

# IDENTIDAD Y PROCESO EMOCIONAL DE CAMBIO EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

## IDENTITY AND EMOTIONAL PROCESS OF CHANGE IN EATING DISORDERS

**Dr. Luis Beato Fernández**

Psiquiatra. Unidad de Trastornos Alimentarios  
Hospital General Universitario de Ciudad Real. España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6527-4390>

**Dra. Teresa Rodríguez Cano**

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría  
Hospital General Universitario de Ciudad Real. España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2308-1160>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Beato Fernández, L. y Rodríguez Cano, T. (2020). Identidad y Proceso Emocional de Cambio en los Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Revista de Psicoterapia*, 31(105), 17-31. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.353>

### Resumen

*El objetivo del presente artículo es desarrollar un enfoque del tratamiento de los trastornos alimentarios considerando aspectos relacionados con la propia identidad del paciente. Incorporando aspectos como el vínculo en la infancia, o la necesidad de integración por el grupo de pares durante la adolescencia, identificar las propias emociones y las conductas asociadas con el objetivo de validarlas e integrarlas. Basándonos en la propia individualidad restablecer el sentido de continuidad y coherencia de la propia trayectoria de vida, interrumpida por situaciones traumáticas que no fueron elaboradas emocionalmente. Esto favorecería un cambio de conducta para que de nuevo vuelva a estar en coherencia con el propio proyecto vital.*

*Palabras clave: Trastornos Alimentarios, Cambio, Identidad, Trauma.*

### Abstract

*The aim of this article is to develop an approach to the treatment of eating disorders taking into account issues related to the patient's identity. Understanding the childhood attachment, and the need for acceptance by the peer group in adolescence, would help to identify their own emotions and associated behaviors, in order to validate and integrate them. Based on one's own individuality to restore a sense of continuity and coherence of one's life spam probably interrupted by traumatic events that were not emotionally elaborated. This would stimulate the change of some behaviors towards those more consistent with the own vital project.*

*Keywords: Eating Disorders, Change, Identity, Trauma.*

Fecha de recepción: 7 de noviembre de 2019. Fecha de aceptación: 19 de diciembre de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [lbeato@sescam.jccm.es](mailto:lbeato@sescam.jccm.es)

Dirección postal: Dr. Luis Beato Fernández. Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Ciudad Real. C/ Obispo Torija s/n. 13005 - Ciudad Real. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



## Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario se caracterizan por la persistencia de conductas alteradas en relación a la dieta y a la imagen corporal que generan una grave interferencia en la vida y las posibilidades de desarrollo. Su repercusión con frecuencia no se limita a la propia paciente<sup>1</sup> sino que se extiende a su entorno próximo, sobre todo en aquellos que pueden estar implicados en las funciones de cuidado, autonomía e integración en el grupo social.

Estos trastornos presentan algunas características que los hacen especialmente resistentes a las intervenciones psicoterapéuticas habituales, ya que con frecuencia la paciente se siente “cómoda” con sus conductas. A menudo, acuden a éstas como forma de manejar situaciones percibidas como amenazantes a su autoestima, como mecanismo para compensar sus propias carencias, o como forma de manejo del estrés, configurando un estilo de afrontamiento disfuncional. De hecho, aunque las pérdidas asociadas al trastorno puedan ser evidentes, la paciente con frecuencia se excusa y defiende cuando se confronta con sus propios síntomas.

Habitualmente, las intervenciones requieren la colaboración de ellas para aplicar con eficacia las estrategias terapéuticas necesarias, no sólo en la restauración de la conducta alimentaria adecuada, sino también en la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales asociados. La falta de conciencia de enfermedad, así como la utilidad que encuentran en sus conductas, puede generar una actitud pasiva o incluso una clara resistencia ante el tratamiento.

Algunos factores asociados a una menor conciencia de enfermedad son: 1) el menor tiempo de evolución del trastorno, en estos casos las pérdidas aún no han sido tan relevantes; 2) la excesiva presión del entorno, que lleva al propio paciente a adoptar una actitud minimizadora de los efectos de su conducta; 3) una mayor gravedad psicopatológica, que explicaría la pasividad del paciente cuando llega a situaciones que suponen un riesgo físico importante y justificaría la necesidad de medidas transitorias de tratamiento no voluntario en casos especialmente graves (Clausen y Jones, 2014; Holm, Brixen, Andries, Hørder y Stovin, 2016).

En las pacientes reticentes a modificar sus conductas patológicas, un aspecto fundamental del tratamiento será estimular la necesidad de cambio. Las estrategias pueden oscilar desde enfoques conductistas, basados en contingencias de premio-castigo, a otros enfoques cognitivos, relacionales y/o dinámicos. Atendiendo a la necesaria colaboración de la paciente, debemos considerar tanto los aspectos que facilitan el cambio de conducta como aquellos que la interfieran (Halmi et al., 2005; Rodríguez-Cano, Beato-Fernandez, Moreno y Vaz Leal, 2012).

