

**LA MIRADA DE LA ANOREXIA NERVIOSA DESDE UNA PERSPECTIVA  
SISTÉMICA VINCULAR.**

**THE VIEW OF NERVOUS ANOREXIA FROM A SYSTEMIC AND  
ATTACHMENT PERSPECTIVE**

ANDREA BAÑADOS STAPLEFIELD  
Instituto Humaniza Santiago.  
drea\_023@hotmail.com

MARINA ARAYA VERA  
Instituto Humaniza Santiago  
marina.araya.v@gmail.com

**RESUMEN**

Este trabajo clínico busca constituir una propuesta de intervención que integre una perspectiva desde la teoría del apego con elementos sistémicos en pacientes con anorexia nerviosa. Se centra en elementos desde lo relacional, dificultades en la diferenciación, evitación del conflicto, de forma primordial, en la autorregulación y modulación afectiva. Esto se desarrollará a través del análisis de un caso clínico de una adolescente de 15 años diagnosticada con anorexia nerviosa y su abordaje desde lo individual contextual en la integración de pautas transgeneracionales de apego para la comprensión del caso.

Palabras Claves: Apego, anorexia nerviosa, diferenciación, autorregulación, adolescencia.

**ABSTRACT**

This clinical study seeks to establish an intervention proposal that integrates a perspective from attachment theory with relational systemic elements in patients with anorexia nervosa. Focuses on elements from relational, difficulties in differentiation, avoidance of conflict and primarily for the self-regulation and emotional modulation. This will be developed through the analysis of a clinical case of a 15 year old adolescent diagnosed with anorexia nervosa and contextual approach from the individual in the integration of transgenerational patterns of attachment to the resolution of the case.

Key words: Attachment, nervous anorexia, differentiation, self-regulation, adolescence.

---

· Este artículo corresponde al trabajo final, desarrollado por las autoras para el "Postítulo en Psicoterapia Sistémica Vincular Centrada en la Niña, el Niño, el Adolescente y su Familia", que dicta el Instituto Humaniza Santiago. El docente asesor fue el Ps. Francisco Ibaceta Watson.

## **Introducción.**

SEGÚN LOS PLANTEAMIENTOS de Minuchin (1992) “*Los trastornos en la conducta alimenticia incluyen una interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales, por lo cual para comprender las patologías es necesario ubicarlas en el contexto familiar, en el de patrones comportamentales que involucran interrelaciones entre los miembros de la estructura*” (En Losada & Whittingslow, 2013.Pg 123). Por tanto, cuando se centra la mirada en los aspectos familiares se hace necesario focalizarse en aquello que sustenta lo relacional entre los integrantes: el vínculo.

La teoría del apego ofrece un marco para comprender las dinámicas subyacentes a la manifestación de los síntomas (Biedermann, Martínez, Olhaberry y Cruzat, 2009). Desde la literatura, los trastornos de alimentación se entrelazan mayormente con un apego inseguro; madre e hijo están excesivamente involucrados, sin lograr una diferenciación entre el uno y el otro. Esta forma de relacionarse altera el funcionamiento mental y predispone a los adolescentes a buscar soluciones de autonomía fisiológica, como las observadas en muchos de los síntomas de los trastornos de alimentación (Betancourt, Rodríguez & Gempeler, 2007).

Considerando que en la actualidad contamos con una ampliada gama de literatura sistémica en materia de anorexia nerviosa y preliminar en explicaciones desde la teoría del apego, es que el presente trabajo se plantea como objetivo general difundir una propuesta alternativa desde el modelo sistémico vincular, a través del análisis de un caso clínico de una adolescente que presenta dicha patología, que al profundizar en el caso permitió ampliar el entendimiento desde lo individual y familiar a lo vincular.

## **Marco conceptual**

### *A-. Trastornos de conducta alimentaria*

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son problemas relevantes de salud mental que afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes. Se definen como alteraciones comportamentales vinculadas al acto del comer, a la imagen corporal y al desarrollo de la identidad, con una especie de idolatría a la delgadez. El control alimentario es una fuente de identidad que proporciona sentimientos de confianza, control y competencia (Del Bosque & Caballero, 2008; Mallor, 2004), conjuntamente con la corporalidad relacionada al anhelo de lograr una figura determinada (Bedoya y Marín, 2010).

### *Anorexia nerviosa*

Según los criterios diagnósticos DSM-V (2015) la anorexia nerviosa se define como restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Además presenta miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamientos que interfieren el aumento de peso. Así también, existe una alteración de la autopercepción del peso y de la constitución corporal en la autoevaluación o una falta

persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual. Adicionalmente, este manual especifica dos tipos de anorexia nerviosa, por una parte el tipo restrictivo en que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo. Y, por otro lado el tipo con atracones/purgas es decir con vómito autoprovocado o la utilización incorrecta de laxantes.

Por su parte, de acuerdo a la clasificación de CIE-10 la anorexia nerviosa se caracteriza por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo paciente, constituyéndose como un síndrome independiente con la presencia de síntomas tales como la pérdida significativa de peso a través de la evitación de consumo de alimentos que engordan, vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo o consumo de fármacos diuréticos y la distorsión de la imagen corporal.

Cabe destacar que a diferencia de los criterios de diagnósticos de DSM-V, esta clasificación menciona que consecuencias físicas en torno al trastorno, como la presencia de trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal y el retraso de la secuencia de las manifestaciones de la pubertad (en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles).

