

# Incidencia del trauma relacional temprano en el síndrome del intestino irritable: la visión psicosomática de un caso clínico

*Incidence of early relational trauma in irritable bowel syndrome: the psychosomatic vision of a clinical case*

**Laura García de la Casa**

Psicóloga General Sanitaria. Psicoterapeuta

Experta en Medicina Psicosomática por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

## Resumen

El síndrome del intestino irritable o SII es una enfermedad crónica de inicio repentino que afecta invariablemente a la calidad de vida de las personas que lo sufren. Los síntomas físicos que presentan los pacientes son numerosos, variados, frecuentes, dolorosos y, en ocasiones, incapacitantes; sin embargo, no existen pruebas médicas que diagnostiquen el trastorno. Las investigaciones propuestas en esta revisión muestran que el estudio de la interacción bidireccional del cuerpo con la mente podría suponer un punto de partida para el entendimiento de la sintomatología intestinal desde un origen psicosomático, lo que se relaciona íntimamente con la experiencia vital del trauma relacional temprano. La conclusión fundamental se basa en la imperante necesidad de instaurar un abordaje clínico del individuo como unidad global, a través de un enfoque alternativo al modelo biomédico actual que considere también los posibles efectos de las experiencias traumáticas mal gestionadas del paciente y de la trascendencia del vínculo de apego.

*Palabras clave: síndrome, intestino, Irritable, trauma, temprano, apego, enfermedad psicosomática, disociación.*

## Abstract

Irritable bowel syndrome or IBS is a chronic disease of sudden onset that invariably affects the quality of life of people who suffer from it. The physical symptoms that patients present are numerous, varied, frequent, painful and, sometimes, disabling; however, there are no medical tests that diagnose the disorder. The research proposed in this review shows that the study of the two-way interaction of the body with the mind could be a starting point for the understanding of intestinal symptoms from a psychosomatic origin, which is closely related to the vital experience of early relational trauma. The main conclusion is based on the imperative need to establish a clinical approach of the individual as a global unit, through an alternative approach to the current biomedical model that also considers the possible effects of poorly managed traumatic experiences of the patient and the importance of the link of attachment that is established in the first years with the main caregiver, key elements in the appearance, course and development of intestinal pathology.

*Keywords: Irritable Bowel Syndrome, early relational trauma, attachment, psychosomatic disease, dissociation.*

## INTRODUCCIÓN

Nos encontramos frente a una situación alarmantemente frecuente en nuestros días que tiene que ver con un modelo de entender la salud y la enfermedad cada vez más reduccionista, que lleva consigo una importante desconexión cuerpo-mente. Tal escenario ha desembocado en una notable falta de resolución de cara a la ingente cantidad de personas que acude al médico referenciando ciertas dolencias físicas tales como patologías migrañosas, trastornos dermatológicos, respiratorios, fibromiálgicos y musculares o gastrointestinales, entre otros. Se ha observado que estos pacientes presentan características particulares de cada caso pero también algunas características comunes, las cuales tienen relación con las experiencias vivenciadas en los primeros años.

Lo que sucede es que, por más que estos pacientes se ven derivados de especialista en especialista buscando solución a sus problemas físicos incluso durante años, no logran un tratamiento adecuado que mejore su calidad de vida, viéndose abocados a una sucesión de visitas médicas, tratamientos farmacológicos, hospitalizaciones, sin acabar de recibir consuelo alguno o alivio sintomático.

El problema en realidad deviene no de la situación en sí que, como se explicará más adelante, en bastantes ocasiones se produce fruto de experiencias muy tempranas, sino de la elección por parte de los profesionales de un tratamiento que no tiene en cuenta que el ser humano es un sistema holístico. Por consiguiente, el abordaje clínico, en el tipo de trastornos del que hablamos, debería ser también holístico e integrar diversas disciplinas.

El objetivo no es otro que el de proponer una visión más unificadora de dos grandes esferas de conocimiento que a menudo se encuentran encapsuladas, con visión en túnel de su propia disciplina: la medicina y la psicología. Es por ello que conocer, integrar y abordar el tema propuesto en esta revisión adquiere una importancia crítica en el panorama sanitario actual a todos los niveles ya que puede dotar a los profesionales, cuya responsabilidad y tarea debería ser la de remediar el contexto presente, de herramientas eficaces para su manejo, haciendo que puedan sentirse más competentes, confiados y realizados, lo que a la vez conllevaría lograr la recuperación o mejora real del paciente. La finalidad estriba en aportar practicidad a la hora de hacer diagnósticos precisos, en conseguir una mejor respuesta a tratamientos estándares y en aliviar con todo ello el dolor, la incomodidad y la desesperación que genera un sufrimiento crónico para los pacientes en mayor medida de lo que se viene haciendo hasta la fecha. Así, se haría fundamental el comenzar prestando atención a aspectos significativamente relevantes, normalmente de carácter psicológico que, por desgracia, en el grueso de los casos se pasan por alto. Esto puede llevarse a cabo a través del estudio de la medicina psicosomática, disciplina que funcionaría como puente de unión entre ambas ciencias. La manera de abordar las afecciones posicionándose en uno u otro extremo se encuentra varios pasos por detrás de lo que proponen las investigaciones actuales relacionadas con el enfoque psicosomático (Liotti, 2004; Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2005; Odgen, 2009; Marín, 2018), en las que se postula que el cuerpo y la mente desde su más temprano inicio se hallan en una constante retroalimentación. Desde esta posición centralizada es desde donde se puede empezar a entender la aparición y el curso de cuantiosas y variadas patologías, obviamente sin excluir las aportaciones de las especialidades más directamente relacionadas con la patología en cuestión de cada campo de estudio.

En el caso que nos ocupa, se escrutará el síndrome del intestino irritable a través de una visión integradora de la medicina y la psicología, profundizando en la idea de que el cuerpo, en ocasiones, expresa lo que la mente no puede enfrentar. Para ello, se propone un marco teórico

general en torno al estado de la cuestión y asimismo se ilustrará la hipótesis de trabajo mediante un caso clínico, que se irá imbricando en distintos momentos de la revisión para dar ejemplo de aquello de lo que hablamos.

## TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS DEL APARATO DIGESTIVO: MARCO TEÓRICO DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Delaporte y Piette (2007) resaltan que, pese a que “parece que existe a día de hoy un consenso en cuanto a las relaciones psicosomáticas en los trastornos funcionales intestinales, la función de los factores psicológicos en la úlcera gastroduodenal y en las enfermedades inflamatorias intestinales es aún controvertida.” Sin embargo, más allá de tales controversias, estos autores reconocen que el tratamiento actual de estos trastornos puede enriquecerse con las aportaciones de las teorías psicosomáticas que contribuyen a la multi-factorialidad del abordaje.

El aparato digestivo es un sistema de comunicación abierto (Weakland, 1974; citado en Marín, comunicación personal, 23 marzo, 2018) que explica la patología desde una analogía comunicacional mediante la cual, en este aparato se producen inputs de entrada, que serían los alimentos, que se procesan y se convierten en outputs de salida, a través del colon. No obstante, el alimento no es el único input que se aventura a entrar en el sistema, sino que el ritual y el mismo hecho de ingerir comida, lleva siempre asociada una carga afectiva derivada de la situación y la compañía (o la no compañía), así como de la calidad de ésta. Por ello, tanto el proceso como el output final, se verán igualmente afectados por la relación vincular del individuo con su entorno.

En la presente revisión se explorará una de las afecciones digestivas más comunes en nuestros tiempos, conocida por sus siglas como SII, la cual se define como un “trastorno funcional digestivo en el que el dolor abdominal está asociado con la defecación o con un cambio en los hábitos intestinales, siendo características la alteración en la deposición y la distensión” (Ríos et al., 2001). De acuerdo a estos autores, para el diagnóstico es necesario que no haya enfermedades orgánicas asociadas, bien sean endocrinológicas, metabólicas o tóxicas, y debe observarse ausencia de síntomas y signos de alarma (GTGPC, 2005) como pudieran ser alteraciones en la exploración física, fiebre, presencia de sangre en heces, historia familiar de cáncer colorrectal, historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal o historia familiar de

enfermedad celíaca. Se han utilizado para su diagnóstico los Criterios de Roma II, que están basados en los criterios de Manning y posteriormente en los Criterios de Roma I (Ríos et al., 2001). Actualmente, los Criterios de Roma II se han modificado, recogiendo estos cambios los Criterios de Roma III (Castañeda- Sepúlveda, 2010).

Estos criterios resultan útiles hasta cierto punto; realmente el diagnóstico del síndrome acaba forjándose por descarte, ya que los axiomas propuestos no son exclusivos del SII y no existe ninguna prueba o análisis clínico que sea específico para diagnosticar este síndrome, por lo que a menudo se llevan a cabo numerosas pruebas médicas con el fin de descartar la existencia de enfermedad (Tort et al., 2016). Según Mearin y Montoro (2012), el hecho de que “algunos de estos síntomas sean compartidos por numerosas dolencias orgánicas, explica la dificultad para crear consenso a la hora de establecer qué síntoma o combinación de síntomas gozan de un mayor valor predictivo y específico para el diagnóstico.”

A día de hoy, podemos observar un aumento claro del número de pacientes diagnosticados de SII. Castañeda-Sepúlveda (2010), tomando como referencia las investigaciones de Longstreth, Thompson, Chey et al. (2006) apuntó que, aunque la prevalencia del trastorno podía sufrir oscilaciones, de acuerdo a la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados, esta oscilación se situaba en torno a un arco de entre el 10% al 20% de la población general, con predominio del sexo femenino (relación mujer/hombre 2:1). Así pues, la calidad de vida de los millones de personas en el mundo que padecen SII se ve considerablemente mermada debido a su condición crónica y recurrente, porque el diagnóstico es estable (GTGPC, 2005), a pesar de que el pronóstico de la enfermedad sea bueno. Es de mención importante que, tanto la atención médica como las pruebas, el diagnóstico y el tratamiento suponen un elevado coste para el sistema sanitario.

Drossman (1999; citado en Benasayag et al., 2004), argumenta que “durante las dos últimas décadas se ha tratado de incrementar la atención hacia la investigación y cuidados clínicos en pacientes con SII”. Así, lo primero que se ha intentado, es cambiar la concepción de este trastorno, es decir, pasar de un modelo reduccionista encaminado a identificar una única etiología biológica subyacente, a un modelo más integrador de la enfermedad. Este enfoque más global y de carácter bio-psico-social que proponen los anteriores autores es la premisa desde la cual parte esta revisión.

La tendencia predominante en cuanto al tratamiento del SII es el abordaje médico-clínico y farmacológico. Con todo, dicho tratamiento se encuentra sesgado debido a que reduce el ámbito de actuación únicamente al de la medicina. Pueden analizarse los datos sobre el escaso éxito clínico de los tratamientos a través de investigaciones como las propuestas por Piqué y Lanás (2006), quienes argumentan la consideración europea de los tratamientos disponibles como “subóptimos” por su incidencia dirigida únicamente al tratamiento de los síntomas aislados del SII, lo que conlleva que los pacientes tengan que tomar medicamentos variados para poder abordar el conjunto de síntomas uno a uno. Según estos autores, “los propios pacientes refieren un considerable grado de insatisfacción con las medicaciones actuales. Cuando se les pregunta acerca de la efectividad de los distintos tratamientos, menos del 25% refiere un alivio completo de los síntomas específicos.”

Con tales planteamientos, se puede inferir que la medicina como tal no es capaz de eliminar la condición del síndrome en los pacientes. Es por ello que, en general, se terminan por tratar los síntomas aparentes sin acudir a la raíz del problema. Esta raíz se encuentra situada, desde el modelo de la medicina psicosomática, en causas multifactoriales que ya hemos comentado con anterioridad. La consecuencia de la exclusión de un trabajo en profundidad sobre esta causalidad multifactorial es que en la actualidad el SII se diagnostique como un trastorno crónico con posibilidad de ser controlado, no curado. Tal y como cuenta Castañeda-Sepúlveda (2010), “a menudo el tratamiento farmacológico no es eficaz para aliviar los síntomas de los pacientes con SII” y, además, “los pacientes se ven obligados a tomar varios medicamentos de forma simultánea en un intento de mejorar todos sus síntomas” (Piqué y Lanás, 2006). Una concepción así nos conduce a tener en cuenta ciertas implicaciones clínicas como son “el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales a la hora de evaluar la salud o enfermedad de la persona” (Benasayag et al., 2004).

Aunque la base fisiopatológica de este trastorno no está plenamente establecida, se han propuesto varios factores implicados: alteraciones en la motilidad intestinal, hipersensibilidad visceral, alteraciones psicológicas y mecanismos inflamatorios y postinfecciosos (Tort et al., 2016). De acuerdo a los estudios de Mearin y Montoro (2012), al paciente con SII “casi nunca le interesa saber cuál es la causa de su daño, ni si existe un trastorno orgánico o funcional, lo que le importa es que se alivien sus síntomas.” No obstante, parece ineludible que más de dos terceras partes de los pacientes con SII presentan trastornos psicológicos relacionados. Este

mismo autor revela que, como la depresión y la ansiedad son prevalentes en el SII y con frecuencia es el estrés emocional el que hace aparecer la sintomatología, se sugieren tratamientos psicológicos para el manejo de la enfermedad (Castañeda-Sepúlveda, 2010).