La aplicación de técnicas conductuales exige generar un entorno de control estrecho que permita aplicar las contingencias necesarias para lograr la modificación de conducta deseada. Esto se logra asociando estímulos negativos a la conducta a extinguir y positivos a la conducta que se quiere estimular. Dichos estímulos no suelen ser consecuencia directa de la conducta, pero el terapeuta, en colaboración con el entorno, los establece para facilitar la modificación del comportamiento

seleccionado. Sin embargo, sobre todo en casos especialmente graves, la creación de pautas conductuales puede suponer una interferencia en el entorno familiar, generando distorsiones en las relaciones establecidas. Esa situación influirá en el proceso evolutivo de la paciente y la familia y puede posicionar al terapeuta, no como figura de ayuda, sino como alguien inquisitivo y amenazante para la paciente. En estos casos la propia paciente, por el temor a las consecuencias de mantener las conductas, hará un balance decisional que la podría llevar a extinguir sus síntomas alimentarios. Sin embargo, algunas de estas pacientes quizás necesiten encontrar otros mecanismos para resolver sus dificultades, o aprendan a expresar sus conflictos de forma diferente, aunque quizás no de forma más sana. El tratamiento conductual puede estar principalmente indicado en pacientes de menor edad y con capacidad de colaboración, aunque desde hace ya varias décadas, en menores de edad, la terapia familiar sería el tratamiento de elección (Eisler, 2005; Hay, 2013).

El abordaje conductual requiere que el entorno sea fiable para poder aplicar el programa de contingencia. Su eficacia también exigirá que la paciente colabore y tenga cierto control sobre su conducta para evitar que, al suprimir los mecanismos de control, se reactive la conducta que se quería corregir; incluso en ocasiones con mayor intensidad (efecto rebote). No es infrecuente tampoco la aparición de otras complicaciones más graves asociadas a los mecanismos de control, como serían las purgas tras ingestas en pacientes a los que se obligan a ingerir alimentos, o incluso la de otros comportamientos más patológicos (buscar comida en la basura o robar dinero para comprar comida).

De lo anterior se deduce que lograr la motivación en las pacientes especialmente graves que sufren un trastorno alimentario es un aspecto nuclear. Desde esa perspectiva, se han ido desarrollando instrumentos válidos de evaluación y enfoques que incluían como un objetivo terapéutico este aspecto, adaptando técnicas motivacionales que se habían mostrado ya útiles en el tratamiento de otras alteraciones en las que también era necesario un cambio de conducta (adicciones). Sin embargo, la evidencia clínica muestra que el enfoque motivacional tampoco asegura una adecuada respuesta (Waller, 2011) ni conseguir que la motivación hacia el cambio sea suficiente. Por otra parte, en algunos pacientes especialmente graves, esperar su colaboración puede suponer unos riesgos inasumibles.

El “balance decisional” no se limitaría a identificar factores asociados a la resistencia del tratamiento, sino que tendría como objetivo reflexionar sobre aspectos que podrían explicar el mantenimiento de las conductas problema teniendo en cuenta posibles beneficios, tanto primarios –aquellos derivados directamente de las conductas patológicas – e.g., mejoría en la autoestima al tener un aspecto más delgado, como los secundarios que han ido surgiendo a lo largo de los años de evolución del trastorno –e.g., capacidad para lograr la atención y manipulación del entorno. Estos últimos pueden ser especialmente relevantes en pacientes de más tiempo de evolución. El mantenimiento del trastorno, aún en pacientes convencidas de la necesidad de cambio y con genuina actitud de colaboración, pone en

evidencia la necesidad de un abordaje más profundo que considere otros aspectos que puedan dificultar el cambio.

### **Vínculo**

El ser humano necesita desde el nacimiento de los cuidados de su entorno y la naturaleza nos ha dotado de un mecanismo “vínculo” que permite asegurar la protección del recién nacido por su cuidador durante los primeros años de vida. Sin este mecanismo nuestra especie, y también muchas otras especies de animales que necesitan de la protección de los adultos, no habrían sobrevivido. Este vínculo se gesta en los padres desde antes del nacimiento, quienes irán construyendo un proyecto para sus hijos basado en sus propias experiencias y, en el cual influirán especialmente, sus propias carencias vitales. Desde la misma concepción de una nueva vida se establecerá una huella indeleble, tanto en el cuidador como para quien debe sentirse cuidado, que se irá concretando a lo largo del resto de la vida.

La sensación de sentirse “cuidado”, “mirado”, “entendido”, “aceptado” o “justificado” de forma incondicional –es decir por su mera existencia– los primeros años de vida ayuda a construir un sentimiento de seguridad y confianza propio que facilitará desarrollar conductas de exploración del entorno con seguridad. John Bowlby fue pionero en el estudio del vínculo y desde entonces la investigación en los estilos de relación con la figura de protección y los diferentes tipos de vínculo (seguro, evitativo, ambivalente o desorganizado) han sido especialmente valiosos en la comprensión de los estilos de interacción en los primeros años de vida y han tenido implicaciones prácticas en la comprensión de los diferentes trastornos mentales y por supuesto en los trastornos del comportamiento alimentario (Tasca y Balfour, 2014).