### *B. Aportes sistémicos*

La influencia familiar dentro del campo de la psicopatología releva importancia dado el papel que juega tanto en la etiología como en la recuperación de los trastornos mentales. A continuación se sistematizará la explicación desde tres corrientes sistémicas: enfoque estructural, Escuela de Milán y apreciaciones de Stierlin, y su conexión con la comprensión de la anorexia nerviosa.

#### *Corriente sistémica estructural*

Uno de los primeros terapeutas sistémicos que consideró esta epistemología como forma de trabajo fue Minuchin, quien planteó que el síntoma es el resultado de una falla en la estructura familiar, en términos de la confusión de roles y jerarquías, alianzas o coaliciones entre los subsistemas. Este autor desarrolló un modelo estructural familiar identificando cinco características en las familias, tales como: aglutinamiento o hiperimplicación entre los miembros, transgrediendo los límites entre ellos; sobreprotección reflejada en el alto nivel de preocupación del bienestar de los miembros entre sí, retrasando el desarrollo de autonomía de los hijos; rigidez reflejada en el hecho de mantener el estado, sin permitir cambios necesarios para la evolución y desarrollo; evitación del conflicto; y la implicación del hijo sintomático en conflictos maritales (Minuchin, 1992 en Losada & Whittingslow, 2013).

Vinculado a lo anterior, Minuchin (1992) describe tres posibles escenarios dentro de la familia. El primero de ellos es una triangulación que consiste en la mala interpretación de las conductas del hijo por parte de los padres en donde cualquier cosa que el hijo realice o exprese es considerada como una toma de partido a favor de alguno de los dos padres; el segundo escenario es que el hijo se encuentra en una coalición con alguno de los dos padres, generando así una especie de bloque en contra del otro padre. Y, el tercer escenario es la denominada desviación, en este caso los cónyuges se encuentran unidos con el

objetivo de cuidar o culpar al hijo considerándolo como el problema que existe en la familia.

El modelo sistémico estructural para tratar la anorexia nerviosa plantea que el objetivo primario del tratamiento es modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las transacciones de sus miembros (Rausch Herscovici & Bay, 1997). Por su parte, el terapeuta en este contexto se incluye en el sistema familiar de una manera activa y directiva, apuntando al comienzo al aspecto sintomático (normalización de peso y ciclo vital) y de forma simultánea el trabajar con los patrones disfuncionales que contribuyen al mantenimiento de la sintomatología, finalmente se aborda la autonomía de los distintos subsistemas. A lo largo del tratamiento se utilizan intervenciones estratégicas y conductuales que actúan como apoyo del objetivo principal, que es la modificación de la estructura con el fin de permitir el desarrollo de cada uno de sus integrantes (Rausch & Bay, 1997).

### *Escuela de Milán*

Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino (1999) definen la anorexia nerviosa como “un profundo sentimiento de inadecuación, es decir sentir un defecto en sí misma” elemento central de la vivencia de estos pacientes, habitualmente mujeres. En esta línea, se desprenden dos funciones de la anorexia nerviosa, la primera es la expresión del sentimiento de desvalorización que experimenta la paciente y a la vez, la defensa que ésta adopta contra su sufrimiento y que busca compensar en su propio cuerpo. La segunda función, se expresa en la fase crónica del trastorno, y se relaciona cuando el sujeto se precipita en una condición de estancamiento, es decir, es la experiencia de una enorme capacidad de control sobre el ambiente (en particular sobre los padres,) adquirida a través del encarnizamiento en la prolongación de las restricciones alimentarias y su adelgazamiento.

Desde la perspectiva de la escuela de Milán no existirían tipologías de juegos familiares ni tampoco una personalidad de la anoréxica, sino que plantea que se puede correlacionar una cierta sintomatología con una cierta personalidad del paciente y, por otro lado, un cierto tipo de familia, es decir se presenta una relación de triple polaridad entre “*síntomas-personas y familia*”. En consecuencia, para trabajar con las personas que padecen la anorexia nerviosa se debe abordar el síntoma, la familia y, por otra parte, la mediación de cómo el individuo desde sus propias características elabora su sufrimiento y se defiende de él, es decir su “*subjetividad individual*”.

En esta línea, dicha escuela plantea como objetivo general para el tratamiento de la anorexia nerviosa: hacer evolucionar al paciente de una condición de impotencia y de confusión en que manifiesta sólo a través del síntoma el sufrimiento que proviene de la posición existencial en que ha acabado encontrándose, hacia una apertura al entendimiento de lo que les ha acaecido a los demás y a sí misma. Por lo tanto, se trata de ayudar a identificar sus necesidades y, a su vez, convertirse en protagonista de su historia personal, apoyándolo para que logre expresar en la interacción con las figuras significativas, sus propias solicitudes y críticas. Para la consecución de dicho objetivo, la escuela de Milán propone la terapia familiar como facilitador de la evolución del paciente, a través de una alianza terapéutica con el paciente, sus padres y hermanos.

Dentro de las estrategias terapéuticas, la escuela de Milán propone un trabajo paralelo con la familia y el paciente, alternando las sesiones familiares con el grupo familiar completo y con los distintos subsistemas, para dilucidar el juego familiar y tratar de modificarlo; y por otro lado, sesiones individuales con el paciente para que logre restituir su rol protagónico en la terapia.

*Descripción de las Familias de acuerdo a Stierlin.*

Stierlin & Weber (1989) basados en observaciones clínicas y abordajes de familia con un integrante diagnosticado con anorexia nerviosa, realizan una descripción de estas familias convergiendo en una descripción que se caracteriza como típicamente fusionada, rígida y dedicada al autosacrificio y lealtad grupal. Para Stierlin la “*individuación*” se conoce como la capacidad de autodeterminarse, autodiferenciarse, autorregularse, autoafirmarse, así como la disposición de aceptar la responsabilidad de la conducta propia; la individuación significa la percepción, tolerancia y aceptación de las diferencias y la individualidad, así como de la ambivalencia. Pero, sobre todo, la individuación conlleva implícitamente la idea de separación. Esta individuación se realiza en forma continua a lo largo de la vida y se da en compañía de los distintos entornos con los cuales vamos interactuando, los que actúan como facilitadores u obstáculos (Stierlin & Weber, 1989). Considerando lo anterior, se observó que el surgimiento de la anorexia en la pubertad es más común ya que se trata de una etapa que trae consigo muchos cambios, se hacen evidentes cambios físicos que muchas veces las niñas no están preparadas emocionalmente para los mismos, tratándose de una etapa muy ambivalente. Por otra parte, destacan que la actitud del adolescente hacia la lealtad familiar pierde importancia y comienzan a tener relevancia las asociaciones con amigos, los nuevos valores y la nueva información, actitudes que despiertan gran ansiedad en la familia (Stierlin & Weber, 1989).

El modelo de intervención que propone Stierlin, se basa en realizar una reestructuración del sistema familiar, en donde se favorezca la individuación e identidad de los distintos integrantes, a modo de que cada cual se vaya desarrollando en equilibrio y autonomía, donde la familia sea un facilitador el proceso, trabajándose a su vez con mecanismo protectores que eviten la aglutinación de las familias (Stierlin & Weber, 1989).

En síntesis, dentro de las descripciones sistémicas descritas anteriormente se destaca la corriente estructural, que describe características de la interacción familiar de las pacientes con anorexia, tal como evitación de conflictos, sobre-involucramiento y límites interpersonales difusos. Así también la escuela de Milán, que incorpora una filosofía terapéutica que revaloriza la dimensión individual y personal de la paciente y de sus padres. Y, por último, la descripción de las familias de Stierlin que alude a características de éstas como fusionadas, rígidas y dedicadas al autosacrificio y lealtad grupal, es decir en las que predominan el bienestar y estabilidad familiar por sobre las necesidades individuales.

Las características descritas tienen como consecuencias que los procesos de individuación, necesidad de autonomía y diferenciación, se ven interferidos por patrones intrusivos del cuidado parental que dificulta el desarrollo en la adolescencia (Montenegro & Guajardo, 2000)

### *C. Apego y anorexia nerviosa.*

Bowlby en su teoría del apego menciona que *“la necesidad de establecer vínculos estables con los progenitores o cuidadores es una necesidad primaria, no aprendida, propia de la especie humana”* (Bolwby 1980 en Moneta, 2014). El apego se define *“a través de la vinculación con nuestros referentes afectivos primarios y el cómo estos lazos fundamentales nos ayudan en la comprensión del mundo, la mentalización y regulación emocional”* (Graell & Lanza, 2014). La teoría del apego otorga un marco para la comprensión de la dinámica subyacente a la manifestación de síntomas y propuestas de intervenciones específicas en materia de trastorno de conducta alimentaria. Constituye una de las bases teóricas más sólidas para la comprensión y el estudio de la formación de vínculos afectivos entre el bebé y sus cuidadores primarios y, posteriormente, entre adultos y sus relaciones sociales.

Las actuales investigaciones dan cuenta de la asociación entre estilos de apego inseguros y psicopatología, observándose una relación especialmente estrecha con el desarrollo de trastornos afectivos, trastornos de conducta alimentaria y trastornos de personalidad (Dozier et al., 1999; Fonagy, 1999).

### *Ansiedad e individuación*

Bruch a inicios de los años 70 y, años más tarde, Rhodes y Kroger (1992), observaron que las personas que presentaban algún tipo de TCA mostraban niveles más elevados de ansiedad de separación y sobreprotección materna durante la infancia. La explicación otorgada a esto, se describe a través de dificultades en la separación-individuación descrito como *“un fracaso por alcanzar la independencia a través de la vía de la resolución de la separación del objeto materno”* (Chassler, 1997).

En la anorexia la dificultad en la individuación se encontraría asociada a un sobre-involucramiento maternal y falta de diferenciación en el vínculo entre ambos. Este sobre-involucramiento se expresa a través del excesivo control por parte de los padres o la falta de independencia, aspectos desarrollados en un contexto que resulta poco contenedor al no fomentar la expresión emocional, contención y crecimiento personal (Latzer et al., 2002).

Por su parte Cole-Detke & Kobak (1996), describen que la anorexia se expresaría como una reacción a las dificultades vinculares y la vivencia de impotencia, en que los hijos desplazan su dolor emocional a una conflictiva con el cuerpo, logrando ejercer control a partir de los comportamientos alimentarios (Biedermann, Martínez, Olhaberry y Cruzat, 2009).

### *Autorregulación emocional*

Considerando la importancia de los vínculos primarios en el desarrollo fisiológico y mental en la adultez, una de las capacidades más relevantes que se encuentra afectada en la anorexia nerviosa además de la autonomía, mentalización y diferenciación, es la autorregulación (Cordella, 2010).

La mentalización conocida como función reflexiva, se entiende como una serie de operaciones psicológicas que tienen como objetivos focalizar los estados mentales. *“Incluyen una serie de capacidades representacionales y de habilidades inferenciales, las*

*cuales forman un mecanismo interpretativo especializado”* (Lanza, 2011) dedicado a la tarea de explicar y predecir el comportamiento propio y ajeno mediante la acción de determinados estados mentales intencionales que den cuenta de su conducta; dicha capacidad es otorgada desde la infancia en la relación con los referentes significativos y la forma en que ellos facilitan la comprensión del mundo.

