

TESIS DOCTORAL

Dpto de Filosofía

Facultad de Psicología

**“ANOREXIA NERVOSA: LA MELANCOLIA COMO SUSTRATO
PSICO-PATOLOGICO DE LA ENFERMEDAD”.**

Doctorando: Isabel Cabetas Hernández

Co-director: Dr. José Javier Fernández Soriano

Co-directora: Dra. Mercedes Valcarce Avello

Madrid, 1998

A mis hijos, con el mismo esfuerzo e ilusión
que ellos ponen en sus cosas.

INDICE

CONCEPTO	PAG
Agradecimientos.....	5
1. Introducción: Estado de la cuestión	7
1.1. Factores socio-culturales.....	7
1.1.1. El afecto.....	7
1.1.2. Las modas.....	8
1.2. Sustrato psico-patológico.....	13
1.3. El Tratamiento Multi-Disciplinar en la Anorexia Nervosa. Posibilidades...	20
1.3.1. Modelo cognitivo.....	24
1.3.2. Teoría de Sistemas.....	26
a) Escuela Estructuralista.....	27
b) Escuela de Milán.....	28
1.3.3. Terapia Psicoanalítica Grupal.....	29
1.3.4. Terapia Individual de Orientación Psicoanalítica.....	30
1.3.5. Factores para elegir el tipo de tratamiento.....	34
a) Tipo y severidad de los síntomas.....	35
b) Influencias de ambiente familiar y social.....	35
c) Factores de personalidad.....	36
1.3.6. Resumen. El tratamiento de la Anorexia Nervosa en los Hospitales..	37
a) España. Realidad Actual.....	37
b) Modelo Internacional Actual. Generalidades.....	39
2. Nuestro Supuesto Básico: la Melancolía en la Anorexia Nervosa.....	40
2.1. El conflicto edípico.....	40
2.2. Anorexia Nervosa: La Melancolía Como Psicopatología Básica	43
2.3. La Melancolía. Marco conceptual.....	48
3. Objetivo e Hipótesis.....	60
3.1. Formulación de la hipótesis. Motivos.....	60
4. Material y Método.....	62
4.1. Composición de la encuesta	64

5. Resultados.....	72
5.1. Datos Básicos	72
5.2. Entrevista Personal.....	74
5.3. Entrevista con la madre o los padres.....	75
5.4. Cuestionario HTP. Resultados.....	76
5.5. EL RORSCHACH en nuestra investigación sobre Anorexia.....	76
5.5.1. Medición en Rorschach de la Melancolía en nuestras pacientes anoréxicas.....	77
5.5.2. Diferencia entre la Melancolía y la Psicosis.....	82
5.5.3. Diferencia entre la Melancolía y la Depresión.	84
5.6. El cuestionario MCMI-II en nuestra investigación sobre AN.....	85
5.6.1. Patrones Básicos De La Personalidad.....	85
5.6.2. Personalidad Patológica.....	86
5.6.3. Síndromes Clínicos Moderados.....	87
5.6.4. Síndromes Clínicos Severos.....	87
6. Discusión.....	90
6.1. Factores Socio-Culturales de la Anorexia Nervosa.....	90
6.2. Etiopatogenia.....	91
6.3. Importancia de las primeras experiencias.....	99
6.4. El desarrollo evolutivo de la anoréxica y el ambiente familiar.....	100
7. Conclusiones.....	103
ANEXO I	
Composición de la encuesta: Elementos.....	105
ANEXO II	
Entrevistas: Sujetos entrevistados. Ejemplo de 1 caso.....	123
ANEXO III	
Casos Clínicos : Inés.....	164
Referencias Bibliográficas.....	168

Agradecimientos

Al irlos evocando, me han surgido tantas y diferentes personas y por motivos tan diferentes, que al final he optado por dirigirme a ellas en lista alfabética (salvo cuando su nombre va asociado a otro de letra diferente) como orden de citación más neutralizado.

No hubiera estructurado este trabajo con tanta coherencia y seguridad si *Ignacio Abaitua*, compañero e investigador, Médico, no me hubiera asesorado constantemente. Y sin el compañerismo y entusiasmo profesional de *Angela Almansa Martín*, Psicóloga. *Alejandro Avila Espada*, Doctor en Psicología y Catedrático de la Universidad de Salamanca, a sus muchos quehaceres ha querido añadir el de facilitarme conocimientos y datos sobre el cuestionario americano traducido por él MCMII-II, que tanto ha validado estadísticamente mi tarea. *Francisco Babín Vich*, Médico, Subdirector de Epidemiología en el Instituto de Salud Carlos III, a cuyas órdenes trabajo, ha respetado mi dedicación laboral a esta tarea y ha confiado en la utilidad de mi investigación. *Luis Calvallero Martínez*, Doctor en Medicina, Jefe Adjunto de Psiquiatría de la "Clínica Puerta de Hierro", participando como miembro del Tribunal refuerza nuestra cordial relación profesional. *Blanca del Castillo Aranda*, Psicóloga psicoanalista y experta en Rorschach, me ha impartido los conocimientos necesarios y me ha asesorado en todo momento. De manera especial *Julio Celada* y *Félix Paz*, ambos Médicos Psiquiatras del Sanatorio del Dr. León, me han abierto las puertas y me han facilitado con afecto y escucha mi tarea cotidiana en la recogida de datos. He de agradecer a *Pedro Chacón Fuertes*, Doctor en Filosofía y Catedrático de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, su ayuda de tutoría en este trabajo. También el aporte de *José Luis Dedios*, Médico responsable de Psiquiatría del Hospital Clínico, el de *Mercedes Rodrigo*, Psiquiatra y Médico adjunto del Hospital Materno-Infantil del 12 de Octubre, y el de mi compañera en formación psicoanalítica *Mercedes Denia*, Psicóloga del Hospital Ramón y Cajal; ellos me han ayudado y aportado medios de trabajo. Con *Francisco Delgado Montero*, Psicólogo, Psicoterapeuta dinámico y conocedor experto de la Dinámica de Grupos, he asistido a terapias de adolescentes que me han ayudado en el entendimiento de mis pacientes adolescentes anoréxicas. *Eugenio Fernández García*, Doctor en Filosofía y Vice-Decano de esa Facultad en la Universidad Complutense, ha querido acercarse a mi trabajo formando parte del Tribunal, llevado por su interés hacia el Psicoanálisis y la Anorexia Nervosa, de la que me ocupo en esta tesis. *José Javier Fernández Soriano*, Doctor en Medicina y en Ciencias Biológicas y Psicoanalista (APM), ha dado a mis hipótesis el rigor conceptual preciso al definir las, matizando mi objetivo y la forma de llevarlo a cabo en todo momento. *Rosario García Cordovilla*, Doctora en Biología y Profesora Titular del Departamento de Biología Celular en la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Complutense, me ha transmitido ilusión y saber en su asignatura de Doctorado: "Biología y Psicoanálisis". Forma también parte del Tribunal en la lectura de esta Tesis. *Miguel Ángel Jiménez Arriero*, Médico Adjunto de Psiquiatría del "H. 12 de Octubre", siempre ha contactado conmigo puntual y eficazmente en nuestras inquietudes laborales y profesionales. *Marta Lázaro Miguel*, Médica y Psicóloga, miembro asociado de la APM, querida profesora de la teoría freudiana, me ha hecho más segura en mis conocimientos específicos y conceptuales psicoanalíticos, sin lo cual no hubiera podido exponer con rigor mi hipótesis en este estudio.