Considerar el vínculo en relación al desarrollo de los trastornos alimentarios podría explicar cómo se puede iniciar y mantener una conducta, que en muchos casos podrá suponer una amenaza para la propia supervivencia. Aunque los sistemas de protección social en los países de nuestro entorno aseguran la protección del recién nacido, desde el punto de vista evolutivo era necesario que la naturaleza nos dotara de un sistema de protección a los más vulnerables. Entender el trastorno alimentario como una forma de establecer, o comprobar, la solidez del vínculo establecida con el cuidador explicaría que se mantengan conductas de búsqueda de cuidados y de atención, aun cuando supongan un riesgo para la vida. Esto explicaría además la intensidad de las conductas de riesgo que se establecen a través de la conducta alimentaria, ya que cualquier amenaza al propio vínculo se vivirá como una situación de amenaza vital. La sensación de sentirse protegido y cuidado es garantía de supervivencia y no sentir esta seguridad desde los primeros meses de vida generará una sensación crónica de vulnerabilidad. El vínculo debería ser suficientemente sólido para que en situaciones de carencia y amenaza, o incluso en las que fuera necesaria la huida, el cuidador antepusiera el cuidado de su criatura a sus propias opciones de supervivencia, aunque esto suponga dejar de satisfacer sus

propias necesidades vitales. La percepción de ser “cuidado”, “entendido”, “justificado”, “aceptado” establece la base sólida que les permitirá explorar el entorno con seguridad y encontrar su propia identidad.

Las conductas que ayudan a establecer un vínculo desde el nacimiento como serían la búsqueda de alimento y succión, el balbuceo, las sonrisas reflejas, el llanto, o la necesidad de ser acunado se adaptan a las nuevas necesidades que surgen en el desarrollo y, sólo cuando han cumplido su misión de generar el cuidado y la protección, van dando lugar a otros comportamientos más elaborados que buscan satisfacer otras necesidades en la interacción con el entorno. Posiblemente en la génesis de las conductas alimentarias alteradas la necesidad de “comprobar” la calidad del vínculo y posteriormente la necesidad de individualización podría justificar la intensidad de estos comportamientos y la resistencia a abandonarlos. Porque, como hemos visto antes, perder el vínculo supone una amenaza a la propia supervivencia.

El vínculo con las figuras de apego tiene una importancia fundamental en la comprensión de la génesis del trastorno alimentario y en la relación terapéutica de estos pacientes. No sólo porque podría explicar la persistencia de conductas que ayudan a comprobar la presencia y solicitud del “cuidador”, sino también porque el estilo de vínculo condicionará el tipo de relación con el propio terapeuta. Entender el vínculo requiere identificar la persona con la que se ha desarrollado este vínculo, qué papel ocupó u ocupa en su vida y que situaciones pueden amenazarlo. Cuestiones como: ¿Te has sentido aceptada –“mirada”– y “entendida” por alguien?, ¿quién piensas que te ha querido por quien eras –por existir– y no tanto por lo que hacías o por lo que le provocabas? A veces preguntar por quién es, o ha sido, la persona más importante en su vida o si se siente especialmente importante para alguien, puede ayudar a conocer si se estableció este vínculo y con quién, lo que facilitará entender la calidad y estilo de esta relación.

Pensar en los primeros años de su existencia, los primeros recuerdos y cuando empezaron a descubrir su identidad tiene resultados sorprendentes ya que habitualmente no han tomado conciencia de sus vivencias más tempranas, ni en cómo se sentían en relación a los demás en esos primeros años de vida. En ocasiones es de utilidad pedir al paciente que traiga a la consulta las fotos que tenga de sus primeros años de vida y a través de ellas intentar que “retroceda” en el tiempo evocando las emociones que sentía y cómo se encontraba en la relación con su entorno y las personas cercanas. Las emociones y vivencias que surjan al revivir las características de su relación con las personas significativas en su infancia nos dará pistas relevantes de cómo se percibía en su entorno y de su propio proyecto. Desde esa perspectiva resulta útil preguntar si la vida que vive ahora es la que se hubiera imaginado para ella. En muchos casos, ya desde la infancia –sobre todo cuando esa infancia ha sido especialmente traumática–, imaginaban relaciones cargadas de afecto y seguridad, así como proyectos personales y profesionales que aliviaran sentimientos de fracaso y minusvalía. Es importante puntualizar que la

percepción de no ser “suficientemente” importante para el cuidador dependerá, no tanto de las posibles carencias en los cuidados, como de las expectativas que desde la infancia se tengan de estas relaciones.

El estilo de interacción que establecía con las figuras significativas de su infancia tenderá a replicarlo de forma inconsciente a lo largo de su vida con las figuras que adquieran significancia en sus vidas. El terapeuta será una de estas figuras y sobre él se proyectarán tanto aspectos positivos (confianza y seguridad en su relación) como negativos (recelo, ambivalencia, miedo a la pérdida). De hecho, un vínculo seguro y estable facilitará el trabajo terapéutico, así como vínculos inseguros o ambivalentes lo interferirán. En estos casos la labor inicial del terapeuta debe dirigirse a establecer una buena calidad del vínculo manteniendo estabilidad en la interacción y unas reglas que faciliten el establecimiento de una relación segura con el terapeuta. El análisis del estilo de alianza terapéutica y su influencia en el pronóstico en los trastornos alimentarios es un aspecto que ya ha merecido consideración (Graves et al., 2017).