Spiller, Aziz, Creed, et al. (2007; en Castañeda-Sepúlveda, 2010), argumentan que, por lo general, “estos pacientes han sido vistos por muchos médicos, se han sometido a múltiples tratamientos fallidos y su frecuencia de trastornos de somatización, hipocondrías, depresión, ansiedad y abuso sexual durante la infancia es más alta.” Se puede extraer de sus investigaciones que la relación entre los traumas y los sucesos vitales estresantes en el período infantil, con el posterior desarrollo del síndrome del intestino irritable, se hace evidente porque estas personas se ven aquejadas de alguna dolencia que no encuentra alivio ni curación en la consulta médica y que a su vez aparece acompañada por diversos trastornos emocionales o experiencias vitales traumáticas que van empeorando con el tiempo. Surge en este punto el concepto de enfermedad psicosomática como posible categoría en la cual englobar el SII, tal y como lo argumentan Delaporte y Piette (2007), considerando que “el enfoque de la relación entre los trastornos psíquicos y las afecciones digestivas ha cambiado cuantiosamente estos últimos años y ha llevado a replantear el concepto de enfermedad psicosomática.”

## TRAUMA COMPLEJO Y APEGO

Janet (1919) vino a definir el concepto de trauma como el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Este autor revelaba que, cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras y “el terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales”. Tal y como apuntaba Pierre Marty (1992), “el rebasamiento de las posibilidades de adaptación corresponde, en psicosomática, a la noción de traumatismo.”

J. L. Marín (comunicación personal, 9 de febrero, 2018) describe que el trauma psicológico puede dividirse en dos categorías: trauma simple o de tipo 1 y trauma complejo o de tipo 2. El primero de ellos haría referencia a una experiencia traumática puntual (una catástrofe natural, un accidente, un episodio de abuso, etc.), en definitiva, un episodio concreto. Por su parte,

Herman (1992) sugiere que, el trauma de tipo 2 surge como consecuencia del maltrato y negligencia tempranos, graves y crónicos. El trauma complejo aparece en la psicofisiología del paciente si suceden básicamente dos escenarios: uno es cuando una persona se mantiene en contextos traumatizantes durante un largo período, cronificándose de esta forma el daño y la sintomatología; o bien cuando una persona sufre, en diversos momentos vitales, “experiencias traumáticas que devienen en trauma complejo por acumulación del daño” (Nieto y López, 2016). Khan (1963) propone el concepto de “trauma acumulativo” para definir lo que sucede cuando la figura de apego principal, normalmente la figura materna, no actúa como protección durante el desarrollo vital del infante. Otros investigadores como Gayá, Molero y Gil (2016), recopilan que los resultados patológicos de traumas repetidos y acumulativos en la infancia, es decir, “los posibles resultados psicopatológicos de una historia de desarrollo que se verifica en contextos en los que los eventos traumáticos tienden a ocurrir”, recibirán el nombre para algunos autores, de “desarrollo traumático” o “trauma relacional precoz”. Estas expresiones hacen referencia a condiciones estables de amenaza abrumadora de las que no es posible evadirse, repitiéndose con efectos acumulativos por un largo periodo del desarrollo personal. Así pues, el desarrollo traumático es el ejemplo más frecuente e importante del trauma complejo.

Aburto (2007), por su parte, amplía dichas explicaciones encontrando que “el trauma psíquico siempre connotará algo excesivo, algo que, afectando al individuo de modo necesario, no permite ser tramitado, articulado, ni integrado en su mente.” Al no poder ser evitado ni tampoco procesado, ese “algo” queda recluido en un nivel de actuación para la persona “que detiene o afecta de diversa forma el fluir normal de la vida psíquica”.

De entre las clasificaciones diagnósticas de mayor uso a nivel internacional, tan solo el DSM-5 incluye la categoría de Trastorno Reactivo de Apego como trastorno en el cual encuadrar las múltiples consecuencias de la exposición crónica al trauma interpersonal temprano (APA, 2014). López (2008) expone la propuesta de que el conjunto de síntomas que provoca el trauma tipo II, en realidad conforma un trastorno por estrés postraumático complejo (CPTSD) que, referenciando a Pelcovitz et al. (1997), actualmente se diagnostica en la categoría de trastorno por estrés extremo no especificado (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified, DESNOS) y que está siendo objeto de diversos ensayos de campo propiciados por la APA, con objeto de validar el síndrome.



De acuerdo con Fernández, Rodríguez y Bayón (2005), los traumas complejos suelen ser “traumas sutiles”, especialmente los que tienen que ver con el fracaso o negligencia de los padres o cuidadores principales para atender y responder a las demandas y necesidades emocionales de sus hijos de manera adecuada. Este fracaso parental normalmente suele afectar a la capacidad del niño para organizar afectos y percepciones propias, lo que se relaciona con el concepto de alexitimia del que se habló en epígrafes anteriores. Van der Kolk (2006) describe en su prólogo escrito para el libro de Odgen (2009) *El trauma y el cuerpo*, que “la esencia de la traumatización es la indefensión más absoluta combinada con el abandono por parte de los cuidadores supuestamente protectores.” La investigación de Ferenczi (1984), expone que, cuando se produce un escenario traumático en alguna de las formas ya mencionadas, lo que sucede es que “la negación de los efectos del abuso por parte de las figuras de apego o los adultos vinculados con el niño, es lo que hace que el trauma llegue a ser patológico.” Dicho postulado se ve reforzado por diversos estudios posteriores que afirman que “el trauma psíquico es el daño que resta tras verse obligado a silenciar, negar e incluso disociar las experiencias vividas con alto impacto emocional que debieran haber sido compartidas con las figuras de apego para adquirir significado así como para generar las adecuadas creencias sobre uno mismo y el mundo y, consiguientemente, posibilitar la adaptación y el aprendizaje” (J.L. Marín, comunicación personal, 10 de marzo, 2018; referenciando a Aznárez, 2016).

Para buscar una explicación y entender por qué una persona llega a experimentar dichos traumatismos vitales, acudimos a la raíz de la persona en sí, a su más temprano comienzo. Desde el nacimiento, la autonarrativa personal del infante empieza y continúa desarrollándose en una construcción conjunta y también de manera recíproca con una figura de apego. Surge de este modo la idea de las relaciones de apego como “constructoras y reguladoras de la identidad” (Fernández, Rodríguez y Bayón, 2005). De acuerdo al neurofisiólogo Allan Schore (2003), el bebé recién nacido y su cuidador despliegan un patrón de interacción que es crítico para el proceso de regulación. Ambos aprenden a estimularse el uno al otro a través del contacto visual-facial, lo que progresivamente, va dotando al niño de herramientas útiles para aclimatarse gradualmente a niveles de estimulación y activación más elevados.

Fueron Bowlby a partir de los años 70 junto a Ainsworth, y más tarde Main o Fonagy, entre otros autores, quienes empezaron a desarrollar, conceptualizar y definir la que actualmente se conoce como la teoría del apego, que básicamente trata sobre la predisposición con la que

venimos al mundo para establecer vínculos con ciertas figuras significativas (cuidadores) no solo por el innatismo fisiológico de la supervivencia, entendida por ejemplo en términos de alimentación, sino que se crea en gran medida para satisfacer necesidades de seguridad y protección (Wallin, 2012). Este tipo de vínculo afectivo se conoce como vínculo de apego, y es el medio a través del cual el niño aprende a relacionarse con su entorno, de mejor o peor manera, de acuerdo a la calidad con la que se forje dicha sociedad. Para Bowlby (1973), el sistema de apego mantiene un equilibrio entre las conductas exploratorias y las conductas de proximidad, en función de la accesibilidad de la figura de apego y de los peligros presentes en el entorno físico y social. Los bebés perciben invariablemente la separación de su figura de apego como una amenaza a su bienestar, por lo que de manera innata trataran de mantenerse dentro del campo protector de esta figura (Bowlby, 1988). Sin embargo, el tipo de apego que se crea con el niño resultará determinante a la hora de dotarle de las herramientas necesarias para afrontar las demandas del medio y sus propias necesidades. Según la clasificación propuesta por Ainsworth, resultante de los estudios de la Situación Extraña (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978), se distinguiría entre apego seguro, inseguro evitativo e inseguro ambivalente.

Más tarde, las investigaciones de Mary Main incluirían una cuarta categoría clasificatoria (Hesse y Main, 1998) para englobar a los sujetos que no encajaban bien en ninguna de las otras divisiones, denominándola como tipo de apego desorganizado, que se supone el tercero de los apegos inseguros. A través de este procedimiento socio-afectivo, el niño era expuesto a una serie de situaciones que tenían que ver con la presencia o ausencia de la madre, así como con la presencia o ausencia de una observadora extraña, con la finalidad de explorar las reacciones infantiles ante la separación y el reencuentro. Cuando el niño se ponía triste tras la ausencia de su madre, pero en el reencuentro se calmaba rápido y se atrevía a explorar el entorno, e incluso a interactuar con la extraña, se hablaría de un apego seguro. Si el niño no mostraba cambio alguno en cuanto a si su madre se encontraba presente o ausente (ni llora, ni se pone triste, ni se acerca a ella), se observaría un tipo de apego inseguro evitativo. Por el contrario, si el niño no realizaba ninguna conducta exploratoria, cuando la madre abandonaba la habitación se ponía a llorar desconsoladamente, y en el reencuentro no conseguía calmarse, mostrando incluso cierto grado de agresividad y enfado contra ella pero aun así sin separarse, estaríamos ante el tipo de apego inseguro ambivalente. Finalmente, si las reacciones del niño se suponían extrañas, realizaba movimientos estereotipados, asimétricos o mal temporalizados, se quedaba paralizado o se intuían percepciones incoherentes de miedo para con la figura de apego, sería

un apego desorganizado. Este último tipo tiene que ver con la experimentación de situaciones de desestructuración familiar relacionadas con conductas disfuncionales, trastornos mentales, adicciones, abusos, etcétera.

González y Almeida (2016) coinciden en considerar el sistema de apego como “el primer regulador de la experiencia emocional.” Estos autores explican que los modelos operativos internos, los cuales tienen tendencia a la estabilidad y a la autoperpetuación, comienzan a forjarse desde los primeros meses de vida a partir de acontecimientos significativos que tienen que ver con el apego y la situación vincular, y reflejan el resultado de las interacciones entre la demanda de cuidados y las respuestas a los mismos por parte del individuo y el o los cuidadores respectivamente. La calidad del apego se encuentra directamente relacionada con el tipo de respuestas que proporciona el cuidador principal, de manera que, como se ha señalado, “la sensibilidad materna y la calidad del apego serán ingredientes esenciales para que un niño evolucione adecuadamente, sea socialmente competente y desarrolle un estilo de apego seguro” (Gayá, Molero y Gil, 2016).

Asimismo, se recoge que los niños (Cicchetti et al., 2002, 2010) muestran una gran capacidad de adaptación a las situaciones. No obstante, esto no significa que la vivencia de determinadas circunstancias desfavorables y de relaciones de proximidad poco consistentes no deje marcado su sistema haciendo que se puedan manifestar a largo plazo en su salud mental y física. Shore (2003), en consonancia con esto, argumenta que los niños necesitan experiencias de apego positivas para poder así desarrollar la regulación del afecto. De acuerdo a la consideración de la autoperpetuación de los modelos operativos mencionados que se gestan en el inicio de la vida, Liotti (2004) cree necesario constituir una “experiencia relacional correctiva” sobre ellos, que suponga el restablecimiento de una base segura. En referencia a estos mismos modelos operativos, Feeney y Nollan (2001) destacan la importancia actual de llevar a cabo también estudios de apego adulto, de cara a las posibles asociaciones o coincidencias entre el apego infantil y el apego adulto de la persona que permitan corroborar y reforzar el postulado de la estabilidad del apego a lo largo del ciclo vital y del transgeneracionismo del mismo, ya que se ha encontrado en diversas investigaciones (Benoit y Parker, 1994; Fonagy, Steele y Steele, 1991) que la capacidad predictiva para determinar qué tipo de apego muestra un niño, se relaciona con las representaciones que tiene la propia figura de apego en un 80% aproximadamente.

Desde esta perspectiva se puede entender por qué “no todas las personas que han sufrido múltiples traumas a lo largo de la vida desarrollan un trauma complejo, pero el trauma complejo siempre conlleva re-traumatización para la persona” (Nieto y López, 2016) al extraer que el establecimiento de un vínculo de apego seguro y estable actúa como factor de protección frente a los imprevisibles eventos vitales que puedan sucederse, y que son el estilo vincular deficitario y la calidad del apego insuficiente los aspectos fundamentales en la adquisición del trauma relacional precoz, que a su vez y con alta probabilidad, desembocará en su expresión psicósomática, dificultando la vida y las relaciones interpersonales de quien lo sufre.