José Carlos Mingote Adán, Doctor en Medicina y Psicoanalista, Miembro Asociado de la APM, Jefe de Sección del Servicio de Psiquiatría del "H. 12 de Octubre", ha querido aportar su colaboración y su presencia como Miembro de este Tribunal. *María Luisa Morales Zaragoza*, Doctora en Medicina, Psiquiatra y Psicoanalista, Profesora Asociada de la Facultad de Psicología en la Universidad Complutense de Madrid; es mi supervisora de casos clínicos, que me ha transferido sabiduría no sólo analítica, y bondad no sólo científica, a la hora de considerar cada caso clínico como ser humano susceptible de sanar por el hecho de existir con potencial para ello. El *Doctor Gonzalo Morandé Lavín*, Doctor en Medicina, Psiquiatra, Jefe de la Unidad de Psicología y Psiquiatría del "Hospital del Niño Jesús", ha confiado en mi tarea y me ha facilitado el contacto con hospitales para realizar las entrevistas. *Maite Moreno Casbas*, Enfermera e investigadora, me inspiró a la hora de decidirme sobre el tema y me concienció de su importancia. *Pedro Enrique Muñoz Rodríguez*, Doctor en Medicina, Responsable del Área de Epidemiología en el Servicio de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, ha secundado desde el comienzo mi trabajo y mi deseo de investigar en esta tarea y me ha dado pautas para ello cuantas veces lo he necesitado. *Pedro Pérez García*, Psicólogo, Responsable del Departamento de Psicología Clínica en la Fundación Jiménez Díaz, siempre ha estado dispuesto a asesorarme, desde sus conocimientos en Rorschach y desde su experiencia como Psicólogo clínico. *José Rallo Romero*, Profesor titular de Psiquiatría de la Facultad Autónoma de Medicina y Psicoanalista didacta de la APM, ha querido participar en el Tribunal de esta Tesis a pesar de sus muchas ocupaciones. A *Pedro Ruidrejo Alonso*, Doctor en Medicina, Catedrático Numerario y Director del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, agradezco igualmente que forme parte del Tribunal que juzgue este trabajo. *Mercedes Valcarce Avello*, Doctora en Psicología, Miembro Titular y Didacta de la A. P. M., Profesora Titular del Dpto de Psicología Evolutiva y de la Educación en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense, como Profesora de Doctorado me ha significado un punto de referencia tan importante como para solicitar de ella la co-dirección de esta tesis.

A todos ellos agradezco sinceramente tan positiva colaboración.

1. INTRODUCCION: ESTADO DE LA CUESTION

1.1. Factores Socio-Culturales

1.1.1. El Afecto

La alimentación en la vida humana es el comienzo de la vida relacional del sujeto en pareja. Con la alimentación incorporamos simbólicamente el entorno para asimilarlo y expulsar lo no asimilable, y esto no se hace sin sentimientos. Hay una fuerte relación entre la demanda afectiva y la satisfacción nutricia. El Ser Humano en sus primeros días de nacimiento ya experimenta la necesidad de establecer su primera pareja sentimental para sobrevivir y crea un fuerte vínculo con quien le alimenta. Pues del Ser Nutricio, generalmente la Madre, recibe sus primeras experiencias existenciales.

Y no sólo el Hombre: experiencias con primates han demostrado esta misma búsqueda de afecto en la alimentación. Tan necesitada de afecto está la experiencia alimenticia que entre un maniquí de saciedad (biberón de leche) y uno de afecto (maniquí de peluche), un mono recién nacido se inclina por este último. Por eso, siguiendo a Erich Fromm, podemos decir que de una madre se espera recibir no sólo leche (alimentación básica), sino también leche y miel (dulzura y afecto). Y es que desde el comienzo de la vida la relación dual es la mínima relación de comunicación y es básica para integrarse en la realidad. Y esta primera relación, pre-edípica en lenguaje psicoanalítico, será la base modelo con la que intentaremos construir las relaciones posteriores.

El conflicto afectivo con la madre que interfiere en la buena alimentación puede ser tan primario que así llega a explicarse la Anorexia Infantil. En el bebé la falta de apego dificulta de tal manera la nutrición que en casos de Anorexia Infantil hay que fomentar la relación afectiva antes de acercar al bebé al alimento. En una primera fase el bebé no pone nada en su relación básica de comida y limpieza. Lo recibe todo de fuera y lo registra desde un mundo de sensaciones, en un "vínculo de aislamiento" (o narcisismo primario). En esta primera fase sólo se preocupa de que el alimento le llegue, no de quién se lo envía. Pero en segunda fase la historia de vínculos va desarrollándose, pues ya el bebé va entendiendo que hay una relación con el Otro, el Ser Nutricio. En "vínculo de simbiosis" la primera sonrisa del bebé pone en marcha su capacidad para conseguir el alimento. Cuando su sonrisa, puesta por la Naturaleza para atraer al Adulto, consigue la motivación afectiva del Adulto, el bebé la potencia. Las emociones se van incorporando durante la maduración y el proceso de crecimiento. El llanto igualmente tiene una función comunicacional: sirve para expresar desacuerdo, necesidad y malestar o disgusto.

Continúa en el desarrollo biológico la transferencia emocional mutua madre-bebé. No es sólo entre humanos. Estudiando las relaciones entre animales se ha llegado a notables descubrimientos. En Rusia experimentos con gatitos que están a distancia perceptual de la madre han demostrado que cuando a estos cachorros les quitan la vida se detectan en la madre sensaciones y sentimientos de muerte. Entre animales la madre o alimentadora está profundamente involucrada en el desarrollo y subsistencia del cachorro. Y en humanos se ha comprobado la transferencia de gustos alimentarios al ver cómo bebés alimentados por enfermeras a las que les gustaba la naranja y disgustaba el limón (o viceversa) tenían las mismas preferencias de gusto que sus guardadoras.

