

# UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE HUMANIDADES Y PSICOLOGÍA

**División de Psicología**



**Trabajo Fin de Grado en Psicología**

**Convocatoria Julio 2014**

**Análisis de un caso desde la Terapia Sistémica**

**Analysis of a case from Systemic Therapy**

**Autora: María Lentisco Ramírez**

**Tutora: Yolanda Alonso Fernández**

## Resumen<sup>1</sup>

La teoría del apego pone la atención en el sistema que forman el bebé y su madre. En esta relación temprana, la madre regula las necesidades fisiológicas y emocionales del bebé, creando así un sentimiento de seguridad para que el bebé pueda explorar el ambiente. Dependiendo de la calidad de esta relación, el bebé se desarrollará como un adulto sano o con factores de riesgo para desarrollar patologías. La presente exposición muestra el caso de Lucía y su familia, quienes coinciden en la queja de que la chica presenta una baja autoestima y reiterados altibajos emocionales en su día a día como consecuencia de la interacción tanto con su familia como con los demás, fundamentalmente, con sus relaciones amorosas. La evaluación del caso ha sido realizada siguiendo el encuadre y las técnicas sistémicas. Se ha concluido que Lucía presenta un vínculo de apego preocupado con su madre.

## Abstract

Attachment theory put the attention to the system that makes the baby and his mother. At this early relationship, the mother regulates physiological and emotional needs of the baby, creating a sense of security for the baby to explore the environment. Depending on the quality of this interaction, the baby will develop as a healthy adult or with risk factors for developing pathologies. This investigation shows the case of Lucia and her family, who agree in the complaint that the girl not valued herself and she has repeated emotional ups and downs in their day to day as a result of interaction with her family and with others, mainly with her relationships. The evaluation of the case has been made following the systemic theory and techniques. It was concluded that Lucia has a preoccupied attachment with his mother.

---

<sup>1</sup>A lo largo del texto se utiliza indistintamente el masculino y el femenino como genéricos, refiriéndose ambos tanto a varones como a mujeres.



## **Índice**

<b>Introducción.....</b>	<b>4-9.</b>
<b>Planteamiento del caso.....</b>	<b>9-10.</b>
<b>Técnicas sistémicas.....</b>	<b>10-13.</b>
<b>Propuesta terapéutica.....</b>	<b>13-14.</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>14-18.</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>19-20.</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>20-23.</b>

Cada aproximación psicoterapéutica lleva consigo una postura ontológica que concibe qué es el ser humano y un marco teórico filosófico que explica la lógica del sufrimiento. En esta línea, la ontología subyacente a la *Terapia Familiar o Terapia Sistémica*<sup>2</sup> define a las personas como sujetos, los cuales nunca son indiferentes a lo que les ocurre, y se diferencia de las demás aproximaciones en que no busca las explicaciones del sufrimiento en el individuo (como sí lo hacen las explicaciones intrapsíquicas, cognitivas, neurofisiológicas o de aprendizajes previos). Su objeto de estudio es la transmisión de información o comunicación entre sujetos, es decir, las *relaciones* que ese individuo mantiene o ha mantenido con sus figuras significativas y que le convierten en persona, ya que se concibe que no se puede entender lo que las personas hacen sin entender las relaciones interpersonales en las que sus acciones tienen sentido (Fontanil, Ezama y Alonso, en línea). Según los autores anteriormente citados, existen dos tipos de acciones de los sujetos: una manera de actuar obteniendo cambios que son atribuibles exclusivamente a uno mismo y las interacciones en las que uno “hace hacer” constantemente a los demás. Esta es la razón por la que la sistémica estudia fundamentalmente la *familia*, porque es en ella en la que se generan y en la que tienen sentido los procedimientos de “hacer hacer” que se convierten en rutinas y en la forma “normal” de hacer las cosas. Se ve pues, a tenor de lo dicho por Alonso (2012), que:

Para los sistémicos, en la concepción del ser humano (del sujeto psicológico) se entiende una función de un interjuego de relaciones recíprocas entre los elementos del sistema (los miembros de la familia). Lo que ocurre en una familia debe entenderse desde la lógica del sistema, no desde la lógica de lo individual, lo cual implica conocer cómo se concatena lo que uno hace con las demás conductas familiares: lo que se aprueba, lo que se rechaza, lo que se ignora.

Por lo que respecta al análisis histórico de la tradición sistémica y para una mayor comprensión de su pensamiento, a continuación se exponen y describen brevemente las dos corrientes principales de las que dicha aproximación toma sus fundamentos, así como se mencionan y reseñan, también brevemente, las diferentes subescuelas que la integran (una extensa revisión del desarrollo histórico de la terapia familiar puede verse en Bertrando y Toffanetti, 2004). En la década de los 40 y 50, algunos terapeutas

---

<sup>2</sup>Ambos términos se utilizan indistintamente. Sí se debe hacer una diferenciación de éstos con *terapia de familias* que alude al hecho constatable de que el usuario de un servicio sea una familia, como lo es una pareja en la terapia conductual de parejas. Sin embargo, la terapia familiar es la tradición psicoterapéutica denominada *sistémica* procedente de la Teoría General de Sistemas de von Bertalanffy que introduce la novedad de considerar el entorno de una persona como un sistema (Fontanil, Ezama y Alonso, en línea).

descubrieron formas de comunicarse o patrones de interacción familiar que parecían relacionarse con las patologías de sus pacientes. De esta manera, se introdujo el pensamiento sistémico en la psicología poniendo en evidencia esta nueva lógica del sufrimiento que se ha comentado anteriormente. Según los autores, el primer paso de la nueva teoría clínica lo constituyó Wiener con su estudio de la *cibernética* (1948) que analizaba sistemas que se autorregulan, como los termostatos. Años más tarde, von Bertalanffy (1968) propone la *Teoría General de Sistemas* de la que procede el término *sistémica* (citados en Fontanil et al., en línea). Este término es una metáfora para designar a la familia como un sistema unido por una forma de interacción que utiliza la retroalimentación y la homeostasis y se relaciona a través de la comunicación (Alonso, 2012).