## ESTRÉS, DISOCIACIÓN Y SOMATIZACIÓN

La importancia del estrés en la vida de las personas y el cómo puede afectarles se supone un factor relativamente integrado en las concepciones populares. El estrés se entiende como una respuesta de excitación mental subjetiva interna de la persona con respecto a lo que está ocurriendo en el contexto que se vivencia (Naranjo, 2009). Tal y como afirma este autor, “cualquier situación que la persona perciba como demanda o amenaza, o que exija un rápido cambio, es productora de estrés.” Sin embargo, el estrés crónico es uno de los elementos clave en la secuencia del desarrollo de las distintas enfermedades psicósomáticas. Se sabe (Duval, González y Rabia, 2010) que este tipo de estrés influye en la plasticidad adaptativa del cerebro en el cual, “los neurotransmisores locales y las hormonas sistémicas, interactúan para producir cambios estructurales y funcionales. Duval, González y Rabia (2010) postulan que dichos cambios estructurales y funcionales producidos por el estrés en las distintas regiones cerebrales pueden conllevar la aparición de desórdenes psiquiátricos, como depresión o trastorno por estrés postraumático.

Partiendo del previo establecimiento de un patrón de apego inseguro en cualquiera de sus formas entre el sujeto y su figura de apego, tras la re-traumatización continuada en el tiempo aparece el trauma acumulativo y el estrés crónico, a lo que suele venir asociada la consecuencia más inmediata cuando aparece un trauma complejo, que es la disociación como mecanismo de defensa inconsciente. Según Rodríguez et al. (2007), la característica esencial de la disociación es la “alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno.” Así, el estado disociativo intenta que la persona emborrone u olvide aspectos que tienen que ver con el acontecimiento traumático o incluso que olvide el

acontecimiento completo, con el fin de proteger a una mente que se encuentra incapaz de afrontar y gestionar conscientemente lo que está ocurriendo, separando de su conciencia determinados contenidos mentales percibidos como prohibidos o intolerables. Estos mismos autores arguyen que, “en las personas traumatizadas, la disociación emerge como respuesta adaptativa frente al evento, lo que distancia al sujeto de la situación traumática o posterga su manejo.”

De acuerdo a los estudios de Van der Hart, Nijenhuis, y Steele (2005), algunas de las partes disociadas de la personalidad del sujeto tratan de evitar la re-exposición a los recuerdos traumáticos y llevan a cabo funciones cotidianas del día a día, mientras que otras partes se mantienen fijadas a las experiencias traumáticas y a las acciones defensivas.

Pese a estos intentos de autoprotección, una vez que se produce el traumatismo, este se instaura en el sistema de la persona y trata de manifestarse de una u otra manera. La mente se esfuerza en luchar contra ello a través de la disociación, pero el trauma no desaparece solo, únicamente se implica, por lo que busca alguna otra vía de revelación.

Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart y Vanderlinden, (1996); Nijenhuis, van der Hart, Kruger y Steele (2004) citados en Serrano, González-Ordi y Corbí (2016), proponen que el concepto de disociación, al englobar distintas categorías de síntomas, puede clasificarse de dos maneras: “disociación psicofórmica” y “disociación somatofórmica”. La primera haría referencia a aquellos síntomas disociativos en los que “se ven alterados procesos psicológicos, como alteraciones en la memoria, la identidad, la percepción del ambiente y del entorno.” Por otro lado, la disociación somatofórmica o somática estaría compuesta por todos aquellos síntomas disociativos “que afectan al cuerpo, experiencias, reacciones y funciones somáticas.”

Así pues, la afectación de la experiencia traumática se expresa también mediante el cuerpo en forma de dolencias o síntomas corporales de tipología variada que sin embargo no tienen sentido para las personas que los padecen porque pierden la información explícita necesaria para dárselo.

En su libro, Wallin (2012) argumenta que “parte del precio de los primeros vínculos que requieren disociación es que el niño no logra desarrollar plenamente las estructuras neuronales integradoras que contribuyen a modular el sistema cerebral de respuesta de emergencia, la

amígdala.” Sin esta integración modular, que la amígdala se encuentre constantemente en un estado hiperactivado y de alerta genera estados de agotamiento corporal que se suman a esta hiperactivación amigdalal en el sujeto, lo que se supone la causa de que puedan desencadenarse en los pacientes ciertas “respuestas autónomas intensas” ante estímulos neutros e inocuos. Como compartía Reguero (2014), “existe una inmensa cantidad de estudios y trabajos que relaciona los citados estados de hiperreactividad corticoidea con situaciones estresantes infantiles, en especial las derivadas de trastornos del vínculo y estilos de apego inseguros.”

Desde el punto de vista psicológico, “la disociación constituye un estado hipnoide en el que la relación del yo con la realidad se altera con fines defensivos: como todas las defensas, aporta autoprotección pero pasa factura (Wallin, 2012)”. Esto quiere decir que, esa ocultación primaria defensiva que el sistema lleva a cabo para librarse mentalmente de lo que no puede ser encarado en un momento determinado, acarreará invariablemente unos efectos secundarios negativos que, con probabilidad, terminarán por acontecer durante el desarrollo vital del individuo, desencadenando las posibles consecuencias asociadas afectando su persona en todos sus planos constituyentes: plano biológico, a través de las ya mencionadas enfermedades psicosomáticas; plano social, a través de estereotipias, habilidades sociales deficientes y mala gestión de numerosas situaciones personales debido a la evitación de escenarios re-traumatizantes o a la falta de integración de conductas pertinentes; y plano psicológico, a través de la aparición de trastornos mentales de tipología variada. Así, tal y como reflexionaban Rodríguez et al. (2007):

En un plano más evolucionado y abstracto, el cuerpo utiliza la palabra como lenguaje; pero en un plano más regresivo, cuando la palabra no es posible o ha sido silenciada desde muchas formas de censura o represión, aparece el síntoma psicosomático como una forma más primitiva de lenguaje corporal, un estilo regresivo de comunicación en el cual la palabra parece no lograrse.

Por su parte, la somatización también se considera un mecanismo de defensa inconsciente cuyo objeto, a diferencia de la disociación, es el de transformar el malestar emocional, la experiencia no procesable previamente disociada, en un síntoma físico, de manera que la atención del conflicto psicológico que causa ansiedad quede desviada al plano corporal (Gabbard, 2004), permitiendo al sujeto focalizarse en sus síntomas físicos y buscar ayuda médica. No importa lo dolorosos o cronificados que estos sean, el proceso somatizador del paciente hará que,

involuntariamente, prefiera sufrir su padecimiento que enfrentar la realidad de sus experiencias traumáticas. A pesar de tales consideraciones de base documentada, algunos autores (López y Belloch, 2002) comentan que, aunque la somatización es claramente distinguible de la simulación, es frecuente que, tanto en los medios sanitarios como en la opinión general, se produzca una tendencia a la estigmatización de la persona que presenta frecuentes y diversas quejas físicas sin una justificación médica contundente, lo que puede repercutir de alguna forma en la mala evolución de la enfermedad. Sumado a esto y con bastante asiduidad, Guzmán (2011) aporta un dato relevante en cuanto a que “los pacientes somatizadores suelen presentar un estrés psicosocial importante cuando acuden al médico, además de problemas de ajuste social que muchas veces tienen un refuerzo ambiental de los síntomas.”

Tanto la disociación como la somatización, son procesos que actúan gracias a que la biología humana permite su puesta en marcha porque se suponen elementos que contribuyen a la supervivencia de la persona a corto plazo si tenemos en cuenta una comparativa coste-beneficio. Su función es adaptativa, protectora del sistema, protectora del individuo en un momento concreto ya que el cerebro, muy inteligentemente, recurre a ellos ante situaciones que, de no ser por su intervención, conducirían al individuo a estados patológicos de una severidad mayor y más evidente que la que puede observarse a largo plazo por sus efectos posteriores en la persona.

## ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS DEL ESTRÉS Y EL TRAUMA EN EL CEREBRO

McLean (1990) acuñó el término de “cerebro triuno” para definir y dividir el encéfalo en tres grandes áreas: paleocortex (cerebro reptiliano o instintivo), cerebro límbico (cerebro emocional) y corteza (cerebro racional, del pensamiento). Esta concepción cerebral permite establecer lo que sucede cuando el individuo se enfrenta a una situación de amenaza. En ese momento, se produce una desconexión de la corteza con respecto del resto del conjunto, quedando la amígdala a cargo de la reacción de respuesta al estímulo. A esto lo denominó “secuestro emocional”. Papez (1937) hipotetizó una vinculación entre el lóbulo límbico y el hipotálamo describiendo un circuito anatómico que desde entonces se ha conocido como “circuito de Papez”. Unos años más tarde, MacLean amplió las estructuras del circuito de Papez, incluyendo ya a la amígdala y otorgando gran importancia al hipocampo, y llamó al conjunto “sistema límbico” (Simón, 1997). Así esto, se observa que en las personas que presentan trauma, no hay diferencia entre estímulos amenazantes o neutros, sino que la mayoría de

estímulos causan secuestro emocional. Lo que sucede, por tanto, es que el estímulo no sigue la secuencia de ser percibido, ser sentido y ser procesado porque la corteza tiende a desconectarse, interpretando un gran número de situaciones como estresantes. De esta manera, la amígdala, al no poder enviar de forma eficiente su información emotiva a la corteza para lograr una respuesta adaptativa y racional al ambiente, la envía al paleocortex. Este cerebro primitivo e instintivo la transmite al cuerpo donde, con elevada probabilidad, se somatizará en forma de trastornos corporales o psicológicos. En la psicoterapia de las afecciones psicósomáticas, uno de los objetivos prioritarios es el de armonizar los tres cerebros de MacLean ya que “la inhibición de la transmisión límbico-cortical contribuye al desencadenamiento de trastornos orgánicos.”

Más tarde, Ledoux (1999) desarrolló un modelo bastante útil para explicar el entramado del trauma desde la neurobiología que se relaciona con el anterior. Este autor postulaba que, ante una situación dada a un sujeto en condiciones normales, un estímulo sensorial recorre una vía natural de procesamiento que iría desde esa primera percepción hacia el tálamo. De ahí pasaría a la amígdala y de esta a la corteza visual, donde se procesa cognitivamente para proporcionar una respuesta adecuada al mismo. Cuando ese estímulo sensorial avisa al sujeto de un peligro, la secuencia de procesamiento va directamente del tálamo a la amígdala que, como hemos visto, es la estructura relacionada con las emociones y se encuentra preparada para reaccionar. Ambas maneras de procesamiento son completamente adaptativas según la situación en que se encuentre el sujeto, sin embargo, en un sujeto con historia traumática, la amígdala se encuentra ya hiperactivada de por sí, en un constante estado de alerta, como corroboran los autores Talarn, Sáinz y Rigat (2003), referenciando los estudios experimentales de Parker y Nelson (2005) y Shackman, Shackman y Pollak (2007). En estas investigaciones se halló que la comparativa entre infantes maltratados con infantes control mostraba que el primer grupo de niños, al contrario que el segundo, presentaba una excesiva activación amigdalal ante determinados estímulos, la cual se prolongaba en el tiempo y provocaba en los sujetos estados de ansiedad.

Tanto el modelo de Ledoux como el de MacLean ya mencionados, son fácilmente relacionables con la hipótesis sobre neuroplasticidad de Donald Hebb (1949), en la cual se sugería que las neuronas que se activan próximas en el tiempo, es decir, que se disparan casi a la vez, se conectan a la vez, fortaleciendo esa red de conexión cerebral en el sistema nervioso central. De



esta manera se va instaurando el sistema de apego en la neurobiología del niño mediante asociaciones y refuerzos sinápticos. Por ello, y continuando con la explicación al modelo de Ledoux (1999), el estímulo sensorial, sea o no una amenaza de peligro, se procesará como tal y la reacción emocional será inminente. Cuando la amígdala se activa conecta con el hipotálamo, que a su vez estimula la hipófisis y ésta a las glándulas suprarrenales, lo que se conoce como “el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal” de acuerdo a Jansen et al. (2010); y Lewis y Ramsay (1995) citados en Talarn, Sáinz y Rigat (2013), quienes afirman que “alcanza su pleno desarrollo a los seis meses de edad”, por lo que las primeras experiencias resultan clave para su correcto desarrollo y funcionamiento. Es entonces cuando el cuerpo empieza a segregar cortisol. Vargas y Chaskel (2007; citados en Iragorri et al., 2009) aportan que “diversos estudios han mostrado que las experiencias adversas tempranas provocan un incremento en la expresión génica para el factor liberador de corticotropina (CRF)”.

Este exceso de cortisol en el sistema produce una inhibición del hipocampo, estructura que ayuda en la regulación del estrés. Al verse esta inhibida, el cortisol se acumula en el organismo, tal y como sustentan Duval, González y Rabia (2010) en sus aportaciones señalando que, “en lo que concierne al estrés crónico, la noción fundamental es que la hipercortisolemia es neurotóxica con relación a las estructuras cerebrales vulnerables como el hipocampo.” Wallin (2012) nos habla a su vez de que “el hipocampo queda temporalmente desactivado debido al trauma.” Esta circunstancia hace que los pacientes traumatizados no sean capaces de recuperar conscientemente las experiencias traumatizadoras, únicamente “tienden a revivirlas sin sentido del recuerdo.”