Sigue originando el crecimiento la formación de "vínculos". El desarrollo muscular del niño le permite comenzar a individualizarse y diferenciarse, lo cual supone una autonomía gradual desde una situación de dependencia. Los vínculos de "dependencia" y de "autonomía" proceden a los vínculos de "aislamiento" y "simbiosis" en el desarrollo y crecimiento humanos.⁽¹⁾

Vínculos de aislamiento, simbiosis, dependencia y autonomía los va desarrollando el Ser Humano en su crecimiento y en su alimentación. En la Anorexia Nervosa falla el "vínculo de autonomía" y se produce una regresión imposible al "vínculo de simbiosis", rebotando en su peregrinación inútil al aún más regresivo "vínculo de aislamiento". Camino equivocado, pues en esa regresión que emprende el paciente para solucionar su angustia habría de abandonar para evolucionar con éxito el "vínculo de simbiosis" y pasar al de "dependencia", pero al no poder evolucionar sanamente, no puede investir la realidad exterior para contrainvestir la realidad interior angustiosa y se sumerge en el aislamiento anoréxico.

La paciente anoréxica tiene obstaculizado el acceso a la madre y con ello su desarrollo libidinal. Tan evidente y perpetuada está en ella la dificultad en la relación dual, que su problema, una vez emparejada de adolescente o adulta, se transmite con frecuencia a su nueva vida familiar. Hay estudios que valoran una mayor severidad en los síntomas de la mujer anoréxica casada respecto a la no casada⁽²⁾. Y se repite el conflicto primario madre-hijo cuando la anoréxica alimenta a su hijo. Son frecuentes los casos de malnutrición en los bebés de estas pacientes.

1.1.2. Las Modas

Ante todo queremos distinguir entre el deseo de adelgazar controlado y voluntario y la AN, donde el impulso por adelgazar continúa más allá de los primeros propósitos de perder algunos kilos y se sigue de forma compulsiva y angustiosa, buscando la delgadez esquelética, no ya estética, como objetivo, sin prestar ninguna atención a problemas de salud graves, con una actitud mecánica que se hace auto-estimuladora de la patología. Así pues, la tendencia a adelgazar y la AN están muy lejos de coincidir plenamente, aunque la gente las confunda tan a menudo.

Sí hay un referente social y cultural divulgado a través de los medios de comunicación, preferentemente la TV, que influye en la prevalencia e incidencia de la tendencia a adelgazar voluntaria, no compulsiva, que nada tiene que ver con la AN. El peso es importante en nuestra cultura, especialmente para la mujer. Hay una gran mayoría de adolescentes de nuestra sociedad que no están conformes con su peso y que desean disminuirlo de alguna forma, frecuentemente con dietas y no siempre sanas. Y en este deseo juvenil incide la TV y su publicidad. Y es verdad que conviene controlar los mensajes y mitos propagados por los media. También es verdad que a través de la publicidad se tiende a propagar una imagen delgada de la mujer y una apariencia fuerte en el hombre. Eso ha llevado a correlacionar el crecimiento de la AN con los mensajes publicitarios, pero es muy discutible. No es en el peso donde se desarrolla la patología anoréxica. Son las actitudes y valores que subyacen a esta problemática, por lo que las líneas de investigación apuntan hacia el análisis psicológico de las actitudes que estas pacientes tienen hacia su cuerpo.

Si nos centramos en la AN, lo primero que consideramos es que el descubrimiento freudiano del Inconsciente nos impide sostener que una moda pueda ser la causa única y directa de la enfermedad. El origen y la causa de esta perturbación son más profundos e inconscientes. Puede estar influyendo en el proceso la moda de mantenerse delgada, pues aunque la motivación inconsciente esté en el miedo a la pérdida de un Ideal en la relación individual con un Ser Super-Yoico que suele ser la Madre, el Ideal que teme perder la anoréxica puede ser el transmitido inconscientemente por los padres a través de la Cultura, y este Ideal en las sociedades avanzadas actuales tiene mucho que ver con la moda de conseguir la esbeltez máxima y una delgada silueta.

Hay todo un mensaje latente de la Sociedad hacia la anoréxica que le habla de ser más aceptada socialmente si es más delgada. También es posible que inconscientemente la madre actual en una sociedad desarrollada transmita a la hija como patrón cultural Ideal la búsqueda de lo andrógino, para equilibrar las oportunidades de libertad y competitividad en la mujer. La extrema delgadez buscada como Ideal tendría que ver con estímulos de vida e influencia de patrones sociales.

Es evidente que la Histeria en el siglo XIX era una psicopatología esencialmente femenina y estaba imbuída de factores de moda, sociales: la mujer de entonces tenía una profunda represión sexual y social, estaba constreñida al hogar y a la monogamia impuesta y eso eran causas sociales de la Histeria, pero esto no quiere decir que no tuviera raíces profundas inconscientes. Por la misma razón y en igual sentido, podemos hablar del tiempo y el mundo social actual como propiciadores de la Anorexia, pero no excluir por ello motivaciones inconscientes. La AN está irreductiblemente unida a situaciones sociales en las que la autenticidad o la validez personal quedan bajo sospecha. El que los trastornos de la alimentación sean propios de la Sociedad actual nos cuestiona esta Sociedad obligándonos al cambio, como la histórica cuestionaba con su actitud valores sociales del siglo XIX.

El modelo cultural feminista de la Sociedad actual nos plantea la cuestión de la construcción del Self en el tratamiento de la AN, sugiriendo la necesidad de una reconceptualización que nos permita entender mejor la ritualización de conductas en la AN de cara a la búsqueda de ese modelo femenino cultural y del modelo médico de nuestra sociedad.⁽⁸⁾ Estas pacientes tienen un persistente sentimiento de ineficacia. Sus pensamientos y sentimientos ineficaces son un reflejo pasivo ante las expectativas y demandas sociales. Pues la identidad personal y la experiencia individual de cohesión, continuidad y mismidad del Self depende sobre todo de la capacidad del individuo para sintetizar y reunir aspectos divergentes y conflictivos de la experiencia social y cultural. Y la autoestima y la autonomía en la adolescencia dependen de esta competencia.

Un examen detallado de las manifestaciones y evolución de la AN en diferentes sociedades del Mundo actual puede hacernos ver las presiones globales y el impacto de los cambios sociales en la Mujer, que repercuten en su Self y su cuerpo. Los conflictos de ideales y frustración resultantes se reflejan en la literatura transcultural y afectan a etnias y grupos socioeconómicos de Este y Oeste, anteriormente inmunes a tales desequilibrios. Muchos problemas sociales por resolver están causados por estos conflictos psíquicos descritos.