Por su parte, la regulación emocional se entiende como la habilidad para controlar la experiencia afectiva y depende de la capacidad para distinguir los estados internos y diferenciarlos unos de otros (Cordella, 2010). En las personas con anorexia nerviosa se observan graves dificultades tanto en la expresión como regulación emocional (Biedermann, K., Martínez, V., Olhaberry, M., Cruzat, C., 2015)

Desde la perspectiva de la neurociencia afectiva, las personas con anorexia nerviosa poseen un estilo afectivo que favorece el desarrollo de mecanismos disfuncionales de modulación afectiva. En otras palabras, presentan un sistema motivacional de inhibición activo con una tendencia a anticipar los eventos amenazantes, un bajo umbral de activación de la ansiedad y una dificultad para regular las emociones negativas. Conformando un procesamiento alterado de los estímulos alimentarios y problemas en la diferenciación emocional (Cordella, 2010).

#### *La conexión con el apego.*

Cordella (2010) alude que la anorexia nerviosa *“Se instala dentro de un sistema fisiológico vulnerable al estrés, que se ha desarrollado dentro de un sistema vincular de fallas y faltas reiteradas”* tal como personas que han sido sensibilizadas al estrés a través de exposiciones al estrés crónico, maltrato, abuso o apegos inseguros. En este caso, la fisiopatología es una desviación de los procesos normales de individuación, que se dan siempre en el contexto de un vínculo con figuras de apego significativas. Dada la asociación que existe entre la alimentación y ser cuidado en los inicios de la vida, es posible hipotetizar que el uso de la recompensa de la ingesta como regulador del estrés se constituya como un patrón neuronal muy básico y temprano del tipo estímulo/ respuesta. Por tanto, si en el desarrollo temprano de los sistemas regulatorios al estrés no se logra la integración entre los circuitos de recompensa, quedando la ingesta como una de las tantas alternativas posibles, el resultado será un patrón adaptativo al estrés precario y primitivo que somete al organismo a repetir la conducta de búsqueda, ingesta y almacenaje de energía como solución indiferenciada y preferente al estrés (Cordella, 2010).

En esta línea, "comer" es una conducta que se encuentra relacionada al cuidado materno desde el nacimiento a través de la lactancia y los primeros cuidados, y en su desarrollo normal se va estableciendo una relación entre alimento y cuidador, por lo cual en la calidad de la interacción en la díada madre-hijo se generan conductas de apego como la conducta biológica que regula la angustia al mismo tiempo que se modula el estrés y, con ella, las sensaciones de hambre y saciedad; de esta forma se relaciona la necesidad de comer con la de ser cuidados (Cordella, 2010). La alteración en los mecanismos de alimentación produce cambios en el desarrollo físico y psíquico de los individuos formando un sistema que se retroalimenta patológicamente, desregulando el funcionamiento del sistema nervioso central y autónomo y, con esto, la totalidad del cuerpo biológico. Lasegue (1983) en Francia y Gull (1984) en Inglaterra, fueron los pioneros en describir la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y autorregulación, e indicaron que muchos de

los aprendizajes se basan en los vínculos primarios del individuo, imitación y vivencias de cuidado entregadas por las figuras de apego, las cuales diseñarán el cómo se conformará la capacidad de mentalización y autorregulación, a través del modelaje y vínculos significativos (en Cordella, 2010).

En síntesis, a través de las distintas investigaciones se ha encontrado una relación entre los patrones de apego inseguro, especialmente evitativo o ansioso y la anorexia nerviosa, traducido en dificultades en tres ejes fundamentales: la capacidad de mentalización, autorregulación e individuación. En la práctica clínica esto toma vital importancia, ya que los patrones de relacionamientos del paciente se replican en el espacio terapéutico, considerando que quienes poseen un trastorno de conducta alimentaria tienden a desactivar el sistema de apego, enfatizando la autonomía y minimizando sus necesidades afectivas (apego evitativo) o a hiperactivar las conductas de apego buscando excesiva cercanía con una alta carga emocional (apego preocupado), siendo necesario incluir estos aspectos dentro de los objetivos o foco terapéutico, orientado a promover el desarrollo de representaciones más consistentes de los otros y a mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y, por el otro, como un factor a considerar para lograr la adherencia al tratamiento mismo, debido a que todo tratamiento psicoterapéutico se construye sobre la base de un vínculo: la relación terapeuta-paciente y su familia.

### **Caso clínico**

Antonia\* es una adolescente de 15 años, ingresa a atención por iniciativa de sus padres (Alberto y Angélica) quienes se encuentran preocupados por la baja importante de peso de su hija, su negativa a alimentarse y a sus cambios conductuales mostrándose retraída y con tendencia a aislarse. Por su parte Antonia problematiza sólo dificultades para concentrarse en la escuela y manejar su ansiedad; se caracteriza por su personalidad introvertida, con dificultad para solicitar ayuda, siendo temerosa y autoexigente en lo académico y relacional.

Dentro de los antecedentes relevantes se encuentra un cambio significativo en su conducta cuando los padres dejan de vivir con los abuelos paternos, quienes son unos de los principales referentes para la adolescente; además se acentúa su retraimiento con el nacimiento de sus hermanos (Vicente y Carlos) y bullying escolar por su apariencia física (color de piel y delgadez).

### *Procesos relacionales*

Antonia, al ser la primera hija y hermana, se le fueron otorgando mayores responsabilidades en la familia. Cuando comienza con los primeros cambios en su conducta no es tomada en cuenta, hasta que realiza un cambio drástico y restringe su alimentación frente a la necesidad de ser vista y tener el control en sí misma. En ese momento la familia debe reestructurarse aumentando su comunicación y liberándola de ciertas responsabilidades, sin embargo, se centran específicamente en los hábitos alimenticios al serles difícil el contacto emocional, aumentado su sensación de soledad y baja importancia.

---

\* A fin de resguardar la confidencialidad se han modificado los nombres y datos reconocibles de las personas y la familia.



Cuando incorporan lo emocional, la adolescente comienza a mejorar, no obstante, al percibir que la situación se ha estabilizado, en palabras de la madre, “se relajan”, vuelven a su modo habitual de funcionamiento y emergen nuevamente las dificultades en la alimentación, de forma prácticamente cíclica.

### *Sistema de hipótesis*

Hipótesis contextual: Las dificultades económicas demandan que el padre deba trabajar una jornada extensa, lo cual disminuye los tiempos en que comparte con su familia provocando un distanciamiento entre los integrantes. A nivel escolar las compañeras de Antonia comenzaron a desarrollar conductas de restricción alimenticia y autolesiones como forma de resolución de conflicto y liberación emocional.

Hipótesis sistémica del funcionamiento familiar: Antonia desde pequeña ha tenido que asumir roles, asignados antes de su nacimiento; conforma una relación familiar con límites difusos y sobre-involucramiento especialmente por parte de la abuela y su madre. Preocupada en cómo sus actos influyen en el sostenimiento del grupo familiar se autoexige en su rol, postergando su propio sufrimiento e incluso rechazando los cambios que vendrán con la adolescencia, teniendo sentimientos contradictorios entre su desarrollo personal y su rol de seguir sosteniendo a su familia.

Hipótesis vincular: Antonia posee dificultades en la regulación emocional; la relación materno – filial se caracteriza por ser de carácter ambivalente, ya que si bien mantienen un vínculo basado en el afecto, potencian un tipo de autonomía que impide la adecuada diferenciación: la madre tiende a comparar su propia historia con el crecimiento de su hija y ejerce un poder coercitivo en la verbalización o diferenciación de las situaciones difíciles que se van presentando, atribuyendo sus propias explicaciones a los problemas de Antonia, desde pequeña apoyaba la regulación con el sobreinvolucramiento o la alimentación. Con el padre comparten su dificultad de verbalizar a aquello que sienten y comunicarse en los momentos de angustia, evitando el conflicto e intentando buscar las soluciones por sí mismos, sin pedir ayuda a otros integrantes de la familia, movidos principalmente por su autoexigencia de responder de la mejor forma en todas las situaciones.

Otras consideraciones diagnósticas relevantes: La consultante se encuentra además con intervención con psiquiatra. Fue diagnosticada con anorexia nerviosa de tipo restrictiva y depresión moderada; mantiene tratamiento psicofarmacológico.

### *Proceso terapéutico.*

El objetivo general del proceso terapéutico fue “facilitar la resolución del motivo de consulta co-construido trabajando la disponibilidad parental y apertura emocional en Antonia y su familia, abordando el vínculo más allá del síntoma”. Y los objetivos específicos: la restauración de hábitos de alimentación saludables y restablecimiento del peso en Antonia. Trabajar estrategias de autocuidado, regulación y expresión de la ansiedad. Reforzar la calidad del encuentro emocional en los momentos de mayor angustia.

Y abordar el vínculo entre madre e hija, para así fomentar la diferenciación y reconocimiento de aspectos personales de cada una.

El proceso tuvo una duración de 2 años. La primera etapa se focalizó en la evaluación clínica y hospitalización, trabajando de forma intensiva en el vínculo terapéutico y educación en relación a la patología y hábitos alimenticios. Al alta se derivó a la madre para un proceso individual. Se inició el trabajo en el vínculo familiar en el marco de una terapia individual contextual con intervenciones familiares y vinculares. Se adoptó una metodología de trabajo con sesiones individuales con Antonia para abordar su diferenciación, manejo de ansiedad y expresión emocional; de forma alternada se realizaban sesiones con la diada madre e hija y sus hermanos, trabajando a través del juego y actividades en equipo, favoreciendo una (la) conexión emocional más que formal.

Para trabajar con este tipo de problemáticas, los primeros pasos fueron la psicoeducación a nivel familiar e individual, lo que facilitó la co-construcción del motivo de consulta. Posterior a ello, en las primeras sesiones de evaluación clínica, se trabajó de forma individual con Antonia para afiatar el vínculo y resignificar una experiencia anterior de terapia, como uno de los primeros y principales pasos en el proceso. A nivel vincular, el foco se centró en las patrones de apego instaurados a nivel familiar. Una vez normalizados los hábitos alimenticios comenzamos abordar los hitos de la adolescencia, la necesidad del contacto con los pares, exploración de su emocionalidad y ansiedades, reforzar con la familia el apoyo en los distintos cambios y transformaciones físicas y emocionales. A su vez se trabajó en los roles familiares y empoderar a los padres en sus tareas parentales y situar a la abuela en nuevas funciones distintas de lo parental.

## **Resultados**

### *Evolución del caso.*

El sistema consultante evolucionó positivamente. Antonia se alimentado de forma regular por varios meses, presenta un índice de masa corporal normal y su familia ha logrado acogerla y calmarse frente a su negativa de alimentarse acompañándola en sus dietas y hábitos alimenticios.

Consideran que, más allá de los hábitos alimenticios, han aprendido a conocerse de mejor forma, a respetar los espacios de cada cual y creer en que se pueden generar cambios si se lo proponen; aumentaron de forma considerable los tiempo de cuidado y de cariño entre ellos y hacia sí mismos, fortaleciéndose como familia.

### *Proceso de alta.*

La finalización de la terapia se realizó de forma extensa con un seguimiento de 5 meses, lo cual apoyó la confianza y seguridad en la finalización del proceso. La adolescente logró mayor autonomía e individuación, mostrando avances en su regulación emocional, expresión e identificación de sus emociones, mejorando su contacto con el grupo de pares, integrándose en causas sociales y buscando actividades que la movilicen y diferencien como adolescente. Fue entregada en forma de ritual, una carta de Antonia hacia el equipo, y de éste hacia la adolescente, a modo de reconocer sus avances y valoración personal.

Finalmente, se realizó una coordinación con la escuela y con el centro de salud (atención primaria) como forma de apoyo complementario con la red comunal.

## **Discusión**

*Análisis del motivo de consulta, “comenzar a mirar bajo el agua”.*

La queja para la familia recae en la baja importante de peso de su hija, su negativa a alimentarse y a sus cambios conductuales, mientras que Antonia sólo problematiza su ansiedad escolar. Se co-construye el motivo de consulta con la diada materno – filial: para ello se debe ampliar la mirada desde lo sintomático a una visión que los acoja como familia en un análisis del vínculo y sus patrones de relación. Finalmente se co-construye que, como familia, se han movilizad para generar un cambio, el cual busca el bienestar físico y emocional de los integrantes, pero para ello será necesario fomentar espacios de encuentro emocional y apoyo en lo doloroso cambiando el patrón evitativo en el que se han visto sumergidos. A su vez, como no podemos separar la mente del cuerpo, debemos integrar en la intervención la restauración de hábitos saludables de alimentación para Antonia, trabajar en el cómo resuelven ciertos conflictos y se maneja la ansiedad en lo escolar y personal.

Desde una perspectiva sistémica, autores como Minuchin y Selvini-Palazzoli (1992), concuerdan que como característica primordial en familias con integrantes que padecen anorexia nerviosa se encuentra en la evitación del conflicto, lo que se traduce en una tendencia a negar los problemas, que es motivada por la necesidad de los miembros de aparentar una imagen distinta a lo que realmente son. Sarason y Sarason (1996) exponen que las familias están unidas a través de una gran rigidez, con intentos constantes de mantenerse sin realizar cambios que son necesarios para el desarrollo de los integrantes (en Losada & Whittingslow, 2013).

En la familia de Antonia uno de los principales mecanismos de resolución de conflictos es la evitación, estrategia que se ha mantenido de forma transgeneracional por padres y abuelos, quienes no lograron afrontar las situaciones difíciles con sus propias familias de origen. Desde los primeros indicios del sufrimiento de Antonia, como familia tendían a normalizar lo que ocurría, en su búsqueda de dar respuestas a las críticas del entorno, sin dar el espacio a que Antonia pudiera decir aquello que ocurría, llevando a una cronificación de la sintomatología en el tiempo y una desconexión de la esfera emocional. Fue trascendental en la terapia conformar espacios que promovieran el encuentro emocional, en primeras instancias de forma más dirigida y luego solos; esta estrategia tuvo altos y bajos al hablar de sucesos dolorosos en la familia, lo que generó en ocasiones discusiones, distanciamiento entre los padres y un reconocimiento del agotamiento del padre en lo laboral. Se abordó en terapia la resolución de dichos conflictos de forma asertiva, apoyando el sumergirse en lo doloroso, lo cual trajo beneficios significativos al sistema consultante.

*La importancia del vínculo en la anorexia nerviosa.*

La teoría del apego, en concordancia con aportes desde lo sistémico, otorga una explicación del vínculo establecido entre pacientes con anorexia y sus padres. En el caso de Antonia se evidencia un vínculo de apego inseguro que ha interferido en su proceso de

desarrollo. Al igual que en la literatura, se observa en ella una patente ansiedad de separación de su núcleo familiar e inseguridad en el contacto con su entorno. Mantiene dificultades para solicitar ayuda intelectualizando sus vínculos emocionales conformando relaciones interpersonales inseguras que crean un ambiente de constante incertidumbre y retraimiento.

En el análisis de estas características nos encontramos que una de las principales dificultades en el caso de Antonia son las estrategias de autorregulación, que se vinculan con su capacidad de contención, autocuidado y manejo emocional.

A pesar de la gran relevancia de esta temática, encontramos un escaso bagaje teórico – práctico en la literatura. Desde la neurociencia afectiva se encuentran algunas respuestas que muestran cómo las personas con anorexia poseen mecanismos disfuncionales de modulación afectiva por la hiperactivación de su sistema neurovegetativo; en otras palabras, presentan un sistema motivacional de inhibición activo con una tendencia a anticipar los eventos amenazantes (Cordella, 2010). Estos mecanismos se van conformando desde el vientre materno, con la sintonía en los movimientos fetales, conexión con el que está por nacer y estados ansiedad de la madre (Kilmelman, 2006). Durante el embarazo de Antonia, independiente de que fue planificado por ambos padres, al ser adolescentes se vio marcado por el temor de revelarlo a los abuelos maternos; posterior al nacimiento la madre toma un rol filial y la abuela paterna se encarga de forma dominante de la crianza. Los momentos de mayor conexión con la madre se daban a través de la alimentación, arraigando la creencia familiar de que la comida es señal del cuidado por lo que ambas alargaron lo más posible el destete, recurriendo al pecho en los momentos en que se sentía ansiosa, inquieta o molesta. A medida que Antonia fue creciendo, se fue produciendo un distanciamiento de la madre desde las pautas alimenticias, siendo la abuela quien realizaba comidas diferenciadas o continuó satisfaciendo sus necesidades desde la alimentación, sin apoyar el reconocimiento de las necesidades o angustias de la niña.

Debido a ello se planteó como objetivo con Antonia, el desarrollar estrategias de autocuidado y diferenciación emocional que apoyaran su propia autorregulación con distintas estrategias que ayudaran a la protección de sí misma y el reconocimiento de emociones positivas y negativas, así mismo el reforzar el pedir ayuda si fuese necesario. A nivel vincular se reforzó el trabajo entre madre e hija en la búsqueda de estrategias de expresión emocional asertivas y acercamiento, reconociendo aptitudes positivas en la una y en la otra, realizando trabajos en metáforas que dieran cuenta de cómo observaban el vínculo entre ellas.

#### *Aceptando la adolescencia.*

Desde autores como Stierlin & Weber (1989), la “*individuación*” se conoce como la capacidad de auto-diferenciarse, así como la disposición de aceptar la responsabilidad de la conducta propia. Las familias de pacientes con anorexia tendrían dificultades para diferenciarse entre sus miembros, lo que explicaría el surgimiento más común de este trastorno en la pubertad, ya que se trata de una etapa que trae consigo muchos cambios, como la pérdida de importancia por parte de la adolescente hacia la lealtad familiar y comienzan a tener relevancia las asociaciones con amigos, los nuevos valores y la nueva información.

En el caso de Antonia, al ingresar en la pubertad comienza a rechazar los cambios que vendrán en esta etapa, teniendo sentimientos contradictorios entre su desarrollo personal y su rol de sostenimiento familiar a través de las restricciones alimentarias, lo que genera una pausa en su desarrollo. Por su parte la madre, al temer replicar la historia vincular vivida con sus padres, ejerce un excesivo control invadiendo los espacios de Antonia desplegando un estilo coercitivo que la desvalida emocionalmente. Su padre también se encuentra dentro de las pautas de relación, ya que mantiene una actitud periférica y evitativa priorizando lo laboral por sobre las labores de crianza.

Por tanto, la comida y el peso reemplazan un dolor o carencia emocional en la esfera física, percibiendo que es lo único controlable al igual que sus estudios, tomando una actitud autoexigente en aquello que a sus ojos depende de ella. Dichas características juegan un papel fundamental en el mantenimiento del trastorno, ya que sus primeras experiencias vinculares se vieron marcadas por una ambivalencia afectiva y falta de individuación.

Gran parte de las características descritas desde la corriente sistémica se condicen con el funcionamiento de la familia de Antonia; nos encontramos con una familia altamente aglutinada con dificultades en la diferenciación de los límites en los distintos subsistemas. Desde la conformación familiar, los padres no lograban salir del rol de hijos, asumiendo las decisiones de los abuelos de forma absoluta y doblegando sus puntos de vista y crecimiento personal para mantener el funcionamiento de la familia. Antonia crece en este entorno de alianzas y pactos no dichos desde lo verbal, que fueron dificultando su desarrollo e independencia.

En el proceso de intervención se hizo necesario visualizar los patrones disfuncionales a nivel familiar en contrapeso con la resistencia de los integrantes, en la búsqueda de un cambio en la rutina familiar y ruptura del ciclo sintomático se intencionaron encuentros emocionales de calidad, empoderando a los padres en su rol limitando los espacios de dependencia de los abuelos, para así fomentar la diferenciación entre los integrantes y apoyar a Antonia en la resolución de crisis normativas de su edad.

Se abordó la adolescencia como etapa del desarrollo, la exploración de manejo de angustia en Antonia, la apertura al diálogo para encontrar el tipo acercamiento que provocaba mayor satisfacción entre madre e hija, aumentando espacios de intimidad y psicoeducación en torno a la adolescencia y sus nuevas necesidades. Esta fase de tratamiento no estuvo exenta de conflictos, ya que una vez que Antonia lograba mostrar aquello que tenía guardado, generaba una reacción de defensa en la madre, lo que fue necesario abordar de forma paulatina y con el apoyo de las propias experiencias de apego vividas por la madre. Finalmente fueron aceptando sus diferencias y cambio en función del ciclo vital.

### *Comentarios finales*

El tratamiento en anorexia nerviosa ha sido ampliamente estudiado. Sin embargo, a pesar de las distintas alternativas existentes, la evidencia científica y clínica en relación a los resultados y eficacia de las intervenciones en la población adolescente es aún muy reducida (Gaete & López, 2012).

Considerando la revisión bibliográfica y análisis del caso las intervenciones deben involucrar dos aspectos fundamentales: la integración de la complejidad biopsicosocial de

la enfermedad incluyendo sus factores predisponentes familiares, individuales y relacionales, de mantención y consecuencias, contextos de interacción, pautas de funcionamiento familiar y apego; y las particularidades de la etapa de la adolescencia. Además, incorporar un trabajo en equipo multi e interdisciplinario, con un enfoque integral, que cuente con médicos especialistas en el desarrollo adolescente, profesionales del área de salud mental (psiquiatra y psicólogo), especialistas en nutrición (nutricionista o nutriólogo) y, en los casos de hospitalización, enfermeras entrenadas en el manejo de los casos de anorexia.

En consecuencia, que se generen mayores conocimientos y una comprensión actualizada del tema, que permitan ampliar la mirada en la intervención de pacientes con este trastorno. Esto plantea otras necesidades en el área, como la de una formación de terapeutas especializados para abordar trastorno de conducta alimentaria, y que estos profesionales, ya fuera en el ámbito público o privado lograrán generar micro cambios en el abordaje de esta psicopatología, a través de una integración en la práctica clínica que no sólo tomara en cuenta la disminución de la sintomatología, sino también incorporara elementos desde el funcionamiento de la familia y el apego, lo cuales serían los primordiales a la hora de enfrentar este trastorno.