Porges (1997), describe que el repentino cambio de estado del infante traumatizado desde la hiperactivación simpática hacia la disociación parasimpática es como “la transición repentina y rápida desde una estrategia poco exitosa de lucha que requiere una activación simpática masiva hacia el estado inmovilizado conservador que finge la muerte, asociado con el complejo vago dorsal”. Con esto, el complejo vago ventral muestra activaciones rápidas y transitorias, pero el núcleo vago dorsal presenta un patrón involuntario y prolongado de flujo vago, creando estados “vacíos” largos asociados con el desapego disociativo patológico.

Aburto (2007), basándose en las investigaciones de Alan Schore (2003), explica una teoría neurobiológica sobre el hemisferio derecho, en la que expresa que este hemisferio es dominante en el control inhibitorio y el cortex orbito-frontal en el sistema de control del apego.

Así bien, el hemisferio derecho almacena en su memoria implícita procedimental un modelo de trabajo de acuerdo a la relación de apego que determina las estrategias individuales de la regulación afectiva. La maduración del área orbito-frontal, un sistema de regulación central de la emoción, se da después del nacimiento, en el último cuarto del primer año, y su desarrollo es influido positiva o negativamente por las experiencias de apego. De esta forma, “el abuso o abandono no sólo expone al niño inmaduro a experiencias amenazantes, también le priva de experiencias vitales para facilitar y promover el crecimiento, esenciales para la maduración del hemisferio derecho”. Así bien, todos los pacientes se encuentran influidos por las experiencias de apego preverbales (Wallin, 2012) que quedan impresas y almacenadas como recuerdos procedimentales implícitos, que moldean las pautas iniciales de relación, sentimiento y pensamiento.

Tales recuerdos implícitos se han registrado previamente al desarrollo del lenguaje y de las estructuras cerebrales (en particular el hipocampo) que sitúan los recuerdos en un contexto en el que se puede captar su significado (Wallin, 2012). Dicho argumento se ve contrastado por las investigaciones y experimentos que llevaron a cabo sobre la memoria fetal autores como Hepper (1996) o James (2010) recogidas en Talarn, Sáinz y Rigat (2013), en los cuales se encontró que “las experiencias sensoriales prenatales modelan el cerebro del feto.” Por lo tanto, el recién nacido no comienza su aprendizaje partiendo de cero, sino que nace siendo un producto del desarrollo y las experiencias intrafetales, lo que se relaciona íntimamente con el apego en el período prenatal.

Tal y como exponen Talarn, Sáinz y Rigat (2013) rescatando las palabras de Brazelton y Cramer (1990), “todo nuevo padre o madre está resuelto a ser un progenitor mejor que los propios”, aun esto, cuando unos padres atraviesan dificultades de relación con sus hijos, lo que afecta a su posterior desarrollo vital, no están más que “ejecutando sus fragilidades personales” que son la herencia posterior de sus “mal transitadas infancias”. Esto nos conduce a plantearnos el carácter transgeneracional del apego, cómo, de manera inconsciente, los vínculos tienden a repetirse y transmitirse generación tras generación, como una herencia psicológica en este caso. Irigorri et al. (2009) plantean desde su perspectiva que la discusión acerca del papel del apego en el estudio de la neurobiología de la psicoterapia es esencial, dado que “el desarrollo de vínculos emocionales modifica de manera radical el impacto de los estímulos ambientales en el proceso de toma de decisiones.”

## EJE DE CONFLICTO: SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE Y TRAUMA RELACIONAL TEMPRANO

Como se ha comentado en puntos anteriores, las relaciones, vínculos y experiencias tempranas adquieren una importancia crítica a la hora del posible desencadenamiento de diferentes patologías tanto orgánicas como mentales. Según las características que posea la falta básica del apego o la falla en la vinculación, así como sea el desarrollo traumático del trauma relacional temprano, el paciente somatizador expresará su déficit a través alguna afección biológica determinada debido a que, como afirma Van der Kolk (1996), el evento traumático hace alusión a un suceso estresante del que “el sujeto no se puede sustraer y que supera la capacidad de resistencia del individuo”, por tanto, las secuelas de la experiencia traumática y re-traumatizada terminan por expresarse mediante el plano biológico.

En el caso que nos ocupa, Benaim (1986; referenciando a Rísquez, 1980) encuentra que son tres los dolores más relevantes del aparato digestivo los que podrían considerarse psicológicamente emocionales. Rescatamos el que tendría que ver con el dolor abdominal, que se gesta debido a una mezcla de mal gestionado amor, rabia y dolor proponiendo que, cuando a una persona le duele el estómago es porque, de manera metafórica y haciendo alusión al plano emocional, ha “tragado” algo que en realidad rechaza. Si en la persona prevalece la rabia de entre esos tres adjetivos anteriores, es probable que se presente una colitis espástica. De acuerdo con estas mismas conclusiones, Mayer (2000; citado en Baeza et al., 2011), coincide en considerar que el malestar emocional provoca en el aparato digestivo un aumento de la irritabilidad colónica. Ambas afirmaciones hacen referencia al actual síndrome del intestino irritable y a su relación intrínseca con el estado emocional de la persona.

Este síndrome suele cursar con episodios diarreicos seguidos de episodios de estreñimiento o dolor, lo que se ha podido equiparar (Curso Experto en Medicina Psicosomática, Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, comunicación personal, 23 marzo 2018) al trastorno bipolar, asociando la diarrea con la fase maníaca y el estreñimiento o dolor con la fase depresiva. Dicha asociación tiene mucho que ver con el paradigma de los ejes conflictuales desarrollado por el grupo de trabajo OPD (Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado), integrado por psicoanalistas especializados en medicina psicosomática y psiquiatría. Su objetivo era el de ampliar la clasificación de trastornos psíquicos del CIE-10, basada en una descripción sintomatológica (Cierpka et al., 2006). El OPD-2 (que es el sistema que incluye las

actualizaciones de mejora del OPD-1) se postula como un sistema diagnóstico alternativo que cuenta con herramientas para la determinación del foco y la planificación de la psicoterapia (Grupo de Trabajo OPD, 2008). El OPD propone cinco ejes que permiten conocer al paciente de manera profunda y práctica a la vez mediante la evaluación para después llevar a cabo el trabajo psicoterapéutico. Los ejes en los que se mueve son los siguientes: Eje 1: Experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento, Eje 2: Relaciones Interpersonales, Eje 3: Conflicto, Eje 4: Estructura y Eje 5: Trastornos psíquicos y psicosomáticos.

De acuerdo al tema en revisión, nos centraremos en el tercero de los ejes que se basa en explorar los conflictos internos intrapsíquicos del individuo. Cierpka et al. (2006) en su interpretación de las palabras de Dührssen (1981), exponen que los modelos conflictivos se encuentran de una forma u otra presentes en la vida del paciente, son determinantes por etapas prolongadas y afectan y se manifiestan en áreas fundamentales de la vida como la elección de pareja, las relaciones sociales y familiares, el ámbito laboral, “así como la reacción frente a la enfermedad y experiencia de enfermedad.”

Existen siete conflictos principales que corresponden a “la lucha de motivaciones contrapuestas” (De la Parra, Pinedo, Plaza y Alvarado, 2010) y hacen referencia a “esquemas cognitivo-afectivos” (De la Parra, Gómez-Barris y Dagnino, 2016) resultantes de experiencias vitales de interacción recurrentes que se suman y acumulan, creando cierta tendencia inconsciente a la generalización.

Para encuadrar la posición del paciente dentro de esta clasificación, se tiene en cuenta el concepto de afecto guía (tabla 1), que sería la emoción predominante en el sistema personal que suele regir su conducta y sus sensaciones, y además es necesario observar si tal emoción se está manifestando en su polo activo o pasivo. En relación a las consideraciones de los primeros párrafos de este epígrafe, se encuentra que, al ser el afecto guía la rabia en el tipo de conflicto control-sumisión como determinante de la experiencia interna devenida de las repetidas interacciones relacionadas con la represión y la contención, los pacientes con Síndrome del Intestino Irritable formarán parte de esta categoría (Curso Experto en Medicina Psicosomática, Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, 2018). La persona, según su postura de cara a la enfermedad, se situará bien en el polo activo de control y resistencia o bien en el polo pasivo de sumisión y obediencia, entre otras variables. Así esto, se concluye que la

manera de afrontar la rabia dentro de esta categoría de conflicto se da a través de su somatización, desembocando en el posterior desarrollo del síndrome. Tales afirmaciones tienen mucho que ver con la forma de presentación de la sintomatología intestinal en la cual, como se ha apuntado anteriormente en consonancia con el trastorno bipolar, se alternan episodios de constipación (control/resistencia) con episodios diarreicos (sumisión/obediencia).

Tabla 1: *Expresiones de Conflicto según el OPD*

	Modo pasivo	Modo activo
Individuación vs dependencia	Angustia existencial a la pérdida del objeto; búsqueda permanente de apego	Angustia frente a la cercanía y fusión. Se muestran hiperdependientes.
Sumisión vs control	El odio y la rabia se pueden percibir en forma subliminal y despertar rabia en el interlocutor a la vez que el paciente se muestra sometido.	La rabia como terca agresividad. Lucha de poder.
Deseo de protección vs autosuficiencia	Tristeza y depresión con temor a la pérdida del amor del objeto. Añoranza.	Preocupación altruista por los otros con sentimientos depresivos ocultos y rechazados defensivamente.
Conflicto de autovaloración	Vergüenza y admiración idealizada. Se muestran humildes con secretas ideas grandiosas.	Irritabilidad y rabia narcisista cuando se cuestiona la imagen de sí mismo, que resulta frágil, apariencia grandiosa. Descalificación del otro.
Conflicto de culpa	Sentimiento de culpa. En la contratransferencia surge compasión, descuido o esfuerzo por contrarrestar la auto-culpabilización.	El sentimiento de culpa aparece hacia afuera.
Conflicto edípico	No tiene un afecto guía evidente. Timidez y angustia (pudorosa) de realizar deseos sexuales, ansiedades de castración.	Emociones dramáticas, cambiantes, erotización y rivalidad.

Conflicto de identidad	Personas en las cuales no resultó la construcción de un sentimiento de identidad propio con el correspondiente sentimiento de bienestar.	Trastornos en el área de las siguientes identidades parciales: identidad corporal, sexual, familiar, étnica, religiosa, social, política, emocional, laboral.
------------------------	--	---

Tomado de De la Parra, Pinedo, Plaza & Alvarado (2010).

## CASO CLÍNICO

A continuación, y sin la pretensión de realizar un estudio de investigación como tal, se aportará el análisis documentado de un caso clínico en relación al tema desarrollado, con el objetivo de ilustrar de una manera práctica toda la información contenida en la fundamentación de la revisión. Para mayor soporte teórico, se utilizarán en especial las correlaciones de las respuestas obtenidas por la paciente en la Entrevista de Apego Adulto (cuyo contenido completo se presenta al final de esta revisión) y las referencias encontradas en la obra de Talarn, Sáinz y Rigat (2013) *“Relaciones, vivencias y psicopatología: las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo”* coincidentes con el caso.

La Entrevista de Apego Adulto propuesta, diseñada por George, Kaplan y Main (1985) bajo el nombre de Adult Attachment Inventory (AAI), sirve para evaluar el modelo interno activo de las personas adultas. En este cuestionario se le pregunta al sujeto por las distintas experiencias de apego que recuerda de su infancia, así como por la valoración de las mismas. No se trata de evaluar las experiencias objetivas del sujeto sino la interpretación y elaboración que hace de ellas.

En cuanto a la anamnesis, la paciente, a la que nos referiremos con las siglas L.S. a partir de ahora, es una mujer de 31 años diagnosticada de SII desde hace 5 años. El diagnóstico fue realizado tras llevar a cabo múltiples pruebas hospitalarias (gastroscopias, colonoscopias, ecografías, etcétera.) a raíz de presentar dolores intestinales recurrentes con episodios diarreicos. Asociado a la condición, se diagnosticó conjuntamente intolerancia al gluten. Además, la paciente referencia dolores migrañosos, dolores musculares de espalda y cuello, mareos e hipertiroidismo previos al diagnóstico de inicio en la adolescencia. No se le ha recetado medicación preventiva ni/o paliativa para la condición de SII.

Referencia antecedentes familiares de dolores gastrointestinales, intermitentes en el tiempo y sin gravedad, por parte de su madre. Ausencia de otros antecedentes familiares psicobiológicos. En cuanto a sus antecedentes personales biográficos y sociolaborales, es la pequeña de dos hermanas, sus padres continúan casados y conviviendo. Desarrollo psicológico y motor dentro de la normalidad. Cursó los estudios básicos (primaria y E.S.O.) y superiores (Bachillerato) sin dificultad y bien adaptada al ámbito escolar; estudios de Grado en Estadística con ligera dificultad y asociado a mucho estrés. Estado civil, soltera. Actualmente trabajando para una empresa.

Para el análisis de la entrevista se llevará a cabo una relación asociativa entre las respuestas más relevantes proporcionadas por la paciente con los aspectos concretos mencionados en el texto que aparecen en la introducción de este apartado, y en la propia revisión. Además, se aportarán fragmentos del libro de Talarn, Sainz y Rigat (2013) en los que puedan apoyarse de manera más teórica tales asociaciones. Se ha utilizado como criterio de ordenación el temático, en lugar de la estructura secuencial de la entrevista, por servir a nuestro propósito ilustrador de forma más clara. Comenzaremos por analizar las cuestiones relativas a la vinculación temprana y el apego establecido, así como algunas de sus consecuencias.

Se observan varias alusiones de L.S. a lo largo del desarrollo de la entrevista en cuanto la elección de su padre como cuidador y figura de apego principal, en contraposición a su madre, al situarle como la persona de más confianza temprana, como el responsable mayoritario de los aspectos logísticos de la infancia, proveedor de cariño, complicidad, empatía y conductas de protección sensiblemente aplicadas de acuerdo a las necesidades de la paciente (véanse preguntas: 1,2, 4, 5, 11). Podemos comparar tales consideraciones (ejemplo en la pregunta 4: *“él era muy tranquilo [...] algo se me quedaba porque de verle tan plácido en contraposición a mi madre...no sé me producía tranquilidad”*; ejemplo en la pregunta 5: *“él estaba en mi día a día con todas las cosas, por eso no existía ese sentimiento con mi madre”*), con el fragmento de Talarn, Sáinz y Rigat (2013) en el que se analiza el porqué de dicha elección parental:

Algunos estudios indican que la calidad del apego puede ser diferente en ciertos casos para la madre y el padre (referencia tomada por los autores de Main y Weston, 1981). Es observable que los niños tienden a establecer, en la primera infancia, una especie de jerarquía de cuidadores principales, en las que suele destacar una figura preferida por encima de las demás. El tiempo que el adulto pasa con el niño, que tipo de cuidados que

suministra y la forma en que lo hace, la disponibilidad psicológica que muestra (comunicación afectiva, lúdica, etc.,) son factores que determinan cuál es el cuidador principal en esta gradación dispuesta por el niño (referencia tomada por los autores de Cassidy y Shaver, 1999). (pp. 107)

Podría parecer que esta predisposición paterna constituiría un patrón de apego seguro en la paciente que actuara durante su desarrollo como factor protector. Sin embargo, se infiere que ha de estar presente algún tipo de déficit en el establecimiento del apego ya que no se observa en ella un apego adulto que encaje en dicha categoría. Probablemente se vea relacionado con la fuerte influencia de la presencia matriarcal tanto en el control familiar como en la posesión y ejecución última de la autoridad (pregunta 11: *“mi madre era más la que tomaba las riendas en su casa y en mi casa”*), quedando el padre como “el segundo al mando”, asumiendo el rol de una figura más sumisa, supeditada en última instancia a las consideraciones de la madre. Esto se ilustra, por ejemplo, en la pregunta 15 cuando la paciente argumenta que, *“(mi padre) al final se ha acabado distanciando de nosotras para no discutir con mi madre. Si tú intentas hablar algo con mi padre no te hace ni caso porque lo único que quiere es que se resuelva todo pronto... [...]”*. Además, esta predisposición paterno-afectiva inicial, tal y como se ve en la entrevista, irá reduciéndose y deteriorándose progresivamente según vaya adentrándose la paciente en la edad adulta: *“ya la relación con mi padre no era la misma porque él se llevaba muchas broncas por mi culpa, bueno por culpa de mi madre en realidad.”*

De acuerdo a la valoración de las respuestas obtenidas, el diferencial en cuanto al tipo de apego que presenta la paciente se encuentra dentro del rango de inseguros, oscilando la cuestión entre el tipo evitativo y el inseguro/ansioso, en gran parte por las conductas elusivas manifestadas hacia ambos progenitores, en especial hacia la madre, y conductas de limitación emocional por parte de los progenitores, aunque se muestran padres proveedores, extraídas de preguntas como la número 8, la número 15 o la número 3. Sin embargo, se percibe en mayor medida un establecimiento de la tipología de apego inseguro ansioso ambivalente/resistente, que coincide con las características propuestas en el libro:

Lo que se observa es que los padres han ofrecido unos cuidados iniciales de carácter poco fiable e impredecible. La preocupación maternal primaria no está bien consolidada y la madre se muestra muy cambiante en su trato hacia su hijo. Las necesidades del bebé pueden quedar desatendidas o ser incomprendidas durante ciertos periodos de tiempo. (pp. 99-100)



Ejemplos de todo ello se pueden encontrar, en las respuestas a preguntas como la número 15 o la número 3: *“Si después yo le decía: pero por qué no me has llevado al médico?; ella me decía: cariño pero no te preocupes que se te va a pasar. Pienso que a lo mejor ella no sabía cómo hacerse cargo de sus propias emociones y luego racionalizaba la situación y decía ese tipo de cosas.”*

No solo se aprecian este tipo de conductas ambivalentes con la madre, también se estructuran de esta manera con el padre y la hermana. La ambivalencia de la relación con el padre se encuentra entre la posición paternal sensible y deseada, que se percibe en ocasiones, y que contrasta con la posición sumisa que requiere ejercer un “abandono” de la disponibilidad, adoptado según las circunstancias lo demanden. La ambivalencia de la relación con la hermana mayor, de quien dice ser actualmente su figura de apego principal, se da entre los momentos de juego y tiempo compartido y los momentos en que se producen episodios de manipulaciones de poder por su parte que, en un primer momento la paciente aceptaba con alegría, aun sabiendo que intercambiaba favores por compañía y atención, hasta que la situación asimétrica fue desgastando la confianza. Se concluye una perspectiva en la que las tres figuras principales a veces están disponibles y muestran cierto grado de afecto e interés emocional, y otras veces dejan de lado el vínculo para centrarse en sus intereses personales (preguntas 8; 10):

Suelen darse ciertas ausencias temporales o bien una presencia física constante de la madre pero sin la disponibilidad psicológica necesaria para ocuparse del bebé [...] con lo que será atendido de forma poco coherente y no conseguirá sentirse tranquilo y seguro, porque no podrá predecir lo que pasará la próxima vez que se sienta necesitado o demandante. (pp. 99-100)

En cuanto a las ausencias temporales de disponibilidad ya hemos comentado algunos ejemplos. Ejemplos de la presencia física constante se ven en preguntas como las preguntas número 9: *“Entonces pues mi madre, siempre en su afán sobreprotector, tomó la decisión de hablar con quien era mi novio en ese momento para decirle que tenía que cuidarme mucho para evitar discusiones que alguna vez teníamos.”* O número 2: *“Si discutíamos mi hermana y yo, mi madre se ponía de mi lado, me defendía.”*

Los primeros afectos, tras las vivencias de amenaza, llegan al bebé en forma de cuidados físicos. Se dan en una situación de interacción relacional cargada de tonalidad emocional entre el niño necesitado y el adulto que los ofrece [...]. Si el adulto provee estas urgencias de modo rígido, mecánico, impersonal, con hostilidad, rechazo o fastidio,

surgirán problemas en las emociones, la conducta y la fisiología del bebé y el niño.” (pp. 80).

La respuesta a la pregunta número dos, es un ejemplo de cómo la figura maternal ha sido incapaz de proveer lo necesario para que la situación vital de la paciente pudiera resolverse de manera segura y sana. Además, puede entreverse claramente como esta, de otras muchas expresiones durante la entrevista, aporta información de pequeños elementos constituyentes del trauma acumulativo: *“Me acuerdo mucho que mi madre, una vez por ejemplo, me caí, me hice un montón de daño en la rodilla, me salió mucha sangre y hubo una señora que se paró, me dio una toallita, me estuvo limpiando, y a mi madre la recuerdo como...como muy alterada por la herida pero a la vez sin querer acercarse mucho, ¿sabes? Yo le decía: mami, que me he hecho daño. No entendía por qué no venía.”*

Esto provocará una intensa ansiedad junto con sensaciones de impotencia y abandono de las que tratará de protegerse desesperadamente. (p. 100).

Además, según estos autores, “la discontinuidad de los primeros vínculos, si es frecuente, intensa y duradera, crea angustia en el niño y puede conllevar problemas en la forma en que este (y el posterior adulto) encararán sus relaciones emocionales con los demás.”

Estas características se mantienen estables en la actualidad de la paciente, interfiriendo en áreas de su vida, tanto laboral como social o afectiva (con sus parejas), como se lee en la pregunta 14 cuando habla de la ruptura sentimental con su ex novio, donde hace constantes alusiones a la frustración. De hecho, cabe destacar en este punto, que fue dicha ruptura amorosa lo que sirvió como detonante para del desarrollo posterior del síndrome. Esto no quiere decir que la situación traumática experimentada fuera la causante de su actual patología, como se propone, el trauma relacional temprano de la paciente ha ido gestándose desde etapas muy tempranas de su ciclo vital. La manera de protegerse de estas ansiedades, como muy bien relata en el caso, es a través de consignas tales como: *“Cuando estoy en relaciones, ¡no me puedo callar nada! Si me molesta lo más mínimo tengo que decirlo porque para eso eres mi pareja, no es normal que me tenga que quedar con ello dentro sea lo que sea.”* De esta forma trata de ejercer algún tipo de control de la ansiedad que le produce la incertidumbre de que haya algo que no le guste, tratando a su vez de reivindicar de forma compensatoria el derecho a ser escuchada que se ha visto tan apocado y evitado en sus relaciones familiares.

Tal concepción de los vínculos de apego y reacciones posteriores asociadas, tienen mucho que ver con categorización de Linares (1996, 2006) para los tipos de familia extraídas asimismo de la obra de Talarn, Sainz y Rigat. El prototipo en el que se encuadraría la paciente sería el de la familia deprivadora (pp. 183-184):

La mayoría de familias de esta categoría suele satisfacer las necesidades más básicas de sus hijos: requisitos fisiológicos, de hábitos, educativos o de socialización [...], lo que dificulta la detección por parte de terceros ya que la familia presenta una apariencia de normalidad y buen funcionamiento de cara al exterior. Es en la esfera afectiva donde se producen las dificultades y el maltrato. Se observan tres modalidades: hiper-exigencia y falta de valoración, hiper-protección y rechazo y fracaso en la protección.

En el caso de L.S., pueden observarse las tres modalidades simultáneamente.

En la hiper-exigencia, se pide a los niños que realicen tareas complejas para las que se considera como única posibilidad satisfacción de demanda el éxito absoluto y no se valora el esfuerzo invertido. Ejemplos típicos en las relaciones entre padres e hijos como “tú puedes sacar mucho más” o “has aprobado pero no estudias lo suficiente”. (Pregunta 8).

En la segunda, la hiper-protección, nos encontramos con una forma de desvalorización muy sutil. En el fondo, tras la apariencia de unos cuidados basados en el amor servicial, el mensaje es el de he de cuidarte yo porque tú no sirves para cuidar de ti y de tus cosas y no te vales por ti mismo. Los padres sobreprotectores no causan un daño al niño únicamente por el ejercicio de una protección que puede ser invalidante para sus capacidades, sino porque protegen cuando ellos, los adultos, lo necesitan, no solo cuando lo precisa el niño. (Preguntas 3 y 9).

La tercera modalidad se da cuando “los padres están más ocupados en exigir responsabilidades a los hijos, o en sus propios problemas, que en el ejercicio de la paternidad.” (Pregunta 10).

Cuando llegamos a la parte de la entrevista en la que se cuestiona sobre la propia maternidad futura, la paciente argumenta de forma contundente su decisión de no repetir el modelo educativo recibido de sus padres, especialmente en referencia al plano emocional, aunque sí valora ciertos aspectos relacionados con la disciplina y la rigidez como pautas a mantener.

De forma inconsciente, el hijo puede ser vivido como una duplicación o reflejo de sí mismo. En ocasiones, esta duplicación puede sentirse subordinada a las más diversas causas: mejorar a los propios progenitores (intentando no caer en lo que se sintieron como errores o defectos), vivir una vida mejor que la propia a través del hijo, cumplir los ideales y disfrutar de las oportunidades perdidas, sentirse unido y querido incondicionalmente por otro ser humano a través de un vínculo indestructible. En algunos casos, puede desearse tener un hijo como sustitución de una relación perdida. (pp. 37-38).

Ella se expone en su expresión como consciente de sus carencias afectivas pero mentalizada de ser capaz de no repetir las con su descendencia. Sin embargo, se podría extraer que tales consideraciones se encuentren cerca de una compensación patológica de la propia experimentación vital al no verse su propio trauma aun resuelto, lo que más tarde se vería reflejado en los hijos. Esto tendría relación en su caso con el tipo de apego propuesto, ansioso-ambivalente, cuya búsqueda y deseo último es el de la disposición incondicional del amor del objeto de afecto para consigo misma. Ella quiere ser una madre disponible y sensible, no obstante, cree conveniente incluir comportamientos parentales rígidos en muchos aspectos que, en su historia, le han generado numerosos episodios de frustración difícil de gestionar que desembocaba en rabia, sentimiento de inferioridad o tristeza. Sería conveniente explorar estos aspectos en profundidad realizando una evaluación diagnóstica más exhaustiva.

A continuación, pasamos a constatar la relación existente entre el síndrome que presenta la paciente con las múltiples expresiones de rabia, rencor y frustración que manifiesta a lo largo de la entrevista.

Las faltas de afecto tanto por parte del padre como de la madre (preguntas 3 y 7: *“pero mi padre no ha sido mucho de dar besos y abrazos”; “No recuerdo si me consolaban porque tampoco me acuerdo de qué hacía cuando era pequeña y estaba triste.”*) entran en consonancia con el aspecto de que:

Si los adultos no pueden empatizar con el niño o nunca hablan de sus sentimientos, no podrán franquearle el camino del lenguaje de las emociones. Sus estados emocionales no podrán ser mentalizados, pensados, reflexionados o manejados de manera consciente. Es muy posible que el niño así tratado acabe siendo un adulto con alexitimia

o personalidad operatoria, condiciones vinculadas a las enfermedades tradicionalmente denominadas psicosomáticas. (p. 136).

La personalidad alexitímica puede atribuírsele a la paciente en cierto grado por la dificultad encontrada para ser consciente de sus emociones, como se ve en la entrevista y en el test para esta condición, cuyas respuestas muestran tendencia al deficitario reconocimiento de los sentimientos o de las razones de un enfado, de estar triste, etc.

Tal y como se documentaba en la fundamentación teórica, el papel de la rabia es clave en la asociación de dichas sensaciones con su expresión psicosomática a través de las dolencias intestinales, en especial mediante la irritación colónica. Respuestas relacionadas con dichos aspectos se encuentran en preguntas como 9, 11 y 14, resaltando los términos “rabia”, “rencor” y “frustración” varias veces. Se extrae por tanto que la presencia de percepción del sentimiento de rabia está presente en todas las etapas de la paciente, en especial contra los actos de su madre, pero también de su padre, su hermana, su entorno social o sus parejas. La represión, el silenciar, la “no mirada”, el nivel de exigencia, son factores que contribuyen a su desarrollo.

Como conclusión general, el perfil de la paciente L.S. muestra fallas en la vinculación con sus progenitores, que influyen determinadamente en el desarrollo del resto de áreas de su vida aunque refiere que, con carácter reciente, la relación con sus padres ha mejorado significativamente (aunque probablemente de manera superficial). Como sabemos, se tiende a reproducir con las demás relaciones que establecemos el patrón de apego aprendido en la infancia. Así, la paciente se mantiene en un constante estado reivindicativo de la atención, el afecto y la protección que se han visto carenciados. La rabia contenida durante tantos años, encontró su manera de expresarse tras la última re-traumatización que sufrió L.S. al vivenciar un nuevo abandono por parte de la persona que venía supliendo tales carencias familiares.

De esta forma, como los mecanismos de afrontamiento y expresión de los sentimientos en la paciente eran insuficientes, a su sistema no le quedó otra vía de adaptación al medio que la de somatizar corporalmente lo que nunca había podido ser correctamente expresado, con la gravedad consiguiente de adquirir una enfermedad crónica con síntomas, en ocasiones bastante severos o incapacitantes.

## CONCLUSIONES

A modo de conceptualización de lo presentado, podemos aportar lo que se extrae de los datos de las investigaciones y es que “un tercio de la población que acude a su doctor de cabecera presenta síntomas sin ninguna explicación médica” (O’Sullivan, 2016). Dicha afirmación parece lo suficientemente alarmante como para reflexionar acerca de la presente situación y plantearse nuevas posibilidades etiológicas derivadas de otros campos de estudio, como sería el de la Psicología en este caso, con el fin de hacer frente a problemas que, pese a tener un déficit aparentemente relacionado con el ámbito biológico, no encuentran solución en un abordaje únicamente médico y fisiológico y cuyas consecuencias se expresan en el sufrimiento de tantos pacientes que viven en una condición crónica de malestar.

Así pues, tampoco hay que olvidar que, aunque se propone que la base de numerosos padecimientos orgánicos pueda encontrar su origen en la mente, el mantenimiento de los síntomas físicos de manera continuada e intensa como suele ser el patrón, conlleva a su vez una retroalimentación negativa al mentalizar y convivir con el propio estado doloroso, incapacitante y desesperanzado, que repercute de vuelta en la mente, empeorando el ciclo cuanto más se alargue en el tiempo. Esto constituiría el aspecto somato-psíquico de las afecciones, cuya relevancia resulta enormemente influyente.

Se hace imprescindible por tanto generar, crear y consolidar una humanización de la asistencia sanitaria que reciba al paciente primero, como persona, y después, atendiéndolo a través de la escucha activa, la observación y una evaluación que busque, mediante la multicausalidad de los factores presentes en la vida de un individuo, la explicación más racional aunque para ello tenga que ampliar las concepciones de su campo de estudio. De esta forma es como se podría abordar realmente el sufrimiento del paciente, desde un primer inicio vincular que aporte seguridad en el profesional que lo lleve a cabo, además de resultados eficaces y a largo plazo.

Hasta ahora, la medicina utilizada como recurso exclusivo tanto para evaluación como para tratamiento, no ha logrado alcanzar los objetivos deseados, limitándose al tratamiento sintomático de las enfermedades crónicas con factores psicosomáticos asociados, como es nuestro caso. Tras revisar el estado de la cuestión a partir de los documentos con los que he trabajado el presente estudio, concluyo con que resulta un avance el hecho de que comience a tenerse en cuenta el papel sanador de la psicoterapia en un trastorno tan medicalizado y tan

físicamente sintomático. Autores como Kandel (2001) constatan que una psicoterapia bien hecha es capaz de modificar estructuras (funciones) cerebrales de manera estable, es decir, que puede modificar el material de la célula de forma que sea transmisible genéticamente a la descendencia. Tener acceso a tales datos debería aprovecharse para llevar a cabo programas de atención al paciente que consideren el trauma relacional temprano como una de las causas explorables a tener en cuenta por su alta asociación con los trastornos psicósomáticos.

La perspectiva desde la cual se propone observar el trastorno, comienza por la necesidad de que los clínicos de todos los ámbitos relacionados con el SII aborden dicho trastorno aplicando un enfoque más amplio, otorgando la necesaria relevancia que los antecedentes personales vitales del paciente desde su mismo período prenatal tienen, y que no realicen una intervención únicamente dirigida a controlar los síntomas sin preguntarse cómo ha llegado el paciente hasta ahí, observando su caso particular y su persona con una visión lo más holística posible.

Como ha podido ilustrar el análisis de caso, la paciente muestra significativos déficits en varios aspectos de su desarrollo vital que sin duda han ido contribuyendo al estadio final de la aparición de la enfermedad. Muchos como ella sufren este proceso y se ven solos y desorientados cuando la figura que ha de otorgarles consuelo y respuestas no puede decirles qué les pasa ni puede curarles.

Es responsabilidad de todo el personal sanitario el querer explorar nuevas alternativas diagnósticas y paliativas cuando las actuales no están funcionando y cuando la prevalencia de un trastorno como el síndrome del intestino irritable no para de crecer porque, la prevalencia demográfica no es un dato, son miles de personas actualmente en situación de dolor crónico.

## ANEXO

Entrevista de Apego Adulto (traducción por Begoña Aznárez del documento no publicado de George, Kaplan y Main, 1985).

1. ¿Podría comenzar orientándome sobre la situación de su familia en su infancia temprana, dónde vivían y todo eso? ¿Puede decirme también dónde nació, si se mudaron muchas veces?  
“Pues yo siempre he vivido en Madrid, nací en Madrid ciudad y me mudé a otra casa yo creo que más o menos tenía unos 10 años. Vivíamos en una casa así pequeñita, pero estaba muy guay. **La verdad es que mi infancia no...no la recuerdo mal, es decir, yo creo que teníamos otro rollo en el sentido sobre todo de mi padre** porque de lo que me viene a la mente, mucho de lo que recuerdo es que mi padre nos contaba historias de cuando él era pequeño y las recuerdo como con mucha alegría.”

¿Cuántos años tenías? “Pues...no sé, menos de 10 seguro porque me mudé con 10.”

¿Qué ocupación tenía su familia? “Mi madre era administrativa y dejó de trabajar cuando nos tuvo (a ella y a su hermana 4 años mayor) y mi padre es profesor. Sí que es verdad que la parte de mi madre la recuerdo más...más... Me acuerdo mucho que mi madre, si yo por ejemplo me caía...una vez por ejemplo, en el parque Juan Carlos me acuerdo que me caí, me hice un montón de daño en la rodilla, me salió mucha sangre y hubo una señora que se paró, me dio una toallita, me estuvo limpiando, y a mi madre la recuerdo como...como muy alterada por la herida pero a la vez sin querer acercarse mucho, ¿sabes? Es decir, yo sé que **cuando estaba mala, mi padre era el que se ocupaba más** de llevarnos al médico, tal...por ejemplo, una vez estuvimos en una comunión y me acuerdo que mi hermana, bajábamos al garaje a por el coche, y mi hermana y se cayó y se manchó todo el vestido, se quedó negro y puf...**mi madre...se puso en plan a gritarle muchísimo: ¡madre mía el vestido!** Entonces **tenía esa clase de reacciones, que bueno, que le hacían un poco distante, pero, tampoco luego nos lo pasábamos mal, ahí todavía éramos un poco pequeñas.** Y luego yo creo que fue cuando nos mudamos, era ya más la rutina de acabar las clases del colegio, ir a las extraescolares, etc., entonces ya llegábamos a casa agotadas y a dormir, **yo con mi madre tampoco hablaba mucho.**

Sobre eso que me cuentas de cuando te caíste, ¿tú te acuerdas de qué pensaste en ese momento? “Yo le decía: **mami, que me he hecho daño. No entendía por qué no venía.** Sí que es verdad que si estaba con fiebre o mala en casa, mis padres también eran muy especiales de decir: si no estás muy mala te vas a clase, ¿sabes? Y cuando estaba mala me cuidaba (su



madre), estaba conmigo y tal, pero a la hora de llevarme al médico era mi padre el que me llevaba. Yo ahí, pues bueno, no lo pensaba mucho, pero ya en el colegio iban pasando los años y yo le decía: **pero si tú no te ocupas nunca de mí, si tú nunca has hecho estas cosas que siempre ha hecho mi padre.**

¿Vivía alguien más con usted en la casa, abuelos, algún otro pariente? “No, no. Éramos mi hermana, mi padre, mi madre y yo.”

2. Me gustaría que me describiese la relación con sus padres cuando era niño remontándose tan atrás como le sea posible recordar. “Pues...no lo sé. **Yo con mi padre tenía una relación muy buena.** Mi padre era pues...no sé, **al que siempre le contábamos todo,** le decíamos que nos habían castigado y pues él a lo mejor te decía: bueno no pasa nada, toma un helado, anda. Y un poco así, ¿no? **Pero si tenían que regañarnos, los dos se ponían muy estrictos.** Y a mi madre pues no sé, no recuerdo así mucho, sobre todo, me acuerdo más de mi madre cuando estábamos toda la familia, íbamos a visitar a mi abuela o así...**pero recuerdos de mi madre conmigo...no...no sé. Tampoco sé desde cuándo recordar, a ver, sí recuerdo que mi madre me protegía en exceso,** también es verdad que si ahora tiro de memoria pues **si discutíamos mi hermana y yo se ponía de mi lado, me defendía, pero...no sé, no me acuerdo mucho.**”

3. Ahora me gustaría que escogiese 5 adjetivos o palabras que puedan reflejar la relación que tenía con su madre, remontándose tan atrás como le sea posible (entre los 5 y los 12 estaría muy bien). “Pues...no lo sé. **Distante** puede ser uno, no sé si el primero, pero es así el que me viene a la mente. (Hace una pausa larga) No sé qué decirte (vuelve a hacer una pausa de varios segundos). **Preocupada, preocupada en exceso, se preocupaba tan en exceso que a lo mejor no llegaba a ser cariñosa, tenía una manera de preocuparse no a lo cariñoso. Esa excesiva preocupación sí que se la he visto a mi madre desde siempre.** Mi madre no verbalizaba el cabreo porque mi madre no grita, pero es como...pero tenía una manera muy...de decir las palabras, es decir, sabía escoger las palabras bonitas. Por ejemplo, si después yo le decía: pero por qué no me has llevado al médico; ella me decía: cariño, pero no te preocupes que se te va a pasar. Pero eso ya lo hacía cuando ya pasaba más tiempo, sabía decirte algo que tu pensabas como, bueno vale, no pasa nada. **Pienso que a lo mejor ella no sabía cómo hacerse cargo de sus propias emociones y luego racionalizaba la situación y decía ese tipo de cosas. Familiar.** Siempre que podía iba a visitar a mis abuelos, siempre quería juntar a la familia, pero **cuando mis abuelos vivían.** Yo sí recuerdo que era muy familiar además justo en esa franja cuando yo

tenía 10 años fue **cuando se murieron y entonces ya mi madre dejó de ser familiar**, total. Me faltan más adjetivos, pero no sé decirte más. A ver sí que es verdad que era muy **protectora**, protectora era. Si yo discutía con mi hermana, me protegía mucho, o en el colegio, lo que sea, sí que se encargaba de prepararme el almuerzo para el recreo o preparar los trajes para las funciones de fin de curso y todo eso. Ella sí estaba atenta, para esas cosas pues sí. Y así de mi relación con ella... (pausa larga), ¿tengo que elegir otro adjetivo sí o sí? Pues ahora mismo no se me ocurre.”(Le cuesta mucho pensar en adjetivos para describir la relación con su madre).

4. Ahora me gustaría que escogiese 5 adjetivos o palabras que puedan reflejar la relación que tenía con su padre, remontándose tan atrás como le sea posible (entre los 5 y los 12 estaría muy bien) (Se lanza a contestar muy rápido y con mucha más soltura). “Ah pues mi padre muy **cariñoso. Protector-cuidador, pero mi padre cuando era protector lo demostraba, es decir, si me tenía que proteger porque me había caído, me cuidaba**. O por ejemplo era mi padre el que me venía a buscar al cole, y me venía a recoger, entonces pues **él me cuidaba, se hacía cargo de mí**. Si tenía dudas en los deberes o cosas así, quien me respondía era mi padre. Realmente **mi padre era más protector-cuidador y mi madre más protectora- restrictiva; mi madre me protegía prohibiéndome cosas y mi padre siendo cariñoso**. La verdad es que era **guay porque tenía como muchas historias**, me daba mucha curiosidad como: y en esto qué has hecho papi, qué te pasó. Con mi padre **se podía hablar**. A ver, supongo que con mi madre también pero cuando era muy pequeña, a lo mejor cuando tuve más consciencia de que pasaba de contárselo a mi madre fue más allá de los 10 años. No se me ocurren más adjetivos ahora para mi padre, pero bueno **tendrá muchos (sonríe)**. Ah sí, tranquilo, era **muy tranquilo**. Siempre ha sido tranquilo con todo el mundo, pero con nosotras nunca se alteraba, y supongo que **algo se me quedaba porque de verle tan plácido en contraposición a mi madre...pues era como...no sé me producía tranquilidad**.

5. Ahora, me gustaría que me dijese a cuál de los dos, padre o madre, se sentía usted más unida y por qué. ¿Por qué cree que no existía este sentimiento con el otro? “Pues a mi **padre por razones evidentes (se ríe)**. Sobre todo, me he sentido más unida porque he hecho todo con él, es decir, con el pasaba tiempo (me repite lo del cole, los deberes, el médico, etc.), **él estaba en mi día a día con todas las cosas, por eso no existía ese sentimiento con mi madre. Pero no pienso que mi padre le quitase el protagonismo a ella porque lo podrían haber hecho los dos, pero él asumía ese rol porque era lo que tenía que hacer.**”

6. Cuando de niña ¿se sentía triste o preocupada? ¿Recuerda qué hacía? *“No (lo piensa un rato). La verdad es que no lo sé. No me acuerdo. Es que no sé qué decirte.”*

7. Me pregunto si recuerda que alguno de los dos (padre o madre) le abrazase y le consolase en esos momentos, es decir ¿cuándo se sentía triste, frustrado, herido o enfermo? *“Recuerdo, que eso sí que es verdad, que mi madre me daba siempre un beso de buenas noches cuando era pequeña, pasaba por nuestras camas y nos daba un beso. Supongo que mi padre también lo hacía, pero **mi padre no ha sido mucho de dar besos y abrazos**. No recuerdo si me consolaban porque tampoco me acuerdo de qué hacía cuando era pequeña y estaba triste.”*

8. ¿Se sintió rechazado alguna vez siendo una niña? *“No rechazada pero sí había muchas veces que a lo mejor me sentía triste o así más allá de los 10 años, que me había pasado algo en el colegio o lo que fuera y **no lo contaba** porque pensaba: para qué. **Pensaba que no me iban a prestar mucha atención, o no había tiempo para contarlo** o a ver qué me decían. A lo mejor a mi padre le contaba los problemas cotidianos, pero no me iba mucho más allá. Con mis padres rechazada tampoco, pero quizá **con los estudios decepcionados sí, he sentido decepción de ellos hacia mí porque mi hermana siempre ha sido mucho mejor o más lista o sacaba mejores notas, y yo era pues...todo lo contrario...la comparación siempre la ha habido**. Antes era como exigencia: no lo cumples, pues mal; si lo cumples, es lo que tienes que hacer. Pero cuando era yo ya más mayor era como: ¡Dios se lo ha sacado! Muy bien. Entonces las tornas empezaron a cambiar porque mi hermana empezó a decir que ella había conseguido esas cosas antes y sin usar tantos recursos y no se habían alegrado así. Pero eso ya fue en mi adolescencia.”*

9. ¿Le proferían amenazas sus padres en algunas ocasiones? ¿Ya sea por disciplina como por hacer bromas? *Sí, con un novio que tuve cuando era adolescente. En el colegio lo que pasó, era que...bueno ellos sabían que yo estaba con un chico pero como **yo no tenía mucha confianza con mis padres**, cuando me oían discutir con él o lo que fuera no sabían el por qué ni nada. Entonces pues **mi madre, siempre en su afán sobreprotector**, tomó la decisión de hablar con de hablar con quien era mi novio de ese momento para decirle que tenía que cuidarme mucho para evitar discusiones que alguna vez teníamos... y **yo ahí me sentía muy frustrada** no entendía por qué tenía que meterse en mis relaciones o tomar decisiones que me afectaban a mi sin consultarme. Es por eso que cuando fui más mayor empecé a hacer lo que me daba la gana o mentir, me daba mucha rabia sus intromisiones.*

¿Le guardas rencor? (no lo duda) **Sí. Igual esta feo decirlo, pero sí. Yo siempre se lo he dicho a mi madre. Tu decisión fue equivocada y lo sé. Y por eso te tengo rencor.** Ella me contestó que en ese momento pensó que era lo mejor para mí, que por eso lo hizo y que lo volvería a hacer.

Pero pienso que el sentimiento que me prevalece ahí es la satisfacción de decir: es que sabía que estabas equivocada. Y sé que lo sabe, y me produce una satisfacción...**Entre la rabia por lo que me hizo y la satisfacción de saber que sabe que se equivocó, me pesa más la satisfacción.**

10. En general, ¿cuánto cree que las experiencias en su infancia con sus padres han afectado a su personalidad adulta? “No lo sé. En cierto sentido pienso que soy como soy más por mi hermana. Yo de pequeña era muy buenecita, bobalicona, y mi hermana hacía lo que quería conmigo. Yo con ella siempre estaba agradecida por todo. Me acuerdo de una escena en la que mi hermana leía mucho y yo siempre estaba muy emocionada porque jugara conmigo a las muñecas y siempre se lo pedía por favor. Y ella me decía coloca todo lo de las muñecas y juego contigo 10-15 minutos. Entonces jugaba un rato, había veces que no me hacía ni caso porque seguía con sus libros, pero yo aun así súper emocionada, y al poco se cansaba y me decía: venga, ordénalo todo. Y a lo mejor mi madre nos decía que lo ordenásemos las dos y mi hermana por lo bajo me decía a mí: ordénalo todo o no vuelvo a jugar. Y yo pensaba: jo que bien, hemos jugado. **Mi hermana hacia conmigo lo que le daba la gana cuando era pequeña, pero a mí me daba igual porque solo pensaba: qué bien, ha pasado un tiempo conmigo.** Hasta que ya hubo un momento que empecé a devolvérsela. **Y creo que me he hecho fuerte u orgullosa por las cosas que me hacía mi hermana. Mi hermana me ha hecho mucho ser quien soy y ella lo sabe.** Ella me dice que sabe que tiene parte de culpa en que ahora yo muchas veces sea borde con ella, de hecho, ahora de mayores pienso que se han cambiado un poco las tornas porque es ella la que me busca más a mí o reclama más mi tiempo que yo, porque **yo estoy ya desgastada con ella la verdad ¡Aunque la quiero mucho, yo por ella mato! La quiero más que a mi madre, a mi padre o a cualquier persona.** Más que a mi padre infinito, vamos. Simplemente, aunque no hable mucho con ella, si sé que lo está pasando mal, lo paso mal yo. **Yo me he visualizado mucho en ella, he seguido mucho sus pasos,** estudiando lo mismo que ella, tenemos gustos muy parecidos en muchas cosas, buscaba el mismo estilo de vestir que ella, no sé. De mis padres, me ha podido marcar que soy algo desconfiada, en el sentido de que como a ellos no podía contarles muchas cosas a veces me pasan cosas y no me sale contarlas a no ser que surja. **Como no estoy acostumbrada a decir las cosas porque pensaba: les va a dar igual, pues para qué lo voy a contar.** A lo mejor estaba cansada de estudiar y decía: jo, estoy cansada de estudiar, y ellos me decían: pues no has estudiado suficiente. **Sabía que mi problema se iba a**

**convertir en una bronca, en un “lo estás haciendo mal”.** Entonces, eso en algunas ocasiones. En otras ocasiones, como cuando estoy **en relaciones, jno me puedo callar nada! Si me molesta lo más mínimo tengo que decirlo porque para eso eres mi pareja, no es normal que me tenga que quedar con ello dentro sea lo que sea.”**

11. ¿Por qué cree que sus padres actuaron como lo hicieron durante su infancia? “No lo sé. Mi padre, porque sus padres fueron así con él. Mi padre era un niño de campo, creció con mucha libertad, se fue a vivir fuera muy pronto, entonces yo creo que esa tranquilidad la tiene, pero mi madre es la que le dice, esto no puede ser así, esto tiene que ser así y así. Lo de mi madre tampoco lo entiendo porque sé que mis abuelos eran muy estrictos con su educación, per, **cuando mi madre me cuenta su infancia, es totalmente distinta a la mía y me da rabia.** Mi madre también vivía en un pueblo y su vida era muy de aparentar, de ir bien vestidas, saludar a no sé quién porque lo decía mi abuela, muy de postureo en el pueblo. Pero **mi abuela todo con cariño, mi madre no se parecía a mi abuela en nada,** mi abuela era súper cariñosa con mi madre, con nosotras, con todo el mundo. Mi madre también era cariñosa con ella. Mi abuelo no estaba casi en casa y quizá la figura paterna le ha faltado a mi madre porque mi abuela era muy...vivía por y para mi abuelo, y mi madre no es así. **Mi madre era más la que tomaba las riendas en su casa y en mi casa.** Muchas veces he intentado saber si se comportaron igual con mi madre como ella conmigo en cuestión de estrictos y de educación, pero no veo que haya tenido mi infancia.”

12. ¿Hubo algún otro adulto a quién usted sintiera tan cercano como a un padre? “No.”

13. ¿Perdió en su infancia a alguna persona significativa de su familia, amigos cercanos? “A mis abuelos maternos, yo creo que tendría 10. Nadie más se me murió en ese entonces.”

¿Alguna otra pérdida significativa ya de adulto? “Mi abuela paterna, me ha marcado mucho.

14. Además de algunas de las experiencias difíciles que me ha comentado, ¿recuerda alguna otra cosa que haya sucedido en su vida que pueda ser considerada como potencialmente traumática? “Sí, mi ruptura con mi ex. Realmente eso tenía que haberlo dicho en las pérdidas significativas porque ha sido de las más significativas, estaba tan metida en mi infancia que no lo había relacionado, pero sí. **Mi ex me dejó y lo recuerdo completamente traumático.** Él me dejó y no quiso seguir conmigo, es decir, en cierto sentido él dijo que se iba a vivir fuera pero no

quiso ni intentarlo. Y yo pensé: ¿me quieres, pero no quieres intentarlo? No sé... Entonces pues él me reconoció que era muy joven y que pensaba que tenía que vivir algo más. Pero sí que me dolió mucho porque estábamos bien, aunque también pienso que fue mi culpa en parte. **Al principio teníamos una relación muy idílica porque nos decíamos todo y yo podía contarle todo, todo era perfecto, hasta que hubo un momento en el que sus explicaciones de las cosas, aunque fuesen tonterías no me valían y se lo sacaba todo el rato, y le luchaba mi razón y mis argumentos, hasta que se cansaba. También él hizo muchas cosas mal...Pero bueno, me da rabia ver como ahora hace cosas de manera distinta siendo más mayor a como las hacía conmigo.**

15. Ahora me gustaría preguntarle algunas cosas más acerca de la relación con sus padres.

¿Hubo muchos cambios en la relación con sus padres después de la niñez? Volveremos al presente en un momento, ahora lo que me interesa es lo referente a los cambios ocurridos justo entre la niñez y la época adulta. **“Sí. Cuando empecé a tener mi primer novio serio, yo creo que me asenté más. Al principio estaban muy desesperados porque yo hacía lo que me daba la gana. Ya la relación con mi padre no era la misma porque él se llevaba muchas broncas por mi culpa, bueno por culpa de mi madre en realidad. Mi hermana también ha tenido una relación distante con mi madre y ha evitado decirle muchas cosas, y mi madre le decía: pero por qué no cuentas nada de tu novio, y me acuerdo que yo le decía a mi madre: pero te sorprende, si nunca has tenido interés por nosotras ni por nada de nosotras. Me dijo que ella no lo veía así para nada y yo le saqué muchas cosas de la infancia en plan, yo no te recuerdo a ti que estuvieras para nada en esto o en lo otro. Ella me decía que lo sufría mucho, que lo sufría la que más y que siempre estaba ahí aunque no estuviese...ella en ningún momento pensaba que había hecho nada mal, ella no pensaba que tuviera que llevarme al médico. Su manera de sufrimiento en casa era para ella mucho más que acompañarme al médico, y yo le dije que no, que nunca había hablado con nosotras, que no nos preguntaba nada, ni qué tal el día. Yo me acuerdo que los siguientes días a decirle eso sí que me preguntaba que qué tal día, pero yo lo veía muy falso y le respondía muy escueta. Pero no sé qué es lo que le hizo cambiar a mi madre que se empezó a mostrar más interesada y ahora mi relación con ella ha cambiado, ahora es mejor, hablamos más y le cuento cosas. Por cierto, cuando con ella empezaron a mejorar las cosas con mi padre empezaron a empeorar porque al final se ha acabado distanciando de nosotras para evitar discusiones con mi madre. Si tú intentas hablar algo con mi padre no te**

***hace ni caso porque lo único que quiere es que se resuelva todo pronto... Yo a mi padre le sigo queriendo y adorando, pero ya no es lo mismo.***

16. Ahora quisiera saber cuál su relación con sus padres ahora como adulto. En concreto, ¿podría responderme a las siguientes preguntas?

- ¿Tiene mucho contacto con sus padres actualmente? *“Sí, vivo con ellos. Tengo bastante contacto. Si me pasa algo en el trabajo se lo cuento y cosas personales también.*

- ¿Cómo definiría la relación con sus padres en la actualidad? *“Más tranquila, más normal. Yo creo que ellos ahora están tranquilos porque como saben que tengo trabajo, que ya he podido llegar a mi “meta”. **Esta no era mi meta, pero para ellos sí lo era.** Tú no sabes qué es que siempre digan: ya tenéis vosotras vuestro trabajo estable, ya habéis acabado una carrera...Es como que, ya están tranquilos.*

- ¿Podría decirme alguno de los motivos concretos de insatisfacción en la relación actual con sus padres? *“Muchas veces anteponen problemas de otra gente a los nuestros. Ellos son unas personas que están pendientes del qué dirán y les importa muchas veces más mantener esa apariencia a que yo esté fatal, a que yo esté pasando por un mal momento o lo que sea. Con esas cosas yo pienso: ¿en serio te preocupas más por estas cosas que por mí? **Siento que muchas veces no me entienden**, estas cosas me molestan mucho. Siempre intentan **que sobre todo se solucionen las cosas de puertas para adentro.**”*

- ¿Podría también comentarme algún otro motivo especialmente satisfactorio? *“Que ahora se puede hablar bastante. Ahora tengo una relación más normal con ellos. Creo que es porque ven que ya he conseguido ciertas metas que ellos tenían como prioridad y están tranquilos con mi vida.”*

17. (No tiene hijos).

19. ¿Hay alguna cosa en particular que usted sienta que ha aprendido de sus experiencias tempranas como niño? Me refiero a algo que esté especialmente relacionado con el tipo concreto de infancia que usted vivió. *“La disciplina, no ser pasota con las cosas. Por ejemplo, ellos nunca me dejaban faltar al cole por tonterías y yo ahora soy muy responsable en el trabajo, que solo falto si estoy muy mala. Valorar el dinero también porque nunca lo he tenido fácil pero ahora lo valoro mucho, aunque en el momento no. También a ser más dura conmigo misma, saber qué quiero y qué no, sobre todo lo vuelco en las relaciones, dejando muy claro lo*

*que quiero y lo que no, diciendo esto es así yo soy así, pero eso me gusta. Ya no soy tan bobalicona así que eso a mi hermana se lo agradezco.”*

18.20. Si pudiera pedir 3 deseos para sus hijos, si los tuviera, para los próximos 20 años, ¿cuáles serían esos deseos? Me refiero, en parte, al tipo de futuro que usted desea para sus hijos. ¿Qué espera que su hijo/hijos hayan aprendido de sus experiencias de ser hijos suyos? *“Que no tengan mi infancia. Bueno no considero que haya sido mala porque no tengo recuerdos malos, pero no quiero que sientan que cojea una parte de la otra, es decir un padre de la madre o al revés. No sé explicarlo. Empiezo de nuevo. A ver, sobre todo, tengan **más libertad, más independencia** en sus decisiones que yo. Tampoco quiero pasarme. Que **no sean muy malcriados**, eso sí me ha gustado de mis padres, que me han hecho valorar mucho el dinero y las cosas, porque nunca me daban dinero, tenía que conseguirlo yo. Quiero que mis hijos se lo curren y sean listos. Y una tercera cosa es que puedan confiar en mí, que puedan contarme sus cosas no que pasen de mí, que sepan que les voy a ayudar.*



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

Aburto, M. (2007). Psicotraumatología (I): El trauma temprano. Revista electrónica de psicoterapia Clínica e Investigación Relacional (CELR), vol. 1 (1): 91-109. Disponible en [http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen11Junio2007/CeIR\\_V1N1\\_2007\\_6M\\_Aburto/tabid/264/Default.aspx](http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen11Junio2007/CeIR_V1N1_2007_6M_Aburto/tabid/264/Default.aspx)

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S. (1978). Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Baeza, C., Bulbena, A., Fenetrier, C. y Gely, M. (2011). Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. Psicología y Salud, 21(2), 227.

Benaïm, M. (1986). Los trastornos psicósomáticos: hacia un enfoque integral. Miranda: Equinoccio

Benasayag, R., Feixas, G., Mearin, F., Saúl, L.A. y Laso, E. (2004). Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio. International Journal of Clinical and Health Psychology, 4(1), 105-119. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740106>

Benoit, D. & Parker, K. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. Child Development, 65, doi: 1444-1456.10.6018/analesps.32.3.219801

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger. Nueva York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). A secure base. Londres: Routledge.

Castañeda-Sepúlveda, R. (2010). Síndrome de intestino irritable. Departamento de Medicina Interna, Hospital Christus Muguerza Sur. Monterrey, Nuevo León, México. Medicina Universitaria, 12(46):39-46

Cicchetti, D. (2002). The impact of social experience on neurobiological system: illustration from a constructivist view of child maltreatment. Cognitive Development; 17: 1407- 28

Cicchetti, D., Rogosch, F.A., Gunnar, M.R. y Toth, S.L. (2010). The differential impacts of early abuse on internalizing problems and diurnal cortisol activity in school-aged children. Child Development; 81: 252-69

Cierpka, M., Stasch, M., Dahlbender, R.W. y Grupo de trabajo OPD. (2006). El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD): Concept, reliability and validity. Rev Chil Neuro-Psiquiat; 44(2): 105-125

De la Parra, G., Pinedo, J., Plaza, V. y Alvarado, L. (2010). Diagnóstico operacionalizado: indicación y planificación estratégica en psicoterapia psicodinámica. Rev GPU; 6; 3: 364-371

De la Parra, G., Gómez-Barris, E. y Dagnino, P. (2016). Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Revista de psicoanálisis y psicoterapia, 6.

Delaporte, E. y Piette, F. (2007). Piel y afecciones del tubo digestivo. EMC – Dermatología, 41(4), 1-14. doi:10.1016/S1761-2896(07)70665-9

Duval, F., González, F. y Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. Rev Chil Neuro- Psiquiat, 48 (4): 307-318. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v48n4/art06.pdf>

Feeney, J. y Nollan, P. (2001). Apego adulto. Bilbao: Desclée de Brouwer

Ferenczi, S. (1984). Confusión de Lengua entre los Adultos y el Niño en Obras Completas. Tomo IV, cap. IX. Madrid: Espasa-Calpe. Disponible en <https://es.scribd.com/doc/48763045/Ferenczi-Sandor-Obras-Completas>

Fernández, A., Rodríguez, B. y Bayón, C. (2005). Trauma, disociación y somatización. Anuario de psicología clínica y de la salud = Annuary of Clinical and Health Psychology, 1, 27-38. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2527367>

Fonagy, P., Steele, H. y Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.

G.T.G.P.C. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable. (2005). Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/234105170\\_Prevalence\\_of\\_irritable\\_bowel\\_syndrome\\_in\\_the\\_adult\\_population\\_of\\_the\\_city\\_of\\_Chiclayo\\_in\\_201](https://www.researchgate.net/publication/234105170_Prevalence_of_irritable_bowel_syndrome_in_the_adult_population_of_the_city_of_Chiclayo_in_201)

Gabbard, G. O. (2004). Long term psychodynamic psychotherapy: a basic text. American Psychiatric Publishing Inc. First edition. Arlington V.A.

Gayá, C., Molero, R. J. y Gil, M. D. (2016). Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo (ttt). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Revista INFAD De Psicología, 3(1), 375. doi: 10.17060/ijodaep.2014.n1.v3.515

George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). The Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley. Traducción por Begoña Aznárez

González y Almeida (2016). De la patología vincular al trastorno de inestabilidad emocional. De cómo el niño se convirtió en erizo. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 61, 11-16. Disponible en <https://www.seypna.com/documentos/PSIQUIATRIA-61.pdf>

Grupo de Trabajo OPD. (2008). Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2), Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia. Barcelona: Herder.

Guzmán, R. E. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 234-243. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300009>

Hebb, D. O. (1949). *The organization of behavior*. Nueva York: Wiley

Iragorri, Á. M., Rosas, L., Hernández, G. y Orozco-Cabal, L. F. (2009). Efectos neurobiológicos de la psicoterapia. *Revista Med de la Facultad de Medicina*, 17(1): 75-80. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=3659998>

Janet, P. (1919/25). *Psychological healing*. New York: Macmillan

Khan, M.N. (1963). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286-306.

Ledoux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel

Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 472-486.

López, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 13(3). Disponible en <http://dx.doi.org/10.5093/cc2016a7>

López, J. y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7 (2), pp. 73-93

MacLean, P.D. (1990). *The triune brain in evolution: role in paleocerebral functions*. NuevaYork: Plenum Press

Main, M. y Hesse, E. (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? En Greenberg M. T., Cicchetti D., y Cummings E. M. (Eds.), *Attachment in the preschool years*, 161-182. Chicago, IL: University of Chicago Press

Marín, J.L. (2018). *Curso de Experto en Medicina Psicosomática y Psicoterapia de la Salud*. Madrid: SEMPYP

Marty, P. (1992). *La psicología del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu

Mearin, F. y Montoro, M.A. (2012). Síndrome de intestino irritable. En: Montoro, M.A. y García, J.C., (dir. y coord.). *Gastroenterología y hepatología: Problemas comunes en la práctica clínica*, 523-568. Barcelona: Jarpyo (2ª ed)

Naranjo, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 3 (2), 171- 190. Universidad de Costa Rica, Costa Rica. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44012058011>

Nieto, I. y López, M.C. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica contemporánea*, 7 (2), 87-104

O'Sullivan, S. (2016). *Todo está en tu cabeza: historias reales de enfermedades imaginarias*. Barcelona: Ariel

Ríos, M. P., Latorre, M., Martínez, M., Luján, M., Huguet, M., Sánchez, P. T., R. Cortell, R. y Medina, E. (2001). Irritable bowel syndrome: assessment of psychological treatment program. *Rev Sdad Valenciana Patol Dig*, 20(4):161-165.

Rodríguez, M., Gempeler, J., Pérez, V., Solano, S., Meluk, A., Guerrero, E. y Liemann, E. (2007). Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: Análisis de narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 36(2), 237-254. Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-745020070002000007&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-745020070002000007&lng=en&tlng=en)

Shapiro, F. (2001). *EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. Mexico: Pax

Simón, V. M. (1997). La participación emocional en la toma de decisiones. *Psicothema*, 9(2), 365-376. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=201383>

Ogden, P. (2009). *El trauma y el cuerpo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Piqué, J. M. y Lanás, Á. (2006). Necesidades no cubiertas en el abordaje del síndrome del intestino irritable. *Gastroenterología y Hepatología*, 29(6), 349-351. doi:10.1157/13089721

Porges, S.W. (1997). Emotion: an evolutionary by-product of the neural regulation of the autonomic nervous system. *Annals of the New York Academy of Science*, 807, 62- 77

Serrano, A., González-Ordi, H. y Corbí, B. (2016). Disociación, personalidad, sugestionabilidad, alexitimia y dificultades en la regulación emocional: un estudio correlacional. *Clínica y Salud*, 27(3), 147-155. doi:10.1016/j.clysa.2016.09.005

Shore, A. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: Norton

Talarn, A., Sáinz, F. y Rigat, A. (2013). *Relaciones, vivencias y psicopatología: las bases del sufrimiento mental excesivo*. Barcelona: Herder

Tort, S., Balboa, A., Marzo, M., Carrillo, R., Mínguez, M., Valdepérez, J., Alonso-Coello, P., Mascortc, J.J., Ferrándizc, J., Bonfilla, X., Piqué, J.M. y Mearin, F. (2006). Guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. *Gastroenterología y Hepatología*, 29(8), 467-521. doi:10.1157/13092567

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. y Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 413-423.

Van der Kolk, B.A. (1996). The body keeps the score. Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. En B. Van der Kolk, A.C. McFarlane y L. Weisaeth (Eds). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 214-241). Nueva York: Guilford.

Wallin, D. (2012). *El apego en psicoterapia* (2ªed.). Bilbao: Desclée de Brouwer