Se habla así de la AN como una rebelión de la Mujer actual a su tradicional status subordinado, en actitud de desconexión social, sentimiento de transición y de opresión, como resultado de cambios sociales impuestos y no aceptados en su vida personal y de la transformación política y social no asumidas. Por ejemplo, actualmente las mujeres chinas de Hong-Kong nacen en familias en las que los valores colectivos se re-cuestionan y confrontan con modelos individuales de personalidad, pudiendo producir desequilibrios psicológicos. La transición como mujer se mueve así entre dos mundos, y el adaptarse a una nueva cultura, a un grupo sub-cultural diferente, puede resultar una experiencia plagada de sentimientos de soledad y desconexión⁽³⁾.

El deseo de adelgazar está mas patente en la realidad social actual del mundo desarrollado de Occidente, y empieza a extenderse a otros países desarrollados orientales, como Japón y recientemente China.⁽⁴⁾ En culturas como la árabe la AN hoy es rara. Pero un estudio reciente árabe ya menciona 5 casos de AN, 3 mujeres y 2 hombres. La ocurrencia de estos casos es atribuida al contexto de cambios socio-culturales y a la creciente occidentalización de la sociedad árabe⁽⁵⁾. Es curioso que en el caso árabe que comentamos se equiparen los sexos de los pacientes anoréxicos, quizás porque el rol sexual en Arabia también lo facilite.

La AN ha incrementado su prevalencia durante los últimos 30 años en la sociedad occidental y se asocia claramente a la población femenina con ciertos déficits en la constitución del Self. La delgadez es, desde los años 60, una obsesión cultural de masas a la que se le atribuye atractivo sexual y de la que depende claramente la auto-estima y el éxito social.

La asociación "Obesidad - NSE" (nivel socio-económico) es diferente en contextos socioeconómicos distintos, constituyendo una relación directa en países pobres e inversa en países desarrollados. Esta relación "Obesidad-NSE" es compleja pero existe una interacción indudable y de distinto sentido en poblaciones de alto nivel de desarrollo.

Por el contrario, en ciertas culturas primitivas o poco desarrolladas, el sobrepeso es visto como un signo de prestigio social y de riqueza. Son sociedades donde hay escasez de alimentos y donde comer es un privilegio social. La acumulación de grasa en estas mujeres puede ser percibida como un signo de belleza y de atractivo sexual, y en estos países las mujeres son enviadas a "lugares de engorde" antes de contraer matrimonio, pues la gordura en estas sociedades es signo de poder y de capacidad social y económica, y supone un prestigio social acceder sobradamente a los alimentos.

En los países desarrollados existe la asociación inversa ya comentada, según la cual, los individuos de mayor NSE tienen, en general, menor frecuencia de obesidad⁽⁶⁾, salvo situaciones extremas y no deseables, patológicas, en que la sociedad enferma por abuso de alimentos y la obesidad se contrae por exceso de consumo alimentario. Esta asociación inversa Obesidad-Nivel socioeconómico de las sociedades desarrolladas del mundo occidental es extraordinariamente consistente en la literatura científica de los últimos años.

La asociación directa "Obesidad-NSE" en países pobres ha sido explicada por la menor disponibilidad de alimentos de estas sociedades pobres, que ven en la gordura un signo de prosperidad deseable, mientras que en los países en desarrollo son los individuos con un mayor NSE los que viven como algo indeseable la obesidad, y como enfermedad más que como necesidad el exceso de alimentos. En estos países desarrollados existe la reacción juvenil contra la obesidad enfermiza o signo de un bajo nivel cultural, y es donde brota y se desarrollan como extremos patológicos reactivos tanto la Anorexia como su contraria, la Bulimia, enfermedad de exceso más grave y mucho más frecuente aún que la Anorexia, teniendo la Bulimia repercusiones en la salud muy importantes y siendo fuente de muchas enfermedades serias e incluso letales. Pero es una tendencia patológica en los países desarrollados, que conscientes del peligro de la obesidad desarrollan la sana costumbre social de estar más delgado el individuo cuanto mayor es su formación y su conocimiento. En estos países desarrollados la obesidad presenta un problema epidémico más claro en las clases más desfavorecidas.

La asociación inversa "Obesidad-NSE" propia de los países desarrollados no tiene efecto diferencial por sexo en la infancia, pero sí es mucho más consistente en las mujeres que en los varones cuando llegan ambos a adultos, interesándose mucho más la mujer que el hombre a partir de la pubertad en ser portadora de una esbeltez considerada socialmente síntoma de buen status, instaurándose y consolidándose esta diferencia a lo largo del ciclo vital. Este efecto diferente por sexos puede ser uno de los principales elementos que expliquen las diferencias por sexo en la patología anoréxica, en la que también se persigue esta delgadez exagerada. Indudablemente, la cuestión da entrada a un complejo problema de distribución por sexos de salud en la población. Hoy las cifras de Anorexia Nervosa por sexo continúan siendo de 10 mujeres por cada varón como media internacional, y aunque cada vez hay más varones anoréxicos siempre la cuantía se incrementa en esta proporción aproximada.

También hay clara asociación del ejercicio físico con el peso corporal y con el NSE. La opinión acerca del ejercicio varía con el NSE. Son los individuos de clase social alta los que realizan con mayor frecuencia ejercicio en los países desarrollados. Sin duda los mejor dotados social y económicamente practican más el deporte, tienen más locales para ello y le dedican más tiempo. Y son los que con más frecuencia creen que su peso está por encima de lo normal y que su fuerza física ha de ejercitarse. La actividad física en el tiempo libre es la más importante para la clase social privilegiada desde el punto de vista epidemiológico, ya que se asocia a otros estilos de vida saludables. Como veremos más adelante, la anoréxica participa de este punto de vista de la sociedad actual hasta el punto de que suele tener una tendencia "maníaca" hacia el ejercicio físico, que persigue con resistencia inagotable y asombrosa para su lamentable estado corporal. Con el ejercicio, la anoréxica busca mantener su excesiva delgadez.

En base a esta relación comentada "Obesidad-NSE" las tendencias alimentarias en los países desarrollados cambian en cantidad y en calidad. En España los hábitos de dieta están modificándose profundamente desde los años 60, instalando los jóvenes una dieta variada y equilibrada, e introduciendo un mayor consumo de fibras y una alimentación baja en grasas y rica en fruta y verdura. Son costumbres sanas que reducen la grasa corporal, mejoran la elasticidad de los tejidos y la circulación sanguíneas. La siguen los jóvenes con gran diferencia de mentalidad respecto a los mayores, más reacios a la dieta anti-colesterol⁽⁷⁾.