### **La necesidad de ser aceptada por el grupo**

Tan relevante como el establecimiento de un vínculo seguro al inicio de la vida, es el estilo de relación que se establecerá posteriormente en la adolescencia con el grupo de pares. La estrecha interacción entre vínculo paterno y estilo de interacción con los iguales está fuera de duda y aunque supone gran interés requeriría un análisis pormenorizado que escapa a los objetivos de este artículo. En nuestra especie, como otras especies fundamentalmente gregarias, la aceptación por el grupo es necesaria y garantía de supervivencia individual. La expulsión del grupo, ser excluidos, supondría una amenaza y, al igual que filioontogénicamente hemos desarrollado el vínculo, fue necesario también establecer la sensación de pertenencia y aceptación por el grupo. Aunque los sistemas de protección social han desarrollado los medios necesarios para evitar situaciones de exclusión social esto no garantiza que desaparezca el miedo al aislamiento y la exclusión, como lo fue en edades más tempranas el miedo al rechazo del cuidador.

La comunicación es, en este caso también, la clave de la aceptación por el grupo pero basada no tanto en la mera existencia sino en la expresión de características atractivas para el entorno. Potenciar sus cualidades o hechos distintivos que despierten una característica diferencial atractiva y a su vez identificativa por el grupo al que pertenece, adquiere una importancia decisiva en estas edades. La delgadez es, si no el mayor valor para las chicas adolescentes, uno de los aspectos fundamentales en la relación. La necesidad de sentirse atractiva tiene especial relevancia cuando además no tienen una adecuada autoestima. En estos casos se hacen “dependientes” de la aprobación buscando, a través de la aceptación y admiración de los demás, aliviar sus sentimientos crónicos de minusvalía y su miedo al rechazo. Desde esta perspectiva, hacer “todo lo que sea necesario” para conseguir la aprobación de su grupo estaría justificado y en ese “todo lo necesario” estaría

incluida la “delgadez” como valor social, a cualquier precio.

Tanto los problemas del vínculo en la infancia, como las dificultades con el grupo de pares en la adolescencia, se relacionan con un aspecto psicopatológico esencial común, la baja autoestima. De hecho, situaciones que hayan podido suponer una amenaza tanto para el vínculo como para la sensación de aceptación por el grupo, no se concretarían en disfunción sin una baja autoestima subyacente. La baja autoestima lleva implícita la sensación de rechazo por el entorno, reactivando los temores al abandono en la infancia o a la exclusión del grupo en los adolescentes y, como hemos visto antes, esto supondría una sensación de amenaza vital. En razón a la necesaria concreción de este artículo, no podemos desarrollar aquí cómo se configura la autoestima a lo largo de la infancia, tan sólo señalarlo como un aspecto nuclear y necesario para la aparición del trastorno alimentario. Se podría decir que, al igual que el inicio de una dieta es la condición necesaria para que se inicie el trastorno alimentario, la baja autoestima es el combustible que permite que se desarrolle de forma descontrolada.

### **Trauma, secuestro conductual y liberación emocional**

Los factores anteriores, aunque pueden estar presentes en quienes sufren un trastorno alimentario, no son siempre necesarios ni suficientes. Estos deben asociarse, en individuos vulnerables, a momentos vitales emocionalmente críticos que podrían precipitar el desarrollo del trastorno alimentario, impidiendo al aprendizaje de estrategias más adaptativas y la capacidad de recomponerse tras situaciones traumáticas. Se entra en una espiral que dificulta el correcto aprendizaje y un desarrollo personal adecuado. Progresivamente, situaciones traumáticas pasadas quedan “sepultadas” por hechos adversos recientes que, aunque objetivamente no sean especialmente traumáticos, reactivan otros temores y traumas inconscientes no resueltos del pasado. La respuesta emocional, cognitiva y conductual podría ser desproporcionada al hecho que la desencadena, pero, la situación en sí, sólo ha removido otros conflictos del pasado que la propia paciente no se siente capaz de abordar ni hacer conscientes, aunque sus efectos emocionales se hagan notablemente evidentes. El trabajo terapéutico, en un clima de confianza y aceptación, podría facilitar la identificación de estos hechos traumáticos para poder elaborarlos emocionalmente y desarrollar formas más adecuadas de manejo de esas emociones. La terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) tiene como objetivo tanto la identificación de hechos traumáticos como su elaboración emocional, asumiendo que algunas de las conductas “automáticas” podrían desencadenarse por estados emocionales que estarían de forma inconsciente asociados a estos hechos traumáticos (Paauw, de Roos, Tummers, de Jongh y Dingemans, 2019). El manejo de la regulación emocional y la impulsividad es un aspecto nuclear en el tratamiento de cuadros especialmente relacionados con los trastornos alimentarios como el trastorno límite de personalidad. En estos, un aspecto esencial es el trabajo con la emoción y el aprendizaje de técnicas de resolu-

ción de problemas basadas en conceptos psicodinámicos, cognitivos y humanistas (Storebø et al., 2018). Que la paciente identifique, entienda y elabore sus estados emocionales y, a pesar de ellos, mantenga su conducta bajo control, aunque a veces suponga actuar “como un autómeta”, es habitualmente requisito para poder iniciar y mantener el cambio de su conducta problema.

El trabajo con las propias emociones no se limita a identificarlas y a ponerlas fuera de su propio “yo”, sino entender su “temporalidad” y la capacidad del sujeto para modificarlas, tanto en intensidad como en su duración. Esto requiere el uso de estrategias previamente entrenadas que le ayuden a identificar las conductas automáticas o semi-automáticas, desencadenadas por estas emociones para incorporar otras que les permitan manejar ese estado displacentero. La práctica de estas conductas “de rescate” debe realizarse previamente por el sujeto en el contexto de situaciones neutras para que cuando surjan estos estados emocionales pueda resultarles más fácil llevarlas a cabo.

