

# Trastornos alimentarios en la edad adulta

**Ana Belén Fernández Torres**

Psicóloga. Master en Psicología Clínica y Psicoterapia por la SEMPYP

## Resumen

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

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

## Abstract

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

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

## INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

## **FACTORES CONDICIONANTES, DESENCADENANTES Y MANTENEDORES DEL TA EN LA ADULTEZ**

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

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

### **Factores condicionantes**

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

### **Predisposición social**

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

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

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

## **Predisposición biológica**

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

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

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

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

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

## **Predisposición familiar**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Factores desencadenantes**

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

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

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

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

### **Factores mantenedores**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **PROPUESTA ABORDAJE TERAPEUTICO PARA LOS PACIENTES ADULTOS CON TA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Teoría del trauma**

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

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

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

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

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

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

### **Teoría del apego**

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

## **Teoría de los sistemas**

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

## **Teoría de la regulación del afecto**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Teoría de la mentalización**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

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

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

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

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

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

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

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, E. (1999). *Libro el comer emocional. Una guía práctica del control*. (Traducción de M. Isabel Hoppichler). Editorial Desclée de Brouwer, S.A. (Original en inglés, 1993)
- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Aznárez, B. (2021). *El trauma es de todos. Rompe el silencio*. Editorial Amazon.
- Aznárez, B. (2019). *Psicoterapia Breve con niños y adolescentes*. Editorial Sentir.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la metalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. (Traducido por Fernando Mora.). Editorial Desclée de Brouwer, S.A. (Original en inglés, 2016)
- Beato Fernández, L. y Rodríguez Cano, T. (2014). Edad adulta. En G. Morandé Lavín, M. Graell Berna y M. A. Blanco Fernández (coord.) *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral*. (pp. 143-152). Médica Panamericana, D.L.
- Beato Fernández, L. y Rodríguez Cano, T. (2014). Trastornos de la conducta alimentaria del adulto. En G. Morandé Lavín, M. Graell Berna y M. A. Blanco Fernández (coord.) *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral* (pp. 237-270). Médica Panamericana, D.L.
- Biedermann, K., Martínez V., Olhaberry, M. y Cruzat, C. (2009). Aportes de la Teoría del apego al abordaje clínico de los trastornos de alimentación. *Revista argentina de clínica psicológica*, Vol. 18 (3) pp. 217-226. [https://www.cienciaried.com.ar/ra/usr/35/847/racp\\_xviii\\_3\\_pp217\\_226.pdf](https://www.cienciaried.com.ar/ra/usr/35/847/racp_xviii_3_pp217_226.pdf)
- Bowlby, J. (1996). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego* (Traducción de Elsa Mateo). Paidós, Editorial Planeta, S. A. (Original en inglés 1988)
- Cebeiro, M. (2018). *El genograma: Un viaje por las interacciones y juegos familiares*. Ediciones Morata S.L. (edición original 2004)
- Cordella Masini, P. (2014). Influencias familiares en la génesis de los trastornos de la alimentación En G. Morandé Lavín, M. Graell Berna y M. A. Blanco Fernández (coord.) *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral*. (pp. 35-46). Médica Panamericana, D.L.

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

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

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