La actitud más reaccionaria de los mayores puede producir dificultades y rebeliones de los jóvenes frente a la alimentación familiar y explicar la actitud contraria juvenil al exceso de alimentación grasa de los mayores como respuesta de auto-afirmación y rebeldía. Utilizando el nivel de estudios como variable de NSE, son los jóvenes universitarios, sobre todo las mujeres, quienes con un BMI (Índice de Masa Corporal o "Body Mass Index") normal (20-24,9 Kg/m²) piensan que su peso es mayor o mucho mayor que lo normal, con una visión que a veces a los mayores parece distorsionada y no llega a serlo desde la moda actual. Por eso interesa insistir que no toda tendencia a la delgadez es patológica y anoréxica, sino que hay mucha y muy sana que obedece simplemente a pautas sociales y no conlleva la gravedad que se le adjudica fácilmente. Con todo, es necesario que la sociedad española comience a matizar este Ideal de adelgazamiento que transmite a través de los medios de comunicación. De hecho, en España el Partido Socialista de Cataluña ya ha reclamado recientemente que se cree una comisión departamental y de expertos para estudiar y emprender acciones destinadas a paliar la incidencia de los trastornos alimentarios. Y la Consejería de Sanidad de Extremadura, consciente de la patología anoréxica como un problema creciente en la juventud actual, está elaborando protocolos en consenso con el Insalud para conseguir la detección de trastornos alimentarios de Bulimia y Anorexia.

Así pues la actitud de las pacientes anoréxicas puede ser en parte una manifestación exagerada de su rebelión frente a la dieta impuesta por sus mayores, prefiriendo las tendencias de alimentación de la sociedad más desarrollada. Pero vista como psicopatología, hemos de ver en la Anorexia algo más que esta moda social, una rebelión patológica y convulsiva hacia el deseo materno de que no peligre la supervivencia de la hija por falta de alimentación.

El negativismo y la rebeldía cultural muda que comporta la AN produce reacciones emocionales paradójicas y contradictorias en el observador, que van desde el rechazo a la admiración secretas. La inanición voluntaria tiene una larga tradición cultural como instrumento de poder, control y manipulación. Recuérdense las huelgas de hambre, las anorexias sagradas de la Italia medieval, etc. La AN tiene una dimensión política importantísima en el ámbito socio-familiar, vehicula una especie de rebelión inarticulada por el poder socio-familiar, en actitud política de negativa total (Anorexia Restrictiva) o de claudicación parcial (Anorexia-Bulimia) a través de la comida compulsiva y el vómito posterior.

Las anoréxicas no sólo siguen la moda bajo la presión social sobre la imagen del cuerpo femenino. Están muy perdidas, sin cohesión grupal, e influenciadas por los cambios sociales que repercuten en el plano familiar. Muy deseosas de ser integradas en la sociedad aunque ello les suponga arriesgar su salud a tal extremo que pueden perder la vida. Y en su ambivalencia, muy deseosas de ser diferentes. Impregnadas de la correlación publicitaria entre la valía y el control de peso, pero hasta el extremo de hacer de la delgadez el motivo más necesario e importante para ser "bien vistas". Dependiendo de la opinión social, como prolongación de su dependencia con los padres, que siente que se avergonzarían de tener por hija a una "gorda impresentable".

Toda esta evidencia ha llevado a sugerir la hipótesis de que la existencia de presiones familiares y sociales para mantener una imagen corporal aceptable y acorde con los valores sociales dominantes es responsable, pero sólo en parte, del desarrollo en la sociedad de la psicopatología anoréxica. Y desde luego, hay desventaja del género femenino en esta exigencia social de adelgazar. Como tantas veces en la Historia de la Humanidad, la mujer se hace cargo de un mandato social hasta el masoquismo y la patología psíquica y cumple este mandato a rajatabla, esta vez a costa de su propia salud y con efectos corporales irreversibles. Como la histérica en el siglo XIX y a primeros del XX aceptaba las normas sociales de represión sexual y confinamiento en el hogar hasta dañar psíquicamente su personalidad, la anoréxica acepta la moda de la delgadez hasta límites psíquicos inaceptables.

Esta influencia de la moda no llega a justificar la AN⁽⁸⁾, y no se contradice con las motivaciones inconscientes y ambivalentes de la anoréxica de servir a un Ideal del Yo, la madre, pues esta madre es transmisora inconsciente del Ideal Cultural de estar excesivamente delgada, y a la vez transmisora de lo contrapuesto: su deseo de ver crecer con salud y buena alimentación a su hija. De ahí la ambivalencia. Siente que la madre desea que socialmente su hija sea aceptada. Para ello, piensa la luchadora anoréxica, es necesario estar delgada. Pero al tiempo esta disgustando a la madre, pues pone en grave riesgo su vida. Entra pues en un círculo contradictorio.

1.2. Sustrato Psico-Patológico

La Anorexia Nervosa es algo más que una respuesta a la demanda de la delgadez como belleza que hay en la sociedad desarrollada actual. Sería demasiado simplista verlo así y sobre todo tendría una solución más fácil. Pero se trata de una actitud profundamente patológica al seguir la moda, de auto-castigo corporal, que puede poner a la paciente al borde de la existencia. La Anorexia Nervosa no es sólo trastorno alimentario, como se ha dado en definirla, sino más exactamente trastorno psíquico alimentario.

El riesgo de muerte por AN es un hecho, y en la terapia esto es un factor ansiógeno para el terapeuta que ve con impotencia que la paciente afronta este riesgo letal con total indiferencia y en actitud sado-masoquista, pues provoca en sus cuidadores una impotencia muy difícil de soportar y se hace daño a ella misma. Un 5% de ellas muere, un 50% cura tras 2 años aproximadamente de tratamiento psicológico, un 20% mejora, otro 20% logra comer bien pero queda con bajo peso crónico y un 5% revierte en población obesa que sueña siempre con comer y/o ingiere bebidas en exceso, sean o no alcohólicas. Son estas recientes apreciaciones de la Dra. Silva Mari, Médica Endocrinóloga Especializada en la Universidad de Columbia y en la Universidad de Nueva York, expuestas en Mesa Redonda celebrada en Madrid, (Colegio Mayor Santa María de Europa, 25/4/98) por la Escuela de Clínica Psicoanalítica de Niños y Adolescentes de Madrid.

En la paciente no hay pérdida de apetito: simplemente lo ignora, lo trasciende. Y en superar el apetito negándose a comer está uno de sus mayores triunfos. La Anorexia Nervosa afecta a mujeres y suele empezar (hay también niños y niñas) antes de la pubertad, ahora cada vez más precozmente. Quizás esto se explique porque en el desarrollo humano la evolución psíquica en general es también más precoz actualmente.