Como se ha citado en líneas anteriores, la terapia sistémica la integran diferentes subescuelas. En primer lugar, se encuentra la *Escuela de Palo Alto* o *MRI* (Mental Research Institute) influida por los trabajos de Bateson sobre pacientes esquizofrénicos y fundada en 1959 por Don D. Jackson y Virginia Satir con sede en Palo Alto, California. Haley y Richeport-Haley (2006) afirman que la terapia que nace de esta línea de pensamiento se denomina *estratégica*, cuyo término hace alusión a la manera de solucionar los problemas clínicos que es, como afirma Watzlawick et al. (1974), encontrar el mejor procedimiento para sustituir o bloquear soluciones intentadas. Los autores parten de la idea de que el problema son los intentos de solución fallidos de una persona que, en aras de resolverlo, lo perpetúan (citados en Alonso, 2012). Salvador Minuchin es la figura principal de la *Escuela Estructural* que estudia la estructura de la familia averiguando la forma y función de las relaciones dentro del sistema en el que pueden existir triangulaciones disfuncionales, es decir, alianzas de individuos contra un tercero. Según el autor, la terapia estructural tiene como objeto romper estas estructuras disfuncionales o modificar los límites entre sistemas o subsistemas (Minuchin y Nichols, 1994; Alonso, 2012). Existe otra escuela que es la denominada *Escuela de Milán*, fundada por Mara Selvini-Palazzoli quien establece como objetivo de la terapia dar con el “juego familiar”, es decir, un enredo con sus propias reglas donde el síntoma está perfectamente integrado y sólo puede entenderse a través de descifrar las reglas del juego, y en el que los miembros se encuentran inmersos de forma inescapable (citado en Alonso, 2012). Por último, la conocida *Terapia breve o centrada en soluciones* es una ramificación posterior cuyo principal representante es Steve de Shazer (1985) y se

centra en explorar las excepciones, es decir, los momentos en los que el problema no ha aparecido y se traslada a buscar soluciones en lugar de analizar el origen del síntoma o la situación problemática (citado en Alonso, 2012). Sus intervenciones intentan ser cortas, cuya duración promedio suele ser de unas cinco entrevistas (Beyebach, 1999).

Puesto que la lógica sistémica busca explicaciones en las relaciones que una persona mantiene o ha mantenido con sus figuras significativas y que la convierten en el individuo que es, como se ha comentado inicialmente, es en este sentido en el que podemos relacionar la aproximación sistémica con la *Teoría del Apego*, que pone el foco de atención en el sistema que forman un cuidador y su bebé. Para los terapeutas familiares procedentes del campo sistémico, la teoría del apego suministra información sobre la importancia de las relaciones tempranas, su influencia en el desarrollo humano y en la génesis de la psicopatología para así poder comprender qué papel juega el síntoma en la familia y poder diseñar intervenciones que reconozcan los recursos con los que ésta ya cuenta (Gormley, 2005; Henderson, Bartholomew, Trinke y Kwong, 2005; Vetere y Dallos, 2008; Holmes, 2009).

A continuación, se va a realizar un escueto análisis del marco conceptual de la teoría del apego<sup>3</sup>. Esta teoría intenta explicar los efectos de los vínculos tempranos o primarios del bebé con su cuidador y las consecuencias de no contar con este vínculo, en otras palabras, de desarrollar un vínculo o apego inseguro. Desde el punto de vista ecológico, la familia tiene una función protectora y socializadora porque, dentro de ella, el bebé establecerá nexos con el mundo exterior en función de la seguridad que se vaya solidificando según las relaciones entre los miembros de la familia. En ésta siempre se producen alianzas que van a determinar su estructura funcional y, entre ellas, está la riqueza del vínculo cuidador-bebé (Brenlla, Carreras y Brizzio, 2001). Siendo finalidad del apego buscar proximidad y contacto con la figura de apego o cuidador principal<sup>4</sup>, el apego desarrolla un sentimiento de confianza y seguridad en la protección del infante que, como afirman Ainsworth y Eichberg (1991), le va a permitir tanto explorar el ambiente como distanciarse de la cuidadora cuando lo necesite (citados en Girón, 2005).

---

<sup>3</sup> El término *apego* fue introducido por el etólogo Bowlby y estudiado por Ainsworth. Bowlby lo definió (1983) como “cualquier forma de conducta que resulta en el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada en los cuidados” (citado en Bowlby, 1998). Asimismo, Bowlby afirma que el vínculo de apego regulará la proximidad y lejanía con el objetivo de permitir la exploración del entorno, imprescindible para el sano desarrollo (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1998).

<sup>4</sup> Aunque es posible que existan varias figuras de apego, Bowlby destaca el sesgo a tener una jerarquía de preferencias en la que existe una figura principal (Bowlby, 1998).

La conducta de apego se activará en circunstancias percibidas como adversas (peligro, estrés, novedad). Como puede deducirse de lo comentado y los autores previamente citados, el concepto de apego incluye componentes sociales, emocionales, cognitivos y conductuales que hacen que el bebé construya una representación interna de la relación vincular con los otros y de sí mismos que Bowlby denomina *modelos de trabajo internos*. Su función es interpretar y anticipar el comportamiento del compañero, así como planear y guiar el propio comportamiento en la relación (Bowlby, 1998).

Según la teoría del apego, para que se establezca un apego seguro el cuidador debe tener sensibilidad, es decir, ser capaz de leer los estados mentales del bebé y satisfacer sus necesidades, luego esto implica que el cuidador tenga teoría de la mente; también debe tener disponibilidad y ser accesible en los intentos de proximidad y contacto del infante. Esto es fundamental ya que, como afirma Ainsworth (1989), las primeras emociones específicas sentidas por el bebé van a depender de la seguridad que éstos perciban en sus cuidadores cuando exhiben la conducta de apego que, a su vez, dará lugar a la valoración de si uno mismo es merecedor de ese afecto y protección o no. Esto demuestra la importancia del vínculo de apego en la concepción de uno mismo ya que el modelo de la figura de afecto y el modelo de sí mismo suelen desarrollarse de manera tal que se complementan y reafirman mutuamente (Girón, 2005). De ahí lo fundamental de establecer una base de apego segura, ya que como afirma Winnicott (1995), el desarrollo emocional durante el primer año establece la base de la salud mental<sup>5</sup> en la persona y esa relación de apego va a actuar como un sistema de regulación emocional (los cambios de estado del bebé serán entendidos por sus cuidadores regulándolos), cuyo objetivo principal es la experiencia de seguridad. Sin embargo, relaciones tempranas de apego inseguro (rechazo, abandono o amenaza de abandono) donde no se ha producido una correcta regulación de las emociones o se tienen bajas expectativas en cuanto a la interacción con los demás estarán ligadas con la psicopatología en el transcurso de la niñez, adolescencia y en la adultez (citado en Repetur y Quezada, 2005). Como afirma Alonso (2013), cuando el vínculo de apego no es seguro la modulación de los afectos por uno mismo no funcionará bien, en las relaciones íntimas o cercanas primará una sensación de incertidumbre y se adopta un estado de sobrevigilancia para compensar la inseguridad.