### **La construcción de una identidad**

El concepto de uno mismo se va configurando desde la infancia basándose, no sólo en la propia capacidad de introspección, sino principalmente en la interacción con el entorno, especialmente con las figuras significativas. El efecto que las situaciones adversas puedan ejercer en la construcción de la propia identidad dependerá de múltiples factores. Además del tipo de interacción (vínculo) que se establece, aspectos como las descripciones y atribuciones hechas por el entorno próximo, las situaciones en las que se vea implicada, la forma como ha resuelto las crisis vitales y por supuesto la explicación que la persona hace de sí misma, sus circunstancias y los hechos que suceden en su vida irán construyendo su propio concepto y sus sentimientos de competencia. Los hechos traumáticos, especialmente si viene infringidos por quien tendría la “obligación” de cuidarla o protegerla, así como la capacidad de contención y apoyo del entorno próximo cuando estas agresiones o pérdidas se producen, tendrán una repercusión especial en el propio sujeto. A veces las situaciones traumáticas no están directamente dirigidas al propio sujeto, pero le podrán afectar, aunque sólo esté presente como un miembro del grupo familiar o social donde se desarrolla la agresión o meramente como observador. Las situaciones que a la postre irán configurando el propio “yo” no tienen un efecto directo, ni guardarán una relación proporcional entre gravedad del trauma y daño sufrido. La configuración del “yo” vendrá influida por circunstancias individuales en el momento en que se produce el trauma, así como por el estado emocional presente y otros antecedentes previos que pudieron pasar desapercibidos pero que reactivan respuestas emocionales latentes asociadas al trauma.

De forma imperceptible, se irá construyendo una concepción propia que tendrá su máxima expresión en la adolescencia. En esta etapa, la necesidad de encontrar su propia personalidad y, a través de ella, significarse e individualizarse en el grupo de pares adquiere su máxima importancia. La adolescente irá tantean-

do comportamientos y patrones de respuesta con los que se sienta identificada y generen la aceptación que le asegure encontrar su propio espacio en el grupo. El “yo” individual se irá desarrollando en la interacción con su entorno y en función de las emociones que le genera esta interacción. Este autoconcepto también estará en función de las proyecciones y las expectativas de los demás sobre el individuo, sobre todo en edades más tempranas. La identidad o, específicamente el propio concepto, tendrá más relevancia para explicar sus conductas, relaciones y actitudes, que las características objetivas que la definan. El individuo actuará y reaccionará en función de cómo “cree que es” y en función de este auto-concepto establecerá su proyecto personal y los comportamientos que estén en sintonía con esta concepción propia. La autoestima, por otro lado, dará el tono general a su estilo de interacción y a su propia concepción tanto general como de sus capacidades.

Lo anterior tiene una especial relevancia en la educación, ya que las expectativas de los educadores y de las figuras significativas sobre las cualidades y potencialidades del niño tiene un efecto especialmente poderoso. De forma paralela, las creencias de los terapeutas en las posibilidades de sus pacientes ejercen una influencia relevante. Educar deberá incluir, por un lado el descubrir las propias cualidades y potencialidades individuales y, por otro, el aprendizaje de las herramientas que le permitan desarrollar esas cualidades para que resulten de utilidad a la sociedad. Los terapeutas podrían compartir estas funciones, aunque en este caso el objetivo no sería el desarrollo del alumno, sino la recuperación de la limitación generada por la enfermedad. La labor de los terapeutas se centraría en facilitar la construcción de una identidad basada en el “sistema de creencias” del sujeto, que integre sus experiencias previas y sus características personales, estimulando el desarrollo de sus habilidades y valores.

### **La propia identidad**

Los profesionales que se dedican al diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales se han aproximado al análisis y la comprensión de la conducta humana, partiendo desde la patología y más en concreto desde la personalidad. Esta se define operativamente como un patrón de respuesta estable ante los estímulos externos o internos al individuo. En este sentido uno de los enfoques más exitosos fue el modelo de personalidad propuesto por Robert Cloninger (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993) que intentaba aunar los conocimientos neurofisiológicos con la expresión psicopatológica y conductual de estos. Este enfoque retoma el modelo clásico de temperamento y carácter. Las dimensiones temperamentales (búsqueda de sensaciones, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia) muestran un patrón heredable y estable favoreciendo el establecimiento de hábitos y posiblemente relacionadas con sistemas específicos de neurotransmisión. Las dimensiones caracteriales (auto-directividad, cooperatividad y auto-trascendencia) se desarrollan a lo largo de la vida configurando la propia identidad “como individuo”, “como parte de la humanidad” y “como parte del universo tomado como un todo”.

Se han llevado a cabo investigaciones utilizando este enfoque, encontrando relación de las dimensiones caracteriales con la evolución clínica (Rodríguez-Cano, Beato-Fernandez, Rojo-Moreno y Vaz-Leal, 2014) y con en el pronóstico (Rodríguez-Cano et al., 2012) en pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria.

