (2006) sobre las características de los vínculos que establecen los y las menores víctimas de la violencia intrafamiliar con las personas de su ambiente más próximo, ya que encontró que si son víctimas de la violencia activa perciben mayor inaceptación por parte de sus cuidadores principales que si son víctimas de la violencia intrafamiliar pasiva, lo que se relaciona con una mayor búsqueda de reafirmación de su valía en otras figuras, que pueden ser amigos u otros adultos.

RESILIENCIA

Según Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik (2001):

La resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves (como se citó en Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B. y Vecina Jiménez, M. L., 2006).

Este constructo ha favorecido distintas definiciones, tanto funcionales como estructurales, que describen el fenómeno haciendo referencia a factores biológicos, psicológicos y sociales, a procesos (intrapsíquicos y sociales) y a mecanismos dinámicos que se van desarrollando, en interacción con el medio ambiente de la persona, y que le permiten superar y salir fortalecida de la adversidad.

Para la Sociedad Española de Especialistas en Estrés Postraumático, SETEPT (2019), la resiliencia implica:

1. La capacidad de resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo la presión de situaciones altamente adversas. Esta capacidad estaría determinada por factores biológicos, personales y sociales que se han ido desarrollando en el individuo en interacción con el ambiente.

2. La capacidad de recuperación después de haber sufrido el impacto de eventos altamente desfavorables, siendo capaz de desarrollar conductas positivas y socialmente aceptables.
3. La capacidad de desarrollo, poder acceder a una vida personal significativa y socialmente productiva a pesar de las circunstancias difíciles de su existencia.

En definitiva, las personas resilientes son aquellas personas que enfrentadas a la adversidad no experimentan síntomas disfuncionales, ni ven interrumpido su funcionamiento normal, sino que consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana.

Trauma y resiliencia

¿Qué es el trauma psíquico? Según Aznárez, B. (2017):

Trauma psíquico es la herida resultante de verse obligado a silenciar, negar e incluso disociar las experiencias vividas con alto impacto emocional que deberían haber sido compartidas con las figuras de apego para adquirir significado así como para generar las adecuadas creencias sobre uno mismo y el mundo y, consiguientemente, posibilitar la adaptación y el aprendizaje.

Marín J.L. (2022) hace referencia a una particular característica del trauma psíquico, como acontecimiento no aceptable por el sujeto, y lo define como:

Aquella experiencia que tiene la característica de ser inasumible con los esquemas cognitivos y emocionales habituales de la persona.

Es inasumible porque cuestiona el mundo relacional del sujeto y porque cuestiona la identidad del sí mismo.

Este autor profundiza también en una nueva conceptualización del trauma en Medicina y Psicología y, recuperando a Janet, P. (1894, 1919), incide en la importancia de las características únicas que el suceso estresante presenta, como ser inevitable e inescapable, más que ser un acontecimiento o situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica (tal como lo define la CIE-10). En algunas ocasiones, como en situaciones de abuso, negligencia o maltrato continuado, la experiencia no es excepcional, sino más bien normativa.

¿Y qué define un acontecimiento como traumático? Continuando con Aznárez, B. (2017):

Traumático puede ser cualquier acontecimiento que “hiere” nuestro sentido de la seguridad y del bienestar, y que nos llena de creencias falsas o destructivas sobre nosotros mismos y/o sobre el mundo.

Aznárez, B. (2017) también considera que todos los sucesos de la vida son susceptibles de producir impacto traumático.

¿Se puede sanar el trauma psicológico? Tal como afirman Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B. y Vecina Jiménez, M. L. (2006):

La Psicología Positiva recuerda que el ser humano tiene una gran capacidad para adaptarse y encontrar sentido a las experiencias traumáticas más terribles, capacidad que ha sido ignorada por la Psicología durante muchos años (Park, 1998; Gillham y Seligman, 1999; Davidson, 2002). Numerosos autores proponen reconceptualizar la experiencia traumática desde un modelo más saludable que, basado en métodos positivos de prevención, tenga en consideración la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas (Calhoun y Tedeschi, 1999; Paton, Smith, Violanti y Eräen, 2000; Stuhlmiller y Dunning, 2000; Gist y Woodall, 2000; Bartone, 2000; Pérez-Sales y Vázquez, 2003). La concepción del ser humano como capaz de transformar la experiencia traumática en aprendizaje y crecimiento personal (p. 41).

Teniendo en cuenta lo anterior, según la Sociedad Española de Especialistas en Estrés Postraumático, SETEPT (2019), la resiliencia se nos muestra como un proceso de adaptación positiva ante sucesos traumáticos o adversos y tiene dos componentes:

- La resistencia ante la adversidad con un enfoque positivo que soporta el estrés como motor de crecimiento.
- La capacidad de superarse, de transformar esa adversidad en oportunidad de desarrollo, logrando salir de tal situación fortalecido.

De lo anterior expuesto se deduce que la resiliencia se nos ofrece como un modelo a tener en cuenta frente a los modelos patogénicos del trauma, ya que éstos centran su atención en las debilidades del ser humano que sufre una experiencia traumática, y no en las fortalezas, y conciben al sujeto como una víctima que potencialmente desarrollará una patología postraumática. Estas fortalezas estarían relacionadas con el concepto de crecimiento postraumático, que es el cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (Calhoun y Tedeschi, 1999). Para la corriente americana, este concepto, aunque está estrechamente relacionado con otros como *hardiness* o resiliencia no es sinónimo de ellos, ya que, al hablar de crecimiento postraumático no sólo se hace referencia a que el individuo enfrentado a una situación traumática consigue sobrevivir y resistir sin sufrir trastorno alguno, sino que además la experiencia opera en él un cambio positivo que le lleva a una situación mejor respecto a aquella en la que se encontraba antes de ocurrir el suceso (Calhoun y Tedeschi, 2000). Desde la perspectiva francesa, sin embargo, sí serían equiparables crecimiento postraumático y resiliencia (como se citó en Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B. y Vecina Jiménez, M. L., 2006, p 45).

Con respecto a cómo debe ser entendido el crecimiento postraumático, éste debe tenerse en cuenta como un constructo multidimensional: el individuo puede experimentar cambios positivos en determinados dominios de su vida y no experimentarlos o experimentar cambios negativos en otros dominios. Además, la experiencia de crecimiento no indica necesariamente que el individuo vaya a verse libre de sufrir las consecuencias potencialmente negativas de un suceso traumático, es decir, no es una garantía y no necesariamente elimina el dolor ni el sufrimiento. El dolor subjetivo y el crecimiento personal pueden coexistir en muchos individuos. Las personas que experimentan crecimiento postraumático continúan experimentando emociones negativas y estrés, incluso, para experimentar dicho crecimiento es necesaria la coexistencia en el individuo de emociones positivas y negativas (como se citó en Sociedad española de Especialista en Estrés Postraumático SETEPT, 2019).

Resiliencia en mujeres víctimas de Violencia de Género en el ámbito de la pareja

Son pocos los estudios que analizan la resiliencia en mujeres víctimas de Violencia de Género por parte de sus parejas o ex parejas y, tal como indica Humphreys, se sabe mucho más sobre la sintomatología postraumática que sobre el papel de la resiliencia (citado en Cobos, p.111). No obstante, se han realizado algunos, tal como aparece reflejado a continuación.

La tabla 2 resume las aportaciones de algunos de los estudios que abordan la relación entre trauma y resiliencia en mujeres víctimas de Violencia de Género por parte de sus parejas o ex parejas.

Otro estudio, el de Roa, C. Estrada, K. y Tobo, M. (2012) correlacionó, a través de un diseño no experimental, el maltrato en pareja y el nivel de resiliencia. Para ello, estas autoras observaron a 236 mujeres maltratadas de diferentes procedencias, en su mayoría de Bogotá y de Madrid, de 23 años o más, principalmente solteras y sin hijos. Los resultados arrojaron una correlación positiva entre el maltrato sufrido y la resiliencia: a mayor maltrato en pareja, mayor nivel de resiliencia (el 93% manifestaron haber sido maltratadas por su pareja de alguna forma y el 97% afirmaron ser resilientes).

Cordero, V. y Teyes, R. (2016), con una muestra de 26 mujeres víctimas de Violencia de Género del Municipio de Maracaibo, y a través de un diseño no experimental, midieron el nivel de resiliencia. El resultado arrojó una media de 1,8, por lo que era posible afirmar que las mujeres, a pesar de esta experiencia negativa, poseían fuentes interactivas generadoras de resiliencia de su fuerza interior, del apoyo externo y de sus capacidades interpersonales y que ellas, al mismo tiempo, habían desarrollado capacidades como Confianza, Autonomía, Iniciativa, Aplicación e Identidad que les permitían generar resiliencia a la hora de enfrentar situaciones adversas.

Tabla 2*Evidencia empírica (trauma y resiliencia)*

Estudio	Evidencia Empírica
Linley y Joshep (2004); Anderson y cols. (2007); Charney (2006); Simeon y cols. (2007); Lai (2008); Mann y cols. (2008) Zorrilla y cols. (2007)	La resiliencia actúa como un factor de protección ante situaciones de maltrato.
Valentine y Feinauer (1993)	En relación con la resiliencia, son factores protectores para la recuperación de las víctimas: habilidad para aceptarse y pensar bien de sí, capacidad para hacer atribuciones externas de la culpa, locus de control interno, filosofía de vida positiva y recursos espirituales.
Jaramillo-Vélez y cols. (2005)	La resiliencia puede contribuir de manera importante a la reducción de la profundidad del estrés y al número de síntomas reportados. Las mujeres maltratadas con menor nivel educativo, sin trabajo y bajos ingresos presentan menores niveles de resiliencia
Zorrilla (2011)	La resiliencia actúa como un factor protector de la violencia de pareja contra la mujer.
Zahradnik y cols. (2010)	La resiliencia actúa como un moderador entre la exposición a violencia y la reexperimentación postraumática en jóvenes.

NOTA. Extraído y recuperado de Cobos Jiménez, E. (2016). *Apego, resiliencia y afrontamiento: un estudio con víctimas de violencia de género* (tesis doctoral), p. 117. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/38848/1/T37657.pdf>

Con respecto a las cualidades de resiliencia de las mujeres víctimas de Violencia de Género Salvador Sánchez, L. (2015) indica que, durante el proceso devastador de la violencia sexista, el maltratador las va minando e interfiere en que las puedan adquirir y desarrollar los/as hijos/as. Estas cualidades de resiliencia individual serían: Confianza; Autoestima consistente e Identidad; Introspección, Reflexión y Sentido Crítico; Independencia y Autonomía; Iniciativa y Aplicación; Sentido del Humor, Emociones Positivas y Creatividad (basado en Erikson, 1989; Wolin, 1993; Melillo, 2002, citados en Forés y Grané, 2008 y Grotberg, 2006).

En el mismo estudio de Salvador Sánchez, L. (2015) se hace referencia a las técnicas y estrategias que utilizan las mujeres, que han sufrido violencia por parte de sus parejas o ex parejas, para sobrellevar la dureza de las agresiones a las que son sometidas e incluso para acabar con la situación. Éstas fueron recogidas en una investigación realizada en España y coinciden en gran medida con las cualidades de resiliencia (Instituto de la mujer, 2011):

-A estas mujeres, las va a llevar a tomar la decisión el pararse a reflexionar sobre lo que les está pasando y tomar conciencia, escuchando y teniendo en cuenta otras perspectivas.

-Tras decidir abandonar la relación y después del abandono les va a ayudar mucho:

- 1) mantenerse activas, para mantener el control y la autonomía;
- 2) autoafirmarse por oposición al agresor, y cuando han acabado la relación hacer todo lo que él les impedía;
- 3) descubrir y llenar el vacío, haciendo cosas que las hagan sentirse bien consigo mismas y con sus vidas;
- 4) recomponer redes sociales y recuperar relaciones;
- 5) escucharse a sí mismas y quererse, generando pensamientos que mantengan la autoafirmación y autoestima (p. 106).

La autora también aporta propuestas prácticas para la valoración sanitaria en resiliencia de mujeres que han sufrido maltrato por parte de sus parejas o ex parejas e incide en la importancia del fortalecimiento de los pilares de resiliencia. Éstos se pueden trabajar a lo largo de una serie de consultas programadas con ellas. Asimismo, destaca la importancia de mirar a estas mujeres, desde el punto de vista profesional, no tanto como a víctimas, sino como a personas con cualidades para sobreponerse a todo ello si reciben el apoyo adecuado.

CONCLUSIONES

El presente trabajo tenía como objetivo realizar una revisión bibliográfica que permitiese conocer las relaciones existentes entre los estilos de apego de las mujeres que sufren violencia (en el contexto afectivo íntimo de una relación de pareja), su vinculación con el agresor y los factores de resiliencia asociados.

Con respecto al apego, pese a que sólo se ha podido analizar una parte de las investigaciones realizadas al respecto, éstas son consistentes y compatibles con la línea desarrollada por Bowlby y Ainsworth en el estudio del apego infantil, y por otros autores que han ahondado en el estilo del apego adulto y en las relaciones de pareja, poniendo de manifiesto que la violencia hacia la mujer, en el contexto de la relación afectiva íntima, es producto de la interacción de variables psicológicas (entre las que el apego juega un papel fundamental) y el contexto social.

Asimismo, el trabajo realizado ha permitido sacar a la luz algunos factores que parecen relevantes subrayar al profundizar en los estilos de apego de las mujeres que sufren maltrato por parte de sus parejas, lo que puede influir en el diseño y aplicación de programas de prevención e intervención, ampliando las posibilidades de favorecer el desarrollo de apego seguro en estas mujeres. Así, si se consideran los resultados más destacados de las investigaciones, parece que los estilos de apego inseguro, tanto evitativo como

ambivalente, estarían presentes en el vínculo que establecen con el maltratador, haciéndolas más vulnerables a su exposición al maltrato. Más aún, sería importante incidir en cuál de estos dos estilos existe mayor riesgo.

En relación a si en las mujeres que sufren maltrato se confirman o no los propios modelos internos o esquemas preexistentes a la hora de elegir a sus parejas, parece que se confirma que los primeros vínculos interpersonales, desarrollados en la etapa infantil, estarían operando a lo largo de toda la vida en las relaciones interpersonales y, en el caso que nos ocupa, forjarían vínculos de apego patológicos. No obstante, habría que profundizar a través de más estudios e investigaciones de qué manera, o en qué momento, los procesos de verificación del self se vuelven relevantes para la elección de pareja.

Por otra parte, con la bibliografía revisada, también se ha pretendido indagar en si las vivencias de maltrato que algunas de estas mujeres han sufrido en su niñez podrían influir en el vínculo que, con posterioridad, establecen con sus parejas maltratadoras. Se considera que vivencias continuadas y traumatizantes de su etapa infantil sí podrían configurar un estilo de apego inseguro, que estaría en la base de una personalidad dependiente y que sería uno de los factores que explicaría la permanencia de ellas en una relación que las hace sufrir. Por ello, con respecto al mantenimiento de la situación de maltrato, el estilo de apego que manifiestan las mujeres que sufren violencia conyugal influiría en su permanencia dentro del ciclo de la violencia: un estilo de apego preocupado estaría relacionado con la dependencia emocional hacia el agresor, condición que habría que tener muy presente desde la psicoterapia, ya que en la intervención con estas mujeres se podría trabajar este estilo de apego específico, con el fin de promover relaciones vinculares más sanas y adaptativas. Del mismo modo, el estilo de apego preocupado, en algunas ocasiones, viene acompañado de alta preocupación familiar y altos niveles de trauma parental, debido a que en la interacción con sus progenitores éstos han sido poco consistentes y no se han percibido como figuras de apoyo.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, y en relación con el foco de interés del presente trabajo, la calidad del apego es un factor importante en el desarrollo de las capacidades resilientes, encontrándose correlación positiva entre ambas variables (Simeon y cols., 2007). Así, se entiende la vinculación afectiva como un motor de arranque y base del desarrollo humano, que actúa en la interacción cotidiana mediando en el modo de afrontar los conflictos de las diferentes crisis vitales, tanto familiares como individuales. De este modo, se puede afirmar que "la inseguridad del apego en las etapas tempranas del desarrollo crea vulnerabilidad, y la seguridad del apego resiliencia" (Marrone, 2009, p. 380) (citado en Cobos, p. 116). Asimismo, la resiliencia apunta a ser un factor determinante para que la mujer, que está sufriendo maltrato por parte de su pareja o ex pareja, rompa con la situación. Para ello, tal como apunta Salvador Sánchez, L. (2015) las y los profesionales pueden ser "tutores/as de resiliencia", que sirvan a las mujeres de ayuda para dar el paso de romper con el ciclo de la violencia, ya que están en un lugar más accesible para ellas porque, en ocasiones, debido al propio aislamiento al que están sometidas, les cuesta mucho pedir ayuda a familiares y a personas de su entorno. Por este motivo se hace imprescindible la adecuada formación de los y las profesionales y que rompan sus prejuicios e investiguen en nuevas herramientas para optimizar la atención a estas mujeres. No obstante, no podemos obviar que:

... gran cantidad de mujeres que están sufriendo este infierno son muy resilientes, y no van a precisar acudir a las consultas médicas y servicios sociales. Ya Lenore Walker (Walker, 1999) aseguraba que la mayoría de las mujeres maltratadas no necesitan psicoterapia para curarse de las heridas producidas por la violencia, si cuentan con un sistema natural de apoyo por parte de la familia y los amigos (p. 108).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amar Amar, J. y Berdugo de Gómez, M. (2006). Vínculos de apego en niños víctimas de la violencia intrafamiliar. *Psicología desde El Caribe*, núm. 18 (diciembre), 1-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21301802.pdf>
- American Psychological Association, APA (2008). *Resolution On Male Violence Against Women*. Washintong, DC: American Psychological Association. Recuperado de <http://www.apa.org/about/policy/male-violence.aspx>
- Amor, J.P. y Echeburúa, E. (2010). Claves psicosociales para la permanencia de la víctima en una relación de maltrato. *Clinica Contemporánea*, Vol. 1, núm. 2, 97-104. Recuperado de <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2010v1n2a3.pdf>
- Aznárez, B. (2017). *Curso de Experto en Clínica e Intervención en Trauma con EMDR*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia
- Aznárez, B. (2021). *El trauma psíquico es de todos. Rompe el silencio*. Amazon.
- Barroso Braojos, O., (2014). El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Vol.4, núm. 1, 1-25. Recuperado en http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Apego_Adulto.pdf
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Carballal Sánchez, M. (s.f.). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia de género. Recuperado de <http://empoderarmujeres.blogspot.com.es/2010/11/consecuencias-de-la-violencia-de-genero.html>
- Cobos Jiménez, E. (2016). *Apego, resiliencia y afrontamiento: un estudio con víctimas de violencia de género* (tesis doctoral). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/38848/1/T37657.pdf>
- Cordero, V. y Teyes, R., (2016). Resiliencia de mujeres en situación de violencia doméstica. *Revista Omnia*, Vol.22, núm. 2. Recuperado en <https://www.redalyc.org/journal/737/73749821009/html/>
- Duros, R., Arden, H., McMillan, C. y Tome A., (2009). ¿Qué es el síndrome de la mujer maltratada?, en Walker L., *El síndrome de la mujer maltratada* (3a ed.), pp. 87-121, New York: Descleé de Brouwer

- Espina, A., (2005). Apego y violencia familiar. En Pérez Testor (comp.), *Violencia en la familia y terapia familiar*, pp. 1-21, Barcelona: Edebé. Recuperado de <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/26-apego%20y%20violencia%20familiar.pdf>
- Gómez Zapiain, J., (2009). *Apego y sexualidad: entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*, Madrid: Alianza Editorial.
- Guzmán, M. y Contreras, P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *PSYKHE*, Vol. 21, núm. 1, 69-82. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v21n1/art05.pdf>
- Guzmán González, M., Contreras Carracedo, V., Martínez Oribe, A. y Rojo Arismendi, C. (2016). Asociación entre los estilos de apego y violencia física recibida en relaciones de noviazgo en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. XXV, núm. 1, 177-185. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281946990008.pdf>
- Hirigoyen, M. F. (2006). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona: Paidós
- Krug E. G., Dahlberg L. L., Mercy J.A., Zwi A. B. y Lozano R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: Organización Mundial de la Salud (Organización Panamericana de la Salud). Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf?ua=1
- Lafuente Benaches, M.J. y Cantero López, M.J. (2010). *Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Boletín Oficial del Estado, núm. 313, de 29 de diciembre, p. 42166. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- Lockett, M. (2008). Intervención con mujeres que han sufrido malos tratos por parte de sus parejas, desde el marco de la terapia psicoanalítica relacional. Aportes desde mi práctica. *Clínica e Investigación relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, Vol. 2(1) (mayo), 165-176, Recuperado de https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V2N1_2008/16_MMarcela_Lockett_Malos%20tratos_CeIRV2N1.pdf
- Loubat, M., Ponce, P. y Salas, P. (2007). Estilo de apego en mujeres y su relación con el fenómeno del maltrato conyugal. *Terapia psicológica*, Vol. 25, núm. 2, 113-122. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525202>

- Lucariello, E. (2012). *Los tipos de amor y las dimensiones de apego en las mujeres víctimas del maltrato* (tesis doctoral). Recuperado de <https://docplayer.es/10642100-Tesis-doctoral-los-tipos-de-amor-y-las-dimensiones-de-apego-en-las-mujeres-victimas-del-maltrato.html>
- Mantini, L. (2015). *Teoría del apego y relaciones de pareja*. (1ª edición), Buenos Aires: Editorial Dunken
- Marín, J. L. (2021). *Curso de Experto en Psicoterapia Breve*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia
- Marín, J. L. (2022). *Curso de Experto en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia
- Martín Herrador, T. (coord.) y Patró Hernández, R. (s.f.). *Guía sobre la violencia contra la mujer. Conocer para cambiar la mirada*. n/d. Caja Mediterráneo (Obras Sociales)
- Matud, P., Padilla, V. y Gutiérrez A. B. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico*. Madrid: Minerva Ediciones
- Mena Martineau, C. (s.f.). *Mujeres que sufren violencia de pareja: estilo de apego a la relación actual* (trabajo final de grado). Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos87/mujeres-que-sufren-violencia-pareja/mujeres-que-sufren-violencia-pareja.shtml>
- Mora Pérez, V. (2015). Cuando llueve sobre mojado: consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de género traumatizadas en la infancia. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, núm.2 (septiembre), 33-38. Recuperado de <https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/2225/0>
- Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- Pena Delarno, M. B. (2015). *Pre-Proyecto de Investigación "Un estilo de apego inseguro como factor de riesgo en la permanencia de las mujeres víctimas de violencia en su relación con el agresor"* (trabajo final de grado). Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7841/1/Pena%2C%20Mariela.pdf>
- Pinzón Luna, B. K. y Pérez Villar, M. A. (2014). Estilos de apego y relación con la figura materna en mujeres que viven violencia conyugal. *Psicología Iberoamericana*, Vol. 22, núm. 1 (enero-junio, 2014), 16-24. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133944229003.pdf>

- Roa, C. Estrada, K. y Tobo, M., (2012). *Nivel de resiliencia en mujeres maltratadas por su pareja*. Recuperado de <http://www.contextos-revista.com.co/Revista%208/A4-Nivel%20de%20resiliencia%20en%20mujeres%20maltratadas%20por%20su%20pareja.pdf>
- Romero Sabater, I. (coord.), Álvarez López, R., Czalbowski, S., Soria López, T. y Villota Alonso, M.T. (2015). *Guía de intervención en casos de violencia de género. Una mirada para ver*. Madrid: Editorial Síntesis
- Salvador Sánchez, L. (2015). Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/as profesionales sanitarios/as. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, núm. 1, 103-113. Recuperado de <https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/416>
- Sánchez Herrero, M. (2011). *Apego en la infancia y apego adulto. Influencia en las relaciones amorosas y sexuales* (trabajo fin de máster). Recuperado de https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/99355/1/TFM_EstudiosInterdisciplinariosGenero_SanchezHerrero_M.pdf
- Sociedad española de Especialista en Estrés Postraumático, SETEPT (2019), *Curso X SETEPT: Neurociencia, Trauma y Resiliencia* Tema 1, Módulo III. Recuperado de http://psicoeducacion.es/campus/pluginfile.php/852/mod_resource/content/8/M%C3%B3dulo%20III.%20Tema%201.%20Concepto%20de%20Resiliencia.pdf
- Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B. y Vecina Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la Psicología Positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 27 (1), 40-49. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1283.pdf>
- Violencia contra la mujer (s.f.). En *Wikipedia*. Recuperado el 10 de enero de 2022 de https://es.wikipedia.org/wiki/Violencia_contra_la_mujer
- Walker, L., Nathan, A., Duros, R., Arden, H., Lyda, A. y Tome A., (2009). Estilo de apego en las mujeres maltratadas y funcionamiento interpersonal, en Walker L., *El síndrome de la mujer maltratada* (3a ed.), pp. 291-308, New York: Desclée de Brouwer
- Yárnoz, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M. y Sainz de Murieta, L. M. (2001). Apego adulto y percepción de los otros. *Anales de psicología*, Vol. 17, núm. 2 (diciembre), 159-170, Recuperado de <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/7985/1/Apego%20en%20adultos%20y%20percepcion%20de%20los%20otros.pdf>