---

<sup>5</sup> La fase más sensible a la ausencia paterna se halla entre los cero y los dos años, ya que parece ser la etapa más debilitante para la personalidad en términos generadores de vergüenza, culpa, inferioridad y desconfianza (Brenlla et al., 2001).



Existen diversas clasificaciones de los estilos o patrones de apego entre las que destacan las de Bowlby (1998), Ainsworth (1989) y Bartholomew (1994). Esta exposición se limita a tomar como referencia la propuesta de Bartholomew, quien se encaminó a diferenciar dos dimensiones en la medición del apego en el adulto: la *ansiedad* (al abandono o el amor insuficiente) y la *evitación* (de la intimidad y de la expresión emocional). La autora señala que ambas dimensiones se pueden organizar en relación con otras dos conectadas con las representaciones de sí mismo y del otro: sí mismo merecedor de atención y amor vs sí mismo no merecedor, y los otros son vistos como disponibles y protectores vs los otros son poco confiables o rechazantes. Así, en función de la combinación de las dos dimensiones y basándose en la propuesta de Ainsworth, Bartholomew (1994) destaca cuatro estilos de apego: seguro (predispuestos a involucrarse afectivamente con otros y cómodos con la autonomía, ve a los otros como disponibles y protectores), ansioso o preocupado (buscan intimar con otros pero tienen miedo a ser rechazados, no se sienten merecedores de atención y amor pero sí ve a los otros como disponibles y protectores), evitativo (otorgan importancia a la realización personal y la auto-confianza a costa de perder la intimidad con otros ya que desvalorizan la importancia de los vínculos afectivos) y temeroso (desean intimar con otros pero desconfían de los demás y temen ser rechazados, por lo que evitan involucrarse sentimentalmente) (Bartholomew y Horowitz, 1991; Bartholomew, 1994; Brenlla et al., 2001; Gormley, 2005; Henderson et al., 2005).

Asimismo, es importante mencionar que diversos autores, como Hazan y Shaver (citados en Brenlla et al., 2001), apoyados en los trabajos previos de Ainsworth (1989) y Bowlby (1998), establecen que la hipótesis central de la teoría del apego es que las relaciones tempranas entre padres-madres e hijos son los prototipos de las relaciones amorosas de la adultez, es decir, que el tipo de apego a la madre en la infancia tenderá a reproducirse en la relación amorosa adulta.

Por último, puesto que la personalidad adulta se visualiza como producto de la interacción en la niñez de la persona con sus figuras de apego, es en el sentido de lo comentado desde el que se plantea la hipótesis del trabajo, según la cual los síntomas de Lucía (nombre figurado) surgen de una particular pauta de relación en la familia. Por esto, se parte de la hipótesis de que mantiene un vínculo o estilo de apego preocupado con su madre. Además, parte de estos síntomas y sus intentos de solución protegen un



legado de las dos generaciones previas que es la importancia de un buen aspecto físico y belleza.

### Planteamiento del caso

La portadora del síntoma en esta familia es Lucía, una chica de 29 años que presenta numerosos altibajos en su estado de ánimo a lo largo del día y éstos vienen dados en el momento de relación con otra persona. El reflejo de su estado anímico está en cómo va vestida y cuánto come: come con apetito y se arregla cuando conoce a un chico pero deja de comer y se descuida físicamente si ha tenido algún conflicto con el otro. Su historial clínico comienza a los 17 años por problemas en la alimentación: paulatinamente va dejando de comer, vomita y toma laxantes. Es diagnosticada de anorexia, le prescriben prozac y comienza un tratamiento psicológico en el que los padres debían seguir unas pautas en la alimentación de su hija (controlar cuánto come, dónde y cuándo). A partir de ese momento y hasta la edad actual, ha alternado diferentes terapias con distintos psicoterapeutas (cuatro en total, además de la evaluación para este trabajo). El motivo de queja es el mismo, que es su baja autoestima, y la sintomatología distinta, bien porque un chico ha decidido terminar la relación o bien por problemas en la alimentación, como los anteriormente mencionados. Siempre ha sido ella quien ha interrumpido el proceso terapéutico ya que, una vez sabido por ella cuál era el origen de su problema, a lo largo de las sesiones, ha decidido continuar el camino por sí sola.

En sus relaciones, tanto de niña como de adolescente, sufrió críticas por excesivo peso. Asimismo, también reconoce haberse sentido rechazada, por causas ajenas al peso, por su familia extensa y sus relaciones amorosas. Hace esfuerzos constantemente para calmar esa preocupación de rechazo y, sobre todo en las relaciones amorosas, responde ofreciendo su dedicación incondicional desde el inicio de la relación. Cuando el rechazo ocurre, se siente decepcionada y se hunde. Lucía concede gran importancia a que sus relaciones con otras personas, aunque fundamentalmente amorosas, sean con personas con edad superior. De lo contrario, se confunde en los papeles que cada uno lleva en la relación. En su núcleo relacional, es muy criticada por su madre en el aspecto físico y esto ha ocurrido desde que era niña. Un ejemplo de esto es que Begoña, su madre, siempre tiene un comentario para que su hija mejore su imagen: *“esa camiseta no te queda bien ponte esta otra”*, *“esos pendientes no te pegan”* o *“píntate los labios”*.



Ante esto, Lucía siente que su madre no la deja ser ella misma ni tampoco ser espontánea ya que, por ejemplo, si Lucía habla con alguien por teléfono, Begoña no cesa de hacer comentarios a forma de complemento, con la intención de mejorar cada uno de los comentarios o actitudes que Lucía demuestra. Por el contrario, cuando su madre le lanza un cumplido o simplemente no realiza crítica alguna a su aspecto físico, paradójicamente, Lucía se enfada y modifica su aspecto.

Begoña siempre ha estado insegura y protectora con su hija cuando ésta estaba incómoda en sus brazos o cuando hacía intentos de exploración y afirma que, desde bebé, ha sido muy independiente. Por otro lado, Sebastián, su padre, delega las responsabilidades familiares de notable importancia en su mujer, como por ejemplo, atribuyéndole la responsabilidad del seguimiento de las pautas de alimentación que les recomendó el psicólogo.

Ante esta situación familiar, ambos padres coinciden en haberle dotado de demasiada permisividad y se culpan de no haber exigido y obligado más a su hija al cumplimiento de las responsabilidades que ésta ostentaba y que, fruto de esta permisividad, Lucía decidía abandonar. Por otro lado, Lucía percibe como una solución a su problema encontrar a alguien que la quiera incondicionalmente y materializando esto mediante el matrimonio, lo que conllevaría un aumento de su autoestima.

En la familia extensa del padre hay una coincidencia sintomatológica y es que todos los miembros le otorgan gran importancia al aspecto físico y los cuidados en la imagen. Esto se ve claro en Lucía en sus intentos por elevar su estado de ánimo ante momentos de baja autoestima o ánimo decaído: pintarse las uñas, depilarse, hacer deporte o ponerse mascarilla. Además, Lucía explica que toda la familia de su padre es muy avasalladora y competitiva (ver Anexo I).

### **Técnicas Sistémicas**

Para la obtención de la información se concertaron cuatro entrevistas de evaluación con técnicas que responden a diferentes intereses y fines, encuadradas en la terapia sistémica o la teoría del apego por lo que todas las técnicas están dirigidas a incidir sobre la forma que las personas tienen de interactuar con otras y no a sus comportamientos aislados (Alonso, 2012). Dos de ellas fueron con la paciente designada o portadora del síntoma y otras dos con el padre y la madre, aproximadamente de una hora y media de duración y



a lo largo de un mes y tres semanas. En primer lugar, se realizó una entrevista estructurada con Lucía; posteriormente, se concertaron dos citas con los padres para la obtención de información encaminada a elaborar el genograma y cronograma e indagar sobre el estilo de apego. En última instancia, se realizó una entrevista con Lucía destinada a recoger detalles sobre el patrón de apego y sobre dinámicas familiares y cronología de los hechos para completar el genograma y cronograma.

### **Primera entrevista**

Ésta fue una entrevista estructurada dirigida a dar forma a la conversación para recoger la información clínica más relevante destinada a la posterior elaboración de las técnicas de genograma y cronograma. El tipo de preguntas que englobaba iban dirigidas a recabar datos sobre la red socio-familiar tanto de núcleo relacional como familia extensa bien para averiguar patrones repetidos en la familia y relaciones entre los miembros (frecuencia de contactos, tiempo de noviazgo, separaciones, amistades íntimas...) bien para tomar datos personales como nombres, profesiones y horarios de trabajo, estado de salud física y psicológica, fallecimientos.... Asimismo, incluía preguntas para un primer acercamiento al síntoma: cómo comenzó, cuáles fueron las excepciones, los empeoramientos e intentos de solución tanto por parte del paciente designado como de la familia. Por último, también recogía cuestiones sobre los apoyos que tiene la familia, muy útil de cara a empezar el trabajo terapéutico.

### **Genograma y cronograma**

Ambas técnicas son herramientas interpretativas que están orientadas a organizar la información tanto de la familia como de los acontecimientos familiares, de modo que permitan establecer una primera hipótesis de lo que sucede para otras evaluaciones sistemáticas, dado que el terapeuta sistémico no separa la evaluación del tratamiento. En definitiva, la una y la otra sugieren conexiones entre los sucesos familiares.

El genograma permite identificar pautas relevantes en el funcionamiento familiar, síntomas o patrones de relación que se repiten en las diferentes generaciones (la hipótesis está en que las pautas vinculares en generaciones previas pueden suministrar modelos implícitos para el funcionamiento familiar en la siguiente generación), triángulos o coaliciones familiares, sucesos del ciclo vital en los que una familia sintomática ha podido quedar detenida en el tiempo sin reorganizarse y cómo pudo



haber surgido un síntoma que conserva o impide alguna pauta vincular o que protege algún legado de generaciones previas. En éste se incluyen: la estructura familiar (tres generaciones como mínimo), profesiones, enfermedades y estado de salud físico y psicológico y los vínculos o relaciones familiares. Un atributo de esta técnica es que implica a la familia accediendo a acontecimientos con fuerte carga emocional de manera más laxa que a través de preguntas directas, más propensas a ser rehusadas. Asimismo, el genograma cuestiona al sistema en el sentido en que cuestiona las creencias rígidas que tiene la familia sobre cuál es el problema, quién lo tiene y, por tanto, debe cambiar y así, con el nuevo significado que adquiere el síntoma se puede comenzar a trabajar las relaciones entre las personas (McGoldrick y Gerson, 2003).

Por su parte, el cronograma supone un orden cronológico de los acontecimientos y variaciones del síntoma en el contexto de los sucesos familiares. Permite reconocer coincidencias de fechas con aparición de síntomas y momentos del ciclo vital en el que se producen determinados acontecimientos.

### **Evaluación sobre el estilo de apego**

Estas preguntas estuvieron enfocadas a hacer saliente la relación temprana entre Lucía y su figura principal de apego, su madre, para así comprobar la influencia que ésta ha tenido en su desarrollo adulto y comprender el papel que juega el síntoma de esta chica en la familia (Marrone 2001; Wallin, 2012). Algunas de estas cuestiones fueron: *¿Cómo fue tu embarazo?, ¿Qué recuerdos tenéis de Lucía cuando era bebé?, ¿Cuando ella daba muestras de independencia vosotros qué hacíais?, ¿Cómo te sentías cuando ella te demandaba?, ¿Cómo se comportaba tu madre contigo cuando eras bebé?, ¿Reconoces el sentimiento de rechazo con los hombres en otras relaciones?...*

### **Preguntas de escala y la “pregunta del milagro”**

Ambas son técnicas de interrogación destinadas a detectar cambios y preferencias, así como a establecer las metas de la terapia a corto y largo plazo. Sirven a la evaluación del problema pero también se consideran intervenciones terapéuticas en sí mismas (Alonso, 2012). Tanto la una como la otra se interrogó a madre, padre e hija (adaptadas a cada miembro).

Las preguntas de escala se suelen utilizar, fundamentalmente en Terapia breve o centrada en soluciones, para que la persona que viene a consulta identifique algún

objetivo que, entre otras cosas, incluya una conducta positiva que ya esté ocurriendo. Las preguntas que se realizaron fueron las que se mencionan a continuación: *Si 0 es cuando peor has estado y 10 cuando mejor has estado, ¿dónde estás ahora?; Para que subas un punto más ¿qué tendrías que hacer?, ¿qué podría hacer tu madre/padre?; Para que bajes un punto ¿qué tendrías que hacer?, ¿qué podría hacer tu madre/padre?* Esta última es la que ofrece más información sobre cómo funciona el problema y cómo se está manteniendo. Por su parte, la “pregunta del milagro” es una técnica de proyección al futuro que construye una visión de la solución que ayuda a las personas a creer que es posible alcanzarla y permite analizar, posteriormente, qué aspectos de ese futuro se han producido o han estado cerca de producirse ya. Su estructura es la siguiente: *Imagínate que esta noche, después de ir a dormir, sucede un milagro y que todos los problemas que te han traído aquí se resuelven de repente, sin esfuerzo, no con trabajo duro como se suelen resolver en la vida real. Mañana por la mañana ¿qué cosas van a ser diferentes?* Esta técnica sirve, sobre todo, para negociar los objetivos (relevantes para los clientes, concretos, alcanzables, formulados en positivo y descritos interaccionalmente) que se quieren conseguir con la terapia y que se convierten en facilitadores de la acción y ayudan a la persona a visualizar hacia dónde debe dirigir sus esfuerzos, luego tiene un potente efecto terapéutico en sí misma (Rodríguez y Beyebach, 1994).

### Propuesta terapéutica

Con la información extraída de las técnicas comentadas previamente ya se puede comenzar a trabajar. En primer lugar, es muy importante sacar a la luz en la familia los patrones o pautas que se están repitiendo de una generación a otra (ver Anexo I). De esta manera, se puede comenzar a trabajar con las relaciones, lo que permite ir desvaneciendo las ideas rígidas de la familia de quién tiene el problema y, por tanto, debe cambiar, en este caso Lucía. El esfuerzo central de la terapia estará en mejorar el vínculo de apego preocupado, es decir, que Lucía aprenda a construir relaciones basadas en un *funcionamiento seguro*. Por tanto, será necesario trabajar la relación madre e hija. Entre los objetivos específicos que apoyarán el acercamiento a un funcionamiento seguro se encuentra la *autorregulación emocional* que ayudará a Lucía a dejar de depender del otro para regularse. Las personas con este estilo de apego les inunda la emoción y no pueden acceder a la reflexión. Por ello, es muy útil entrenarlas a que se den autoinstrucciones o se hablen a sí mismas. Se le puede recomendar a Lucía técnicas

como el yoga o la meditación. La autorregulación emocional comprenderá: reconocer las emociones propias y ajenas, comprenderlas y aceptar que existen en uno mismo y en el otro, así como darles un cauce de expresión constructivo (no como hace Lucía descargándolas en las demás, buscando al otro para ser consolada y evitar los sentimientos de rechazo). Quién mejor sabe qué es útil para ella es ella misma, por tanto, nos apoyaremos en los recursos de los que dispone y la hacen sentir bien consigo misma, como escuchar música y la lectura. Otro objetivo ligado al anterior será fomentar la *autonomía personal*, que ayude a Lucía a ir desvaneciendo su conflicto de ser más atendida pero con miedo a que esto no se satisfaga y, por tanto, no estar tan preocupada en las relaciones y manejarse en la proximidad y el alejamiento con la otra persona. Esto sirve a su concepción de una relación amorosa en la que no necesitará salir con una persona que la supere en edad para recibir sus cuidados si no que se podrá ayudar a Lucía a comprender que en una relación de pareja segura ambos ejercen el papel tanto de cuidadora como de bebé (Marrone, 2001; Wallin, 2012). Por último, se tratará de fomentar *relaciones de amistad* que puedan suponer una figura de apego sana y este primer entrenamiento en el funcionamiento seguro se establecerá considerando el planteamiento terapéutico como una *relación de apego seguro temporal* donde la terapeuta tendrá las características de una buena cuidadora: sensibilidad, accesibilidad y disponibilidad que permita elogiar, servir de guía y participar en el proceso de desarrollo. Hay que tener en cuenta que la terapeuta no encuentra soluciones dadas de antemano ni acaba con los problemas de las personas si no que la terapia es una acción conjunta en la que por medio de la comunicación y de los recursos con los que la persona cuenta se van construyendo las soluciones. Así, el terapeuta será una persona desde la cual explorar entornos desconocidos y a la cual volver cuando se necesite. Por tanto, esto ayuda a Lucía a manejarse en el alejamiento y en la proximidad de las relaciones donde la terapeuta muestra su apoyo en el miedo y la incertidumbre de hacer las cosas de otra manera (Henderson et al., 2005; Alonso, 2012; Fontanil et al., en línea).

### Conclusiones

Existe abundante literatura que ha estudiado la combinación de la terapia familiar o sistémica y la teoría del apego que coincide en declarar que en terapia se deben considerar tanto las propiedades únicas del vínculo diádico cuidador-bebé como las propiedades de la familia, además de la relación entre ambas (Girón, 2005; Vetere y

Dallos, 2008). Es más, la perspectiva que presenta la teoría del apego para comprender cómo el daño en el vínculo desembocará en sintomatología patológica complementa, desde un punto de vista sistémico, el marco familiar en el que se originan, reproducen y mantienen los síntomas. De hecho, existe evidencia de que el estilo de apego adulto se relaciona, además de con las interacciones de la persona con sus padres en la infancia, con las características de personalidad de sus padres, los patrones de interacción entre ambos y el clima general de la familia extensa en la que el individuo crece (Girón, 2005). Sobre esto último es en base a lo cual ha versado la evaluación de Lucía, comprobando que existe un vínculo de apego dañado, clasificado como preocupado, entre ésta y su madre.

El estilo de apego preocupado, según Bartholomew (1994) y Alonso (2013) se caracteriza por el sentimiento de inseguridad o preocupación de que los demás no nos quieran lo suficiente o nos rechacen, que guarda relación con la dependencia de los demás para poder reafirmar la propia valía. Dado que el tipo de apego a la madre en la infancia tenderá a reproducirse en la relación amorosa adulta, puesto que es la relación de apego más parecida al apego primario con el cuidador (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1998), Lucía necesita una pareja amorosa para autovalorarse y regularse emocionalmente, lo que coincide con el estilo de apego preocupado: ella se valora cuando está con alguien pero teme constantemente ser rechazada por lo que sus intentos de calmar esa preocupación se concentran en tratar de mantener al otro a su lado, ofreciéndole su dedicación incondicional (esto puede observarse claramente en el planteamiento del caso). Sin embargo, si el otro la rechaza y no consigue mantenerle a su lado ella se desregula emocionalmente y baja su autoestima. De esta manera, sus modelos internos de trabajo se autoafirman y, de nuevo, guiarán sus relaciones futuras conforme a esa representación que en su infancia se creó de sí misma y los demás. Puesto que estos modelos internos de trabajo no cambiarán hasta que la persona no construya una interpretación nueva de sus experiencias de apego pasadas (Brenlla et al., 2001), el objetivo central a trabajar con Lucía es construir relaciones basadas en un funcionamiento seguro, restaurando el vínculo con su madre. Como afirma Girón (2005), trabajar directamente con el vínculo de apego dañado permitirá hablar del daño en las relaciones, posicionar a los padres en una postura empática y conseguir pequeños cambios en la sesión que impliquen un mayor acercamiento y sintonía entre madre e hija.

Como afirma Bowlby (1998), la relación cuidadora-bebé en el vínculo de apego preocupado se caracteriza por una ambivalencia o fluctuación entre atención y rechazo. Si la madre no es capaz de sostener esa ambivalencia lo que hace es mantener al bebé lejos, es decir, retirando la proximidad lo empuja demasiado temprano al ambiente. Por tanto, el estilo de cuidado se suele caracterizar por ser intermitente o inconsistente, donde en ocasiones el cuidador está muy disponible y en otras no. Esto ha ocurrido en la relación madre e hija en la que Begoña sentía que su hija, por momentos, se sentía incómoda en sus brazos. En estas ocasiones, Begoña empieza a experimentar frustración y la maneja colocando a su hija demasiado pronto en el ambiente, es decir, la dejaba en la cuna. Esto es interpretado por el bebé como un rechazo. Por esto, Lucía a veces sentía seguridad en su cuidadora y otras, ésta seguridad desaparecía y se tornaba en rechazo. Además, en los intentos de exploración de Lucía, Begoña ponía límites desde la protección para evitar el sufrimiento de su hija lo que no ha permitido a Lucía explorar el ambiente con confianza.

Una evidencia de esta relación madre-hija caracterizada por la fluctuación atención-rechazo la constituyen las constantes críticas de Begoña sobre el aspecto físico de su hija; cuando, sin embargo, Begoña en alguna ocasión la halaga, Lucía reacciona con enfado y se cambia de ropa “*para no darle ese gusto*”. Esta forma de relación recuerda al bebé preocupado en la *Situación Extraña* de Ainsworth (1989) en la que cuando la madre vuelve a la habitación para reconfortar a su bebé éste llora más aún, se enfada, la empuja y no consigue aliviarse porque está enfadado con ella por haberlo abandonado. Evidentemente, esta pauta de relación Lucía la reproduce en sus relaciones amorosas, de manera que, cuando ésta les propone una cita y ellos responden negativamente, Lucía se enfada; en las futuras ocasiones, y siendo éstos los que proponen la iniciativa, Lucía responde de nuevo negativamente “*para no darles ese gusto*”.

En cuanto a la posible continuación de la terapia, se recomienda para las próximas sesiones indagar más sobre el apego de Begoña ya que, en primer lugar, se ha podido demostrar (Girón, 2005) que los estilos de apego con que han sido criados unos padres pueden reproducirse en la relación que éstos mantienen con sus hijos; y, en segundo lugar, Begoña se quedó huérfana a los 12 años y las pérdidas pueden influir sobre los patrones de apego. También se considerará una posible tarea para sesiones sucesivas averiguar cómo la forma que tienen de interactuar Lucía y su madre tiene como objetivo o consecuencia que se conserve la homeostasis de la familia. Esta hipótesis se basa en



que cada vez que se desestabiliza la familia los síntomas de Lucía aparecen con más fuerza: cuando se van ella y su madre solas a vivir a Málaga, ella vuelve a hacerse pipí encima, habiendo dejado previamente el pañal; cuando Lucía conoce que su padre había tenido un affaire con otra mujer y coincide con que se mudan a otra urbanización, ella comienza la anorexia... Por esto, sería necesario averiguar si cuando los síntomas de Lucía cobran más fuerza, el conflicto conyugal se suaviza conservando esa homeostasis familiar comentada en líneas anteriores.

Otro aspecto a evaluar que se deriva de las respuestas a las preguntas de escala (*Si 0 es cuando peor has estado y 10 cuando mejor has estado, ¿dónde estás ahora?/ ¿dónde está vuestra hija ahora?*) es profundizar en por qué los padres evalúan la situación actual de Lucía como un 4, mientras que ella lo hace como un 7. La técnica que se utilizaría es la misma, preguntándole a Lucía: *¿qué ves tú que tus padres no ven que te permite ponerte mejor nota?* Por último, dado que Lucía actualmente está volviendo a dejar de comer porque está distanciada del chico con el que empezaba a salir, se le recomendaría a los padres que dejaran de hacer los intentos de solución que están llevando a cabo, es decir, insistir y demostrar preocupación por que su hija coma (Nardone, Verbitz y Milanese, 2002). Este “dejar de hacer” lo que no funciona contradice lo que los padres siempre han hecho, recomendados por el primer psicólogo, que era estar atentos a cuándo su hija come, cuánto y dónde.

Asimismo, se considera relevante comentar el hecho de que haya sido ella la que ha interrumpido todos sus procesos terapéuticos. Lucía afirma que las psicólogas le hacen ver cuál es el origen de su problema, que cree que está en su baja autoestima, y que a partir de ahí ya es ella quien tiene que resolverlo sola. Sin embargo, si todavía no está entrenada en la autorregulación de sus emociones, seguirá dependiendo de otra persona para sentirse emocionalmente equilibrada ya que en su infancia no aprendió a regular exitosamente por sí misma sus emociones negativas puesto que su madre, como principal figura de regulación, lo hizo de manera intermitente por ella.

Para finalizar, desde el punto de vista sistémico, dentro del sistema de comunicación familiar el síntoma es un mecanismo adaptativo y en el sistema hay una estructura familiar que lo sostiene y unas secuencias comunicacionales que lo mantienen (Girón, 2005; Repetur y Quezada, 2005). Según esto, en la familia extensa del padre hay un síntoma repetido en las tres generaciones que es la importancia del buen aspecto físico y



la belleza. Además, como puede comprobarse en el Anexo I, se ha encontrado una coincidencia en todas las hermanas de Sebastián y es el hecho de que todas ellas se casan y dejan de trabajar, como se ha mencionado previamente. Lucía repite ese síntoma de la familia, referido a la importancia del aspecto físico, y las pautas que se dan en sus tías. Como se expone en el planteamiento del caso, una solución que propone Lucía a sus problemas es conocer a alguien que le demuestre su amor incondicional y casarse. Con esto, se reitera y, por tanto, mantiene el patrón familiar de las mujeres de la familia paterna.

### Referencias Bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Alonso, Y. (2012). *Psicología clínica y psicoterapias. Cómo orientarse en la jungla clínica*. Almería: Editorial Universidad de Almería.
- Alonso, Y. (2013). Deconstrucción de las tipologías de agresores. En Y. Fontanil, A. Alcedo y J. Roberts, *Análisis interdisciplinar de la violencia de género* (pp. 19-28). Oviedo: KRK Ediciones.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Bartholomew, K. (1994). Assessment of individual differences in adult Attachment. *Psychological Inquiry* 5(1), 23-67.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones. En N. Góngora, A. Fuertes y T. Ugidos (Ed), *Intervención y Prevención en Salud Mental* (pp. 1-22). Salamanca: Amarú.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Brenlla, M. A., Carreras, M. A. y Brizzio, A. (2001). Evaluación de los estilos de apego en adultos. En M. M. Casullo, *Anuario de investigaciones* (pp.183-192). Buenos Aires.
- Fontanil, Y., Ezama, E. y Alonso, Y. (en línea). *¿Qué es la Psicoterapia Sistémica?*. Recuperado el 12/6/2014 de [http://www.academia.edu/1919774/Ezama\\_Fontanil\\_Alonso.\\_Que\\_es\\_la\\_Psicoterapia](http://www.academia.edu/1919774/Ezama_Fontanil_Alonso._Que_es_la_Psicoterapia).
- Girón García, S. (2005). *Implicaciones de la integración de la teoría del apego y de la de sistemas en el tratamiento de drogodependientes* (pp-292-316). Libro de

ponencias del Encuentro de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones,  
1.

Gormley, B. (2005). An Adult Attachment Theoretical Perspective of Gender Symmetry in Intimate Partner Violence. *Sex Roles*, 52.

Henderson, A., Bartholomew, K., Trinke, S. y Kwong, M. (2005). When Loving Means Hurting: An Exploration of Attachment and Intimate Abuse in a Community Sample. *Journal of Family Violence*, 20(4), 219-230.

Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia: En busca de la base segura*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Marrone, M. y Diamond, N. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Psimatica.

McGoldrick, M. y Gerson, R. (1985). *Genogramas en la evaluación familiar*. Nueva York: Gedisa, S.A.

Minuchin, S. y Nichols, M.P. (1994). *La recuperación de la familia*. Barcelona: Paidós.

Nardone, G., Verbitz, T. y Milanese, R. (2002). *Las prisiones de la comida*. Barcelona: Herder Editorial, S.L.

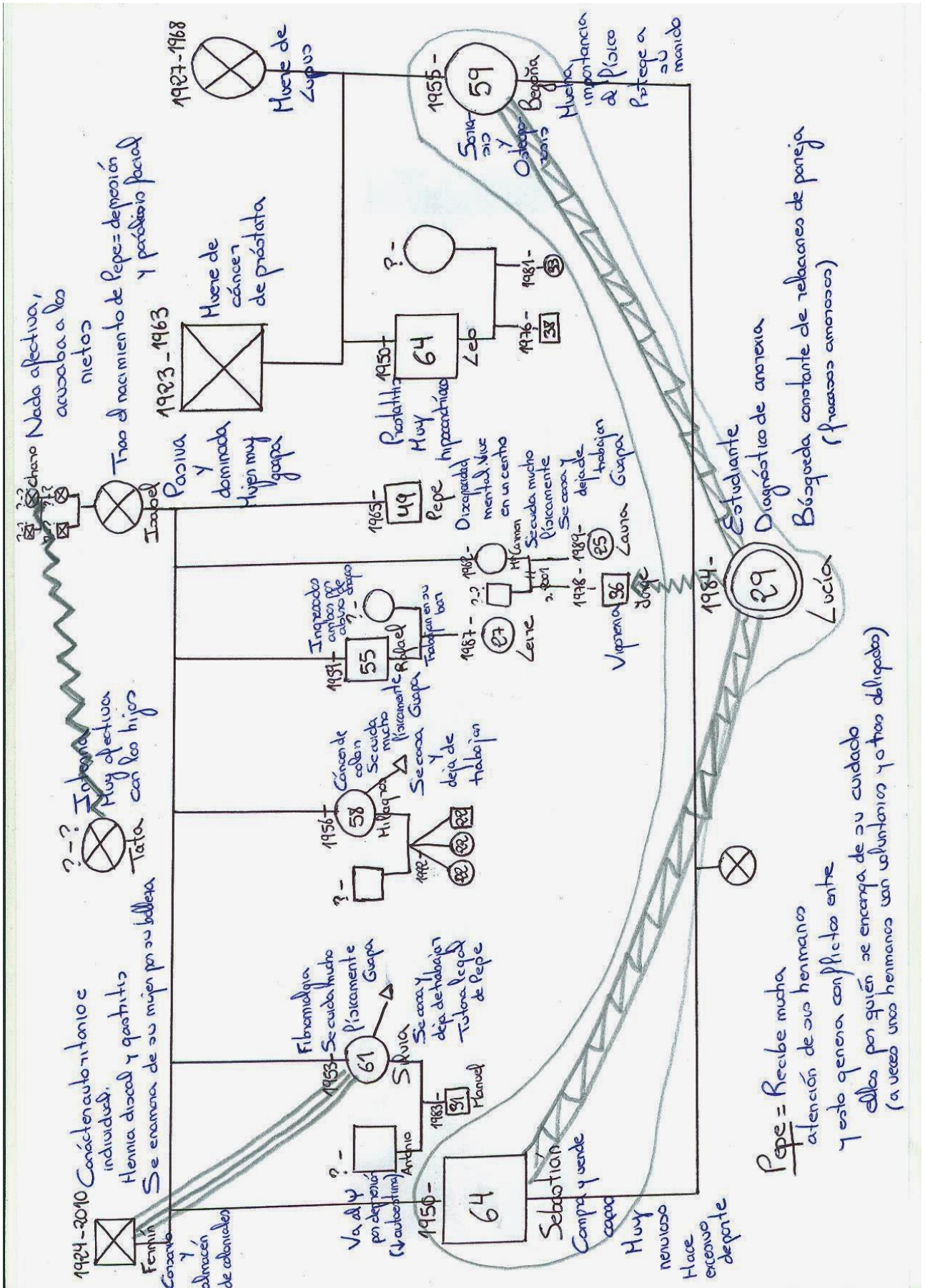
Repetur, K. y Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6(11).

Rodríguez Morejón, A. y Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de los pacientes. En M. Garrido y J. García (comp.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.

Vetere, A. y Dallos, R. (2008). Terapia Sistémica y Narrativas de Apego. *Journal of Family Therapy*, 30.

Wallin, D.J. (2012). *El apego en psicoterapia*. Desclée De Brouwer.

Anexos. Anexo I: genograma



### **Anexos. Anexo II: cronograma**

1977: Begoña se queda embarazada, no planificado, e intenta abortar pero por miedo no lo hace. La niña nace muerta. La pareja se casa para evitar conflictos familiares.

1983-1984: embarazo de Lucía. Begoña tiene miedo por la experiencia de fallecimiento anterior. Nace Lucía y no planifican más embarazos por miedo a tener un hijo con discapacidad, como Pepe (hermano de Sebastián). Begoña se dedica completamente al cuidado de su hija durante su primer año pero ésta retoma el trabajo y es Sebastián quién se encarga.

1987: Begoña se muda con su hija a Málaga por trabajo. Sebastián se queda en Cádiz y las visita a menudo. Begoña vive una sensación de agobio y estrés por no poder atender a su hija al estar trabajando. Se plantea llevarla con su padre y Lucía manifiesta malestar y tristeza por la separación. Viven un año las dos solas en Málaga. Después, se van los tres juntos a Almería, de nuevo, por el trabajo de Begoña.

1993: la familia cambia de hogar, dentro de la misma ciudad, por el trabajo de Begoña. Lucía sufre críticas de su grupo de clase porque coge peso. Desde pequeña, Begoña critica mucho a su hija por su manera de vestir.

Verano de 2001: la familia se muda dentro de la misma ciudad como estrategia económica del padre. Sebastián empieza a salir con otra mujer. Begoña y Sebastián se van al pueblo de vacaciones. Begoña cree poder recuperar a su marido. Lucía vive sola los dos meses de verano y comienza a dejar de comer paulatinamente y a vomitar. A finales de verano, los padres vuelven al hogar y cuando ven el estado de su hija la obligan a acudir a un psicólogo. La diagnostica de anorexia. Su madre es quien se ocupa de seguir las pautas del psicólogo.

Octubre de 2001: Lucía recupera peso y vuelve a comer con normalidad. Comienza a salir con Alfredo. Durante dos años la relación es muy buena, pero Lucía empieza a avergonzarse de él en público. Decide dejarlo.

2004: Alfredo vuelve a contactar con Lucía. Vuelve con él por pena pero esta vez la relación es diferente. Él mantiene relaciones con otras mujeres, le miente, grita y menoscaba. Ella se culpa de todo y acepta lo que sea para no perderlo. Cada vez que tiene un conflicto con él recae en síntomas de anorexia y sufre una gran ansiedad. Sus padres vuelven a llevarla a la fuerza al psiquiatra y le receta prozac (esta es la etapa en

que ha tenido los síntomas más fuertes). Deja de ir al psiquiatra y meses después comienza una nueva terapia con la queja de no sentirse merecedora de nada bueno y baja autoestima por los conflictos con su pareja. Asiste a pocas sesiones y deja la terapia.

2008: Lucía entiende que Alfredo la ha dejado porque durante tres meses él está telefónicamente inaccesible. Tiene un período de mucha tristeza y desamparo. Conoce a unos amigos con los que se siente protegida y capaz y empieza a salir con uno de ellos que la trata de manera especial. Este chico es muy diferente a Alfredo: educado, tranquilo, atento, maduro (es 10 años mayor que ella)...y se siente valorada por él. En ese momento empieza a valorarse a sí misma.

2010: el chico rompe la relación de forma pacífica. Debido a la diferencia de edad Lucía quiere demostrar su madurez y no entra en conflicto con él ni se hace daño a sí misma. Muere su abuelo Fermín.

2011: este año está sin pareja y se dedica a cuidar mucho su aspecto físico (cosmética, depilación...). Reconoce sentirse muy a gusto estando sola y teme entablar una nueva relación por si vuelve a alterarse anímicamente.

2012: Lucía conoce a un chico de Sevilla que le hace sentir muy bien consigo misma. Una semana después de conocerle, pide un traslado de expediente a la Universidad de Sevilla para estar cerca de él. Está cinco meses viviendo en la ciudad. El chico la deja y vuelve triste y rechazada a casa de sus padres. Empeoran los síntomas. Muere su abuela Isabel.

2013/14: no tiene pareja, dice sentir “aversión por los hombres”, no quiere que la alteren más. Se siente muy afectada por la última ruptura. Continúa sus estudios en Almería. Empieza a ir a una psicóloga pero la deja tras 3 sesiones. Pocos meses después conoce a otro chico y, actualmente, se ven de vez en cuando. Él suele ser quién decide cuándo quedan y en qué condiciones. Lucía se agobia cuando no sabe nada de él o cuando le escribe un mensaje que no le gusta y se siente muy feliz cuando tiene noticias de él y de que van a quedar. Cuando se siente mal se le reduce el apetito o siente cómo se le cierra el estómago. Su madre es la que más insiste en que coma porque teme que vuelva a la anorexia.