Sin embargo, la mera descripción de estilos de respuesta, aunque pueda ayudar a intuir el comportamiento futuro, no facilitará su comprensión o el “por qué” de este comportamiento. Teniendo menor utilidad si nuestro objetivo es entender los aspectos que pueden influir en el cambio o en la incorporación de nuevas formas de conducta. En este sentido, es necesario dar un paso más en la comprensión de la conducta humana basándonos en la identidad y retomando el concepto del “yo”.

Nuestro “yo” está en el centro y en función de él actuamos, emitimos los juicios sobre nuestras acciones y podemos entender nuestras respuestas emocionales. La coherencia entre juicio y conducta generará una sensación de bienestar y armonía que orientará nuestras próximas acciones. La trayectoria de cada individuo se basa en su propio autoconcepto, que tenderá a estar alineado con sus valores y será referencia para sus conductas y respuestas emocionales. La incoherencia entre pensamiento y conducta generará una disonancia que llevará o a adaptar las conductas al pensamiento, o el pensamiento acabará justificando las conductas. Un aspecto a veces olvidado en la elaboración del balance decisional es que los “pros” a favor de iniciar una determinada conducta deben estar en coherencia con los valores del individuo y no con los del terapeuta o los del entorno. Lo mismo se debe exigir al identificar los aspectos en “contra” de mantener una conducta. De hecho, lo que mueve a una determinada acción no es en sí las ventajas o inconvenientes “objetivos” de una conducta, sino es que esta esté o no en consonancia con los propios valores y auto-concepto. Por lo tanto, entender el “yo” personal de cada individuo debería ser el punto de partida de la mayoría de los abordajes que requieran una elaboración y transformación más profunda de la conducta del individuo.

En Diciembre del 2011 se publicó un suplemento de las Actas Españolas de Psiquiatría (López-Ibor Aliño, Ortiz y López-Ibor, 2011) que revisaba muy exhaustivamente aspectos relacionados con la experiencia y la identidad corporal. En razón a la necesaria brevedad sólo haré referencia a la cita tomada en torno al “yo” de Ortega y Gasset, quien distinguía en el “yo” tres centros personales: Un “yo corporal”, un “yo psíquico” del alma que es el centro de la conciencia y un “yo espiritual” capaz de las actividades superiores de la voluntad y la inteligencia. Ortega y Gasset identifica el “yo psíquico” como el “yo” o el “self” que fue descrito por la psicología del siglo pasado refiriéndolo como “el centro de nuestra individualidad”. El “yo” como la propia conciencia de existencia y de identidad, que nos permite la introspección y entendernos como algo más que un cuerpo, con conciencia de uno mismo, de sus actos, emociones, pensamientos y relaciones. Este “yo” nos da la individualidad y permite conocer tanto nuestro mundo interno como el mundo externo, así como reconocer el mundo interno del resto de seres humanos. La identidad de cada uno pasa irrenunciablemente por el reconocimiento del

“yo” individual que permanece inmutable a pesar de los cambios a los que pueda someterse el propio cuerpo o de los procesos mentales que acaecen en el individuo.

Otro filósofo español, Leonardo Polo (Corazón, 2011), sistematiza de forma más amplia un modelo antropológico del hombre señalando tres niveles. Uno primero referido a la “estructura corporal” donde se concretan los aspectos biológicos, así como la cultura y el ambiente en el que se desarrolla el individuo. En este nivel, tanto los sentidos externos como los internos están en función de las propias facultades. Sus alteraciones entrarían de lleno bajo la intervención de la psiquiatría. En un segundo nivel estaría el “yo” como la propia identidad y a este nivel, a diferencia de Ortega es el “yo” quien puede desarrollar la voluntad (decisión) y la inteligencia (pensamiento abstracto y simbólico) sin límite. Estas potencialidades no se basan en un “soporte” orgánico y se entiende mejor por “ser” en vez de por “estar”. El “Yo” hace de bisagra entre nuestro núcleo interno y la esencia y naturaleza humana y permite el conocimiento abierto tanto al espacio interior como al exterior. La forma de influir del “yo” configura la personalidad. La intervención médica se complementaría a este nivel con la psicológica. Y, en un tercer nivel, estaría la “esencia humana” que nos configura como personas y en la que se pueden identificar 4 trascendentes: “Co-existencia” (el ser humano está abierto al entorno y a su intimidad), “Libertad” (no cumpla un patrón necesario como el resto del universo), “Conocimiento” intuitivo, directo que puede mirar al exterior o al interior (sabiduría) y “Amor” no tanto como necesidad sino como aceptación y donación.

La idea que tengamos de “lo que nos importa” y de “como somos” nos llevará a actuar, aunque esta actuación pueda suponer un esfuerzo ímprobo e incluso independientemente de los resultados que obtengamos. Si para mí “no ser un traidor” es una característica que me identifica y me hace sentir especial, aunque esto pueda suponer cargar con el delito de un compañero, siempre pesará más mi propia concepción sobre las consecuencias que se deriven. Valores como el honor, la fidelidad, la valentía, la fe, etc., han explicado a lo largo de la historia de la humanidad hasta la renuncia a la propia vida. La intensidad y duración de una acción no dependerá tanto de los resultados, o de las consecuencias, sino de la vinculación emocional que esa conducta represente y lo que pueda suponer como cuestionamiento personal renunciar a ella.

En el caso de los trastornos alimentarios, las primeras descripciones ya se centraban en aspectos relacionados con el fracaso en el desarrollo de una identidad más amplia. La adolescente, centrándose en el peso y la imagen corporal podía compensar una identidad asociada con sentimientos de incapacidad e incompetencia. Desde esta perspectiva, la fijación en el cuerpo era una forma desadaptativa de manejar sus déficits y una forma de conseguir sensación de identidad, competencia y control (Bruch, 1982). Posteriormente, los estudios fueron centrando más en aspectos concretos del trastorno alimentario, como el propio esquema corporal, entendiéndolo casi exclusivamente como el propio constructo de la representación

física y su psicopatología de la imagen corporal (Stein y Hedger, 1997). Algunos estudios recientes vuelven a retomar el concepto de identidad, pero referidos a aspectos concretos del “yo”, como sería la identidad de deportista analizándolo como un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario (Palermo y Rancourt, 2019) o con la presencia de conductas que estarían en el límite de la patología pero que se consideran necesarias para conseguir un buen rendimiento en la competición (Turton, Goodwin y Meyer, 2017).

De forma sintética, podemos decir que la conducta tiende a alinearse con la propia identidad personal y esta se concreta en el concepto que tenemos de nosotros mismos. La identidad se expresa en los valores individuales que definen nuestro discurso, orientando nuestro pensamiento y determinando nuestras decisiones y conducta. Pensamiento y conducta buscan armonizarse en función de la propia identidad lo que generará “emociones agradables” de autenticidad y coherencia. La falta de congruencia entre identidad y comportamiento generará malestar, que llevará a modificar la conducta o a buscar explicaciones racionales que justifiquen dicha conducta. Se actúa como se piensa y, si no se actúa como se piensa, se acaba pensando cómo se actúa. Por lo tanto, nuestra particular forma de pensar y de actuar, en sintonía con nuestras emociones, establecen nuestra identidad. La identidad – aunque se pueda describir racionalmente – supone una vinculación emocional propia y explica la intensidad del compromiso con los propios pensamientos, actitudes, proyectos, relaciones...

### **Basar el cambio en la propia identidad**

El punto de partida del tratamiento debe establecerse sobre el conocimiento de las motivaciones íntimas de la paciente. Explorar las características que configuran su identidad, lo que ella considera que siempre ha estado presente en su vida y la pueden definir. Puede ser útil reactivar recuerdos de su infancia en los que la paciente pudiera identificar decisiones personales, cómo fue decidiendo sus propios proyectos, o cuál considera ella que puede ser su verdad más profunda. A veces la paciente puede rememorar diálogos internos de momentos vitales que la llevaron a decisiones relevantes. Entre estos estará la decisión de perder peso o incluso la percepción de pérdida de control con la alimentación. La entrevista tiene como objetivo generar un ambiente de aceptación y confianza que permita a la paciente expresar su ambivalencia y reconocer su sufrimiento y errores. Es más útil favorecer la expresión emocional de situaciones pasadas, tal y como son recordadas por la paciente, que la obtención fidedigna de información. La expresión de sus emociones permitirá elaborarlas y dar la perspectiva adecuada a sus conductas validándolas y facilitando un sentido de continuidad en conexión con sus creencias y su proyecto inicial. El objetivo sería explorar las circunstancias que le llevaron a tomar decisiones pasadas, adoptando una actitud activa para identificar las emociones que las desencadenaron. La actitud por entender “emocionalmente” las decisiones que explicaban el desarrollo del trastorno facilitará una sensación de coherencia

y control aprendiendo a modificar la intensidad y duración de sus emociones sin tener que acudir a medios que no corresponden a sus objetivos.

### **La consecuencia: actuar conforme a su individualidad**

El estilo de relación terapéutica se orientará a identificar las propias cualidades y carencias de la forma más objetiva posible y respetando su individualidad. Descubrir su “don” particular y cómo potenciarlo de forma que pueda ser útil a ella y a su entorno. La propia identidad se va redescubriendo y desarrollando a lo largo de la vida y el terapeuta debe tener la habilidad para encontrar en la paciente aquellas cualidades que, en consonancia con sus valores, puedan facilitar su desarrollo personal. Es importante ajustarnos a las capacidades del paciente para evitar falsas expectativas de la terapia (Kahn, 2011), pero por regla general nos sorprenderán los objetivos y las metas que se plantean y logran alcanzar. Sólo basándose en su propio conocimiento y auto-aceptación podrán llegar a visualizarse realmente alcanzando sus objetivos. La visualización debería ser el punto inicial de la construcción de su propio proyecto, pero exigirá que previamente la paciente haya entendido su individualidad, elaborado las agresiones y pérdidas a las que ha sido expuesta y validado su forma de manejo del sufrimiento y el miedo.

El tratamiento centrado en reconocer la individualidad y, cómo sobre esa primera identidad, han ido incidiendo las diferentes circunstancias de la vida, configurando su historia personal y sus formas de respuesta en cada contexto, facilitará su aceptación y validación permitiendo la necesaria distancia emocional. La relación terapéutica debe favorecer el encuentro de la paciente con sus vivencias pasadas para entenderlas, elaborarlas emocionalmente y facilitarle una lectura más amable de sus recuerdos estimulando sus oportunidades futuras.

Posicionarse en su propio “yo” deberá facilitarle tener una perspectiva separada de su propia corporalidad, incluyendo en ésta sus procesos mentales (cognitivos, emocionales, relacionales o conductuales) que se percibirán como algo distinto de su propia identidad. Por así decir, la paciente puede sufrir cualquier proceso psicopatológico sin que esto suponga alterar su identidad. Esta diferencia entre lo que es mi mente y mi cuerpo con mi “yo” facilitará que, la consecución de los objetivos no esté en base al estado de ánimo o de otras variables externas, sino de su propia conciencia.

“Tocar fondo” que a veces se señala como un “punto de inflexión” para dejar una determinada conducta tiene un componente más emocional que racional y tiene que ver con ese contraste entre como alguien “se ve” en un momento concreto y como le “gustaría verse”. Dicho de otra manera, cuál es su identidad con la que se siente emocionalmente vinculada y, sin embargo, como se comporta o se siente “ella misma” en determinadas circunstancias de su vida. El enfoque centrado en la identidad busca lograr la convergencia entre su proyecto personal y sus conductas, emociones, pensamientos y relaciones. El terapeuta en el proceso terapéutico debe desenmarañar todo aquello que dificulta encontrar su individualidad, incluyendo sus

cualidades y sus debilidades, para ayudar a integrar las emociones, pensamientos disfuncionales, conductas o relaciones que interfieren en la realización de su proyecto.

## Conclusión

Este enfoque desplaza el foco del tratamiento desde la expresión del trastorno en sus diferentes dimensiones (conductuales, cognitivas, relacionales o dinámicas) a los aspectos más íntimos de la paciente donde radica su propia concepción. Partiendo de este punto se iniciará un camino donde incorporar pautas nutricionales, farmacológicas, cognitivo-conductuales, sistémicas y dinámicas, pero manteniendo como línea unitaria la propia individualidad y la búsqueda del propio desarrollo personal. Entendiendo la funcionalidad que tuvieron los síntomas alimentarios y buscando su sustitución por formas de afrontamiento más beneficiosas para los objetivos de la paciente. No será tanto una cuestión de esfuerzo sino de incorporar un estilo de vida que esté más en consonancia con sus valores, necesidades y su proyecto personal.

## Notas:

1 Usaremos el femenino al ser una patología predominante de este género.

## Referencias bibliográficas

- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 12(139), 1531–1538. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.12.1531>
- Clausen, L. y Jones, A. (2014). A systematic review of the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment for people with anorexia nervosa, and an analysis of patient characteristics. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 1–2. <https://doi.org/10.1186/s40337-014-0029-8>
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975–990. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Corazón, R. (2011). *El pensamiento de Leonardo Polo*. Madrid, España: Rialp.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 104–131. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00303.x>
- Graves, A., Tabri, M. A. N., Thompson-brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-bedes, S., ... Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 776–781. <https://doi.org/10.1002/eat.22672>
- Halmi, K. A., Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G. T., Bryson, S. W. y Kraemer, H. C. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: Implications for future study designs. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 776–781. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.7.776>
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462–469. <https://doi.org/10.1002/eat.22103>
- Holm, J., Brixen, K., Andries, A., Horder, K. y Støving, R. (2016). *Reflections on involuntary treatment in the prevention of fatal anorexia nervosa : a review of five cases*. *PubMed Commons*. 45(1), 21344467. <https://doi.org/10.1002/eat.20915>
- Kahn, M. W. (2011). Palliative psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 168(9), 888–889. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11040636>
- López-Ibor Aliño, J. J., Ortiz, T. y López-Ibor, M. I. (2011). Percepción, vivencia e identidad corporales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(Supl.1), 3-118.

- Paauw, C., de Roos, C., Tummers, J., de Jongh, A. y Dingemans, A. (2019). Effectiveness of trauma-focused treatment for adolescents with major depressive disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1682931>
- Palermo, M. y Rancourt, D. (2019). An identity mis-match? The impact of self-reported competition level on the association between athletic identity and disordered eating behaviors. *Eating Behaviors*, 35, 101341. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101341>
- Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernandez, L., Moreno, L. R. y Vaz Leal, F. J. (2012). Influence of attitudes towards change and self-directness on dropout in eating disorders: A 2-year follow-up study. *European Eating Disorders Review*, 20(3), e123-e128. <https://doi.org/10.1002/erv.2157>
- Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernandez, L., Rojo-Moreno, L. y Vaz-Leal, F. J. (2014). The role of temperament and character in the outcome of depressive mood in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(5), 1130-1136. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.009>
- Stein, K. F. y Hedger, K. M. (1997). Body weight and shape self-cognitions, emotional distress, and disordered eating in middle adolescent girls. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(5), 264–275. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(97\)80017-9](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(97)80017-9)
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Kielsholm, M. L., ... Simonsen, E. (2018). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955>
- Tasca, G. A. y Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710–717. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Turton, R., Goodwin, H. y Meyer, C. (2017). Athletic identity, compulsive exercise and eating psychopathology in long-distance runners. *Eating Behaviors*, 26, 129-132. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.03.001>
- Waller, G. (2011). The Myths of Motivation : Time for a Fresh Look at Some Received Wisdom in the Eating Disorders ? *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 1–16. <https://doi.org/10.1002/eat.20900>