### Referencias bibliográficas

- Amorín, D. (2014) Introducción a los métodos y técnicas para la investigación en Psicología Evolutiva. *Cuadernos de Psicología Evolutiva*. Mdeo. Uruguay. Ed. Psicolibros-Waslala. Vol.2
- American Psychiatric Association. (2015) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM-V. Ed. Panamericana
- Behar, R. (2010) Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria. *Rev chil Neuro-Psiquiatría* Vol.48 (Nº2). 135-146.
- Behar, A. De la Barrera, C & Michelotti, C. (2000) Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Méd Chile*. Vol.129 (Nº9): 1003-11
- Betancourt, M. Rodríguez, M. Guarín, J & Rueda, G. (2007) Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Rev Universidad médica*. Vol.48 (Nº 3).
- Biedermann, K. Martínez, V. Olhaberry, M. y Cruzat, C. (2009) Aportes de la teoría del apego clínico de los trastornos de alimentación. *Rev Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XVIII ( Nº3)
- Cordella, P. (2010) Trastornos de la conducta alimentaria, el modelo de las cinco fases. En Figueroa Behar. *Anorexia Bulimia Obesidad. Reflexiones con familias y pacientes*. Santiago, Chile, Ediciones UC.
- Cruzat, C. Díaz, F. Aylwin, J. García, A & Troncoso, R. (2014) Speeches in anorexia and bulimia nervosa: a qualitative study about the disorder experiencing. Discursos en anorexia y bulimia nervosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*. Vol. 5. 70-79
- Cruzat, C. Ramírez, P. Melipillán, R & Marzolo, P. (2008) Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción. *PSYKHE*, Chile. Universidad del Desarrollo Vol.17 (Nº 1) 81-90

- Gaete, P. López, C & Matamala, M. (2013) Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes y Jóvenes Parte I. Epidemiología, Clasificación y Evaluación Inicial. *Rev. Med. Clin. Condes*. Vol.23 (N°5) 566-578
- Graell, A. & Lanza, G. (2014) Mentalización, apego y regulación emocional, *Revista Desenvolupa*. En línea: <http://www.desenvolupa.net/Media/Files/Numeros/Numero-39-10-2014/Mentalizacion-y-apego-Lanza-Graell>
- Fonagy, P. (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, Revista por Internet: [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org) (N° 3).
- Kimelman, M. (2012) Psiquiatría niños y adolescentes. En Almonte, *Psicopatología de Niños en Edad Preescolar*. Ed. Mediterráneo.
- Kimelman, M. (2006) Terapia vincular. En familias en formación. *Terapia familiar y de pareja*. Ed E. Roizblat, Mediterráneo.
- Lanza, G. (2011) Mentalización aspectos teóricos y clínicos. *Revista internacional de psicoanálisis*, Revista por internet: [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org) (N°039)
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*, Volumen 24(N° 4), 581-599
- Losada A & Whittingslow M (2013) Técnicas de la terapia sistémica en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Borromeo* (N° 4)
- Lechuga, L. & Gámiz, N. (2005) Tratamientos psicológicos de los trastornos de la conducta alimentaria: Aproximación cognitivo conductual. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Vol.2, 142-157
- Lecannelier, F. (2004) Los aportes de la teoría de la mente (ToM) a la psicopatología del desarrollo. *Terapia Psicológica*, Vol.22 (N°1), 61-67
- Lenoir M & Silber T (2006) Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Arch.argent.pediatr*. Vol.104 (N°3), 253-260
- Marín, V. (2002) Trastornos de la conducta alimentaria en Escolares y adolescentes. *Rev. chil. nutr*. Vol.29 (N°2)
- MINSAL. (2013) Programa nacional de la salud en la infancia con enfoque integral. Editorial Valente. Santiago de Chile. En Línea: <http://web.minsal.cl/>.
- Montenegro, H & Guajardo, H. (2000) Cap. Trastornos de conducta alimentaria. En: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Segunda edición. Editorial Mediterráneo.
- Moneta, M. (2014) Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Rev Chil Pediatr*. Volumen 85 ( n° 3) 265-268
- Ortiz, R. (S/F) Alimentación y nutrición. Universidad de Alicante - Universidad del Atlántico. Colombia. En línea: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo\\_09.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo_09.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. *Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Ed. Meditor.
- Osorio, J. Weisstaub, G. Castillo, C. (2002) Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev. Chilena nutr*. Volumen 29(N° 3)
- Rausch, C & Bay, L. (1997) Anorexia nerviosa y Bulimia. *Terapia Familiar*. Paidós.
- Rodríguez, B. (1996) La óptica sistémica en el tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. Vol.16 (N°57), 47-55

- Saldaña, C. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*. Vol. 1 (Nº 3) 381-392
- Selvini Palazzoli, M. Cirillo, S. Selvini, M. Sorrentino, A. (1999) *Muchachas Anoréxicas y bulímicas*. Colección Terapia familiar. Editorial Paidós
- Silva, J. (2009) Un modelo psicobiológico sobre la alimentación inducida por estrés. *Revista de psicología*. Vol. XVIII ( N°2), 43-63
- Stierlin. H & Weber. G (1989) Abriendo la puerta de la familia: ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?: Llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento clínica de la anorexia nerviosa. *Colección Terapia Familiar*. Barcelona. Gedisa.