La ausencia aparente de hambre en la Anorexia Nervosa no es un trastorno en principio biológico, sino psicológico en su origen y sólo en sus consecuencias y desarrollo de gran importancia biológica⁽⁹⁾, pues el mantenimiento del trastorno induce a una severa malnutrición y a una hiper-actividad. Para no agravarlo, es muy deseable la detección precoz, que siempre juega a favor del paciente.⁽¹⁰⁾ Y para su evolución más favorable conviene saber que tienen mucho mejor pronóstico los casos antes detectados y de menor historia que los de más larga duración y más tardíamente atendidos. La curación siempre es más fácil cuando el problema se detecta en sus fases incipientes.

En la AN hay una actitud contundente contra el medio. La restricción alimenticia se adopta en actitud de vencer el hambre y es tan implacable como la tendencia natural de la especie humana a alimentarse, contra la que se lucha con análoga fuerza y a muy alto precio. Caer en el deseo natural de comer produce a la paciente anoréxica rabia, culpa, sensación desagradable de plenitud gástrica y sentimiento de soledad y derrota que compensa vomitando, restringiendo aún más la alimentación, con hiper-actividad y/o con purgas. Estas maniobras de "contra-ataque", compensadoras para eliminar el exceso bulímico, le reducen al paciente la ansiedad y le facilitan la relajación de forma inmediata, pero a más largo plazo le producen pérdida de identificación de las señales de saciedad, haciéndole caer en perpetua circularidad de "atracción-purga".

La AN es una patología clandestina. Para detectarla es conveniente que el médico atienda a variables tanto biológicas como psicológicas, pues ambas componen el cuadro con la misma importancia.

Al DIAGNÓSTICO de la Anorexia Nervosa puede llegarse por las siguientes características:⁽¹¹⁾

- 1- Un gran temor a engordar, aunque la paciente tenga peso insuficiente, con negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso normal mínimo para edad y altura; por ejemplo se puede dar una pérdida de peso dirigida a mantener un BMI menor de 15 (BMI =Índice de Masa Corporal. Este índice es igual al cociente de dividir el peso corporal por la talla al cuadrado. La normalidad está situada entre 20 y 25). El adelgazamiento se vive con total ausencia de angustia. La paciente se identifica por su apariencia esquelética y hace todo por mantenerla. El adelgazamiento es el síntoma central de la AN.

Esto lleva a la anoréxica a rechazar cualquier alimento que no sea con bajo contenido energético, como frutas o verduras. Y a preferir recetas culinarias que no requieran el uso de aceites o grasas, evitando por todos los medios los alimentos ricos en hidrato de carbono como pan, patatas y dulces, y especialmente las grasas y salsas. En general, sus gustos están marcados por el bajo contenido calórico y no por el paladar. No hay afición por las pastas, tan especialmente preferidas por las adolescentes⁽¹²⁾. La anoréxica parece haber olvidado el goce de comer (y de comunicarse comiendo) en su afán de adelgazar.

Para asegurarse de evitar dietas calóricas la anoréxica controla la elaboración de las comidas. Según el estudio referido en el párrafo anterior ⁽¹²⁾ del Dr. Morandé y otros, en una muestra de 45 adolescentes diagnosticadas de Anorexia un 26% se preparaba la comida y un 26% vigilaba la preparación. Estos porcentajes descendían a un 13% y un 9% en los controles.

2- Frecuente amenorrea incluso antes de adelgazar seriamente, con ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. La amenorrea es corriente en la Anorexia Nervosa femenina, precediendo a menudo al adelgazamiento y persistiendo frecuentemente durante algún tiempo después de la recuperación del peso. No parece un síntoma secundario al adelgazamiento, sino más bien un síntoma esencial de la AN, una inhibición psicósomática consecuenta a su retracción psíquica al desarrollo sexual.

La amenorrea, junto a un aumento de los niveles de ciertas hormonas como el cortisol, ha sido asociada con la aparición de osteoporosis. Se ha comprobado que las pacientes que recuperan la menstruación de forma natural mejoran la fortaleza de sus huesos.

3- Resistencia al tratamiento, alegando en ocasiones no haber motivo para éste cuando su apariencia extrema de delgadez está indicando lo contrario.

4- Escasa alimentación, a veces acompañada de episodios bulímicos de atracones seguidos de vómitos. Son actitudes que pueden llevarse con tanto disimulo que tardan en detectarse. ⁽¹³⁾

En plena ambivalencia, no es inusual que se padezca Anorexia y Bulimia simultáneamente, privándose la paciente de comida para atracarse más tarde y devolver después. Es una muestra más de su enorme confusión, descontrol y ambivalencia. Los vómitos frecuentes dañan directamente el esófago y los dientes, aparte de las deficiencias que todo el organismo detecta con la escasa alimentación.

Aunque estos puntos deberían ser suficientes para el diagnóstico, no siempre la anoréxica los muestra y con mucha frecuencia los disimula u oculta, por lo que se retrasa un diagnóstico precoz que puede ser muy valioso. En base a ello añadiremos otras características que ayuden a la detección de la enfermedad.

5- Son síntomas frecuentes los trastornos del sueño, aunque es un aspecto en el que se ha hecho muy poco hincapié y que tiene un profundo interés psicológico para estudiar a esta paciente, que tiene fallos tan grandes en su elaboración simbólica como es el de desarrollar el síntoma de no comer por no poder elaborar qué es lo que no quiere incorporar en su vida. Los trastornos del sueño nos están hablando de esta dificultad de elaboración simbólica.

Este apartado nos parece cuestionable. Hay estudios que contradicen esta afirmación asegurando que el sueño de los pacientes con AN es, tanto en cantidad como en calidad, similar o incluso mejor que el de los grupos control, y que sus contenidos se caracterizan por la casi total ausencia de sueños alimentarios, sexuales o agresivos, y por el predominio de factores de realidad, participación activa del soñador, tonalidad desagradable de sentimientos y riqueza de elementos sensorio-perceptivos. Pero también se ha concluido de manera contrapuesta, advirtiendo que en el análisis de los sueños de estos pacientes destacan los temas de muerte, angustia, alimentación y abandono. Habría que investigar más en este aspecto.

6- Estreñimiento y dolor abdominal. Ello es debido a que se alentiza el proceso gástrico, se hace torpe y doloroso como consecuencia de su bajo funcionamiento.

7- También la creciente escasez simbólica (elaboración de pensamiento), sobre la que ya nos hemos extendido al hablar de los trastornos del sueño en el apartado 5, pues vemos ambos aspectos psicológicamente muy relacionados. El sueño es una elaboración simbólica.

8-Hay abandono de las actividades normales.

Cuanto más temprano comienza la Anorexia Nervosa y cuanto mayor es su duración, más aislada se vuelve la enferma y más se repliega en un pequeño mundo de rituales y obsesiones con respecto a la comida. El factor de aislamiento es engañoso para detectar la Anorexia Nervosa, pues la adolescencia se caracteriza por conductas sociales distorsionadas y aisladas con frecuencia y que no son necesariamente motivo de alarma para acudir al médico. A la larga, la Anorexia y su aislamiento social pueden configurar toda su personalidad por basarse la enferma en el trastorno que padece, sintiéndose especial y única al ser capaz de pasar tanto sin comer. Hay un placer corporal en todo ascetismo, pues la consunción modifica la percepción de goce. Este triunfo en solitario puede reciclar la patología anoréxica y convertirla en algo difícilmente reversible.

9- Una pobre auto-estima suele rodear este cuadro. La paciente, fijada a la "imago materna", valora poco la suya propia, no soportando su desarrollo corporal ni la tensión interna que conlleva.

10- Es conveniente al elaborar el diagnóstico comprobar que la pérdida de peso o la negativa a comer no vengan justificadas por otro trastorno, ya sea este físico o psicológico. Obviamente, para hacer un buen diagnóstico de cualquier patología es preciso desechar primero otras causas que no la justifiquen.

11- Abuso de laxantes, diuréticos o píldoras de dieta de venta libre. Debido a la atonía ya comentada del aparato digestivo por pobreza funcional propia de la Anorexia Nervosa, puede ser necesario para la paciente ayudarse de laxantes para evacuar, acabando en una dependencia de ellos, pues se hace imposible conseguir una normalidad evacuatoria. Esto también puede producir cólicos e inflamación anal. Por eso son tan frecuentes en la Anorexia los dolores intestinales.

12- Ejercicio físico excesivo. La "manía" que conlleva la Anorexia se manifiesta en este agotador programa de actividad física, es manía que nosotros juzgamos propia de la Melancolía que creemos existe en toda Anorexia Nervosa, manía tóxica como una droga, transformación de la Melancolía en su opuesto sintomático, que lleva a la paciente anoréxica con frecuencia a un entusiasmo por el ejercicio físico que puede llevar varias horas al día, y que cuanto más agotador es más lo prefiere.

En los hospitales actualmente no se prohíbe, por el contrario, se incluye el ejercicio físico en estas pacientes. Pero para el control necesario, se impide el ejercicio a escondidas en solitario. Potenciando en las pacientes en que las constantes cardíacas y generales del cuerpo se lo permiten una actividad física coordinada, pues conciencia del propio cuerpo, mejora la postura corporal, la eficacia física, la distribución de grasas y la estética.

Es decir, se está en contra del ejercicio físico maniaco y sin control, pero a favor de este ejercicio cuando es controlado. Es tan beneficioso que las pacientes que han hecho deporte de competición previo a la enfermedad no presentan trastornos cardíacos, mientras que en las que no lo han hecho es frecuente que la onda de relajación ventricular esté alterada. Por ello actualmente se intenta en los hospitales entrenar a las pacientes deportistas para el deporte de competición, que requerirá una incorporación gradual y muy lenta de 3 meses en el caso de que la paciente tenga disminuída su reserva cardíaca. A las pacientes no deportistas se les entrena en hospital a un ejercicio gradual y lento, recomendando ante la enfermedad más bien los ejercicios anaeróbicos que los aeróbicos, mientras no tengan la masa muscular adecuada.

13- Corazones pequeños. Hay pacientes anoréxicas de 17 años con corazones del tamaño de una niña de 7 años. La mayoría de un total de 130 han resultado así afectadas, según datos de cardiología del H. del Niño Jesús, en Madrid, presentados en las "Jornadas sobre trastornos de la Conducta Alimentaria" celebradas en el H. Gral. Gregorio Marañón del 10 al 12 de septiembre de 1997. Hay una alta incidencia de anomalías coronarias en AN: prolapsos en la válvula mitral, derrame pericárdico y/o trastornos del ritmo cardíaco. Los expertos desconocen aún si la recuperación de la Anorexia Nervosa devuelve la normalidad al funcionamiento cardíaco.

14- Osteoporosis. Las anoréxicas corren un riesgo mayor de perder masa ósea. Existe una pérdida de densidad ósea, no recuperable ni con un año de tratamiento de estrógenos.

Esta pérdida es más irreversible que en la menopausia, tanto más irreversible cuanto más joven sea la paciente, pues la pérdida se produce cuando el hueso aún está en formación y crecimiento y por lo tanto impide su conformación completa.

La pérdida prematura de calcio hace que desde muy joven la anoréxica tenga los huesos frágiles y vulnerables a las fracturas. Aunque hay un importante reservorio de calcio que estas pacientes mantienen alto, también es elevada la fosfatasa alcalina, que importa en la destrucción del hueso. Para subsanar estas deficiencias en las pacientes anoréxicas se plantea el tratamiento con hormona de crecimiento y también se sugiere el uso de contraceptivos, aunque estos mejoran el nivel de estrógenos pero no la densidad ósea. Ejercicio físico, mejor nutrición y tratamiento hormonal son actualmente las terapias combinadas para afrontar la osteoporosis en la AN.

Acompañan y evidencian el diagnóstico los siguientes SINTOMAS DE INANICION :

- 15- Piel fría, algunas veces con tonalidad azulada. Esta frialdad es debida a la pérdida de mucha grasa corporal. La paciente siente frío todo el tiempo, incluso durante el verano, debido a esta pérdida de grasa.
- 16-Dolor al sentarse, pues los huesos están desprotegidos de la almohadillas que forma normalmente la grasa corporal.
- 17- Lanugo, que va acompañado a veces de otras anomalías como la caída del pelo. No se sabe por qué se produce el lanugo, pero puede ser por espontánea protección externa de la piel, a falta de grasa.
- 18-Hipotensión o tensión anormalmente baja, debido al debilitamiento del corazón, que como otros órganos, también acusa la menor energía corporal. Como consecuencia hay bradicardia, o latidos del corazón anormalmente lentos.
- 19-Dificultad de deglución, por mal funcionamiento del tracto gastrointestinal debido a la escasa comida que recibe.
- 20- Edema, o retención anormal de agua por hipo-proteinemia, bastante común entre las personas privadas de comida. Aunque en las anoréxicas no es tan pronunciado como se esperaría dada su escasa alimentación.
- 21- Cansancio o debilidad, pues al cuerpo le falta energía para sobrellevar la actividad diaria.
- 22- Anemia, debido a la ingesta insuficiente de hierro y proteínas.

Esto es en líneas generales el cuadro que acompaña a la Anorexia Nervosa. Hay un largo etcétera que los especialistas fisiólogos, biólogos y psicólogos podríamos detallar.
(14)

No se ha encontrado hasta ahora una explicación fisiológica a los orígenes de esta enfermedad. Más que en muchas otras enfermedades, en esta los procesos funcionales no tienen significado en sí. La etiología de la AN es psíquica, psicósomática, fronteriza entre lo somático y lo psíquico. Y para interpretarla tendremos que trascender lo funcional y acudir al significado. Desde lo psíquico, la digestión puede verse como acción de captar algo asimilable del mundo exterior, expulsando lo no digerible. Y la alimentación tiene el simbolismo de ser un acto de asimilación, de incorporación de algo externo. La nutrición tiene un simbolismo marcadamente primario y es muy revelador analizar los alimentos y comidas que prefiere cada cuál, expresando su personalidad a través de la aversión o la no apetencia en las comidas. La expresión común de "no tragar" algo o a alguien es muy expresiva de lo que supone la no aceptación de lo impuesto desde fuera. El hambre se mueve por el afán de posesión y deseo de absorción, deseo de incorporación o asimilación de algo externo. La ausencia de hambre puede significar, por el contrario, rechazo a incorporar al Otro.

Pues tragar es incorporar y de forma difícilmente reversible, ¿qué hay en la anoréxica, en su vida, que no quiera o no pueda tragar?, ¿qué es lo que desea no incorporar? ¿Y cómo hace reversible este tragar con sus frecuentes vómitos? ¿acaso al vomitar se arrepiente de lo incorporado, o come para con el vómito expresar aún más claramente lo que no desea incorporar?. ¿Se libra con ello de cosas e impresiones que rechaza, que no acepta?. La primera función del estómago es servir de recipiente. Nada como lo femenino para la capacidad de recibir, entregarse y abrirse. Y nada tan femenino como la Anorexia Nervosa: que rechaza, devuelve y se niega a incorporar, mostrando su rechazo a ser recipiente incondicional e indiscriminado. Algo psíquico profundamente femenino está fallando en estos síntomas y algo profundamente femenino se está rechazando simbólicamente al rechazar la función receptiva de la alimentación.

Es evidente que todos los síntomas que conforman la Anorexia Nervosa nos están hablando de una psicopatología común, y a definirla va encaminada esta tesis. Pero también nos hemos marcado como objetivo demostrar que este rasgo común se da en muy diferentes tipos de estructura psíquica de la personalidad.

Así pues, buscar el rasgo psicopatológico común a toda Anorexia Nervosa y demostrar que se da en sujetos con muy diferente personalidad psíquica es el doble objetivo de esta investigación, que desarrollaremos en las páginas posteriores.

1.3. El Tratamiento Multi-Disciplinar En La Anorexia Nervosa. Diferentes Escuelas.

La Anorexia Nervosa es un síntoma, pero los-as pacientes anoréxicos-as, presentando los mismos síntomas manifiestos- preocupación por el peso y negación de la enfermedad, con amenorrea en la mujer- tienen un funcionamiento psíquico muy diferente. Y aunque la desnutrición severa produce síntomas análogos a las tóxico-dependencias, cada paciente desarrolla su Anorexia particular: hay depresión unas veces, trastornos bipolares otras, neurosis fóbica o histérica, trastornos sexuales... y un largo etc. Esto quiere decir que habrá que contar con la peculiar personalidad psíquica de la paciente para enfocar el tratamiento psicológico individualizado. Aunque será pasada una primera fase, si la anoréxica viene a consulta con problemas biológicos graves, a los que se habrá de dar una contención común a todo paciente desnutrido por estas causas. Pero aún lo biológico requiere a menudo atención individualizada. Más tarde, lograda cierta normalidad mínima fisiológica, se atenderá aún más intensamente a la psicopatología personal. Pero los dos procesos, el biológico y el psicológico, van entrelazados.

A veces la psicopatología de los padres, también muy variada, es más importante que la de sus hijas, que están tapándola y manteniéndola con su síntoma anoréxico. Estas psicopatologías diferentes, si algo tienen en común en los distintos casos es la frecuente ego-sintonía. La madre suele ser la dominante de la familia. Y no pocas veces, envuelta en su conflicto narcisista, no logra investir a la hija. Que abandona la adolescencia a veces al tiempo que la madre entra en la menopausia y vive su paso a adulta como una pretendida sustitución de la madre frente al padre. El padre, ausente o seductor, suele quedar fascinado y atrapado en la conducta anoréxica de la hija, que es sombra de la madre y de sí misma. En muchos casos el rechazo de alimentos tiene como finalidad el evitar un cuerpo que les disgustaría y, también, que fuera atractivo para el padre del otro sexo. Y en ambivalencia honda de sentimientos el cuerpo en crecimiento se le hace ajeno^(15,16). O más exactamente se reconocen delgadas y esqueléticas, pero quieren profundamente mantener esa delgadez.

Es evidente que cuando hay psico-patología familiar, aunque la historia psicológica de la familia no sea responsable de la AN, esta enfermedad se agrava con el ambiente distorsionado. Parece que la presencia de la AN está asociada con una alta incidencia de sustrato psico-patológico familiar⁽¹⁷⁾. Hay estudios estadísticos que avalan esta afirmación, insistiendo en considerar como factores de riesgo en la aparición de la AN el que la paciente pertenezca a una familia con historia depresiva, sentimientos de ineficacia o pobre interoceptividad.⁽¹⁸⁾ Se supone que las familias de las pacientes anoréxicas presentan patrones de interrelación caracterizados por un control intenso, alta y mutua interdependencia y discordancia parental, con errónea concepción de los padres acerca del control familiar.

Pero otras veces no hay estructura psicopatológica en los miembros familiares, aunque esté lógicamente alterado el entorno familiar y necesite una re-estructuración. El que la paciente tenga establecidos los vínculos familiares de forma distorsionada no necesariamente implica psico-patología de las personas con las que hay establecida una mala relación. Hay estudios que no concluyen ni mucho menos en ello.⁽¹⁹⁾ No obstante, es frecuente que la terapia haya de extenderse al entorno familiar, que se ve afectado durante la enfermedad de la paciente anoréxica.

El primer abordaje en el tratamiento ha de ser médico, biológico, endocrino. Para trabajar con un mínimo de seguridad y en paralelo el psico-terapeuta con la paciente, que puede requerir - aunque es menos frecuente- que se la trate en ingreso hospitalario, por riesgo de vida o descontrol familiar de impulsos. En los casos más graves el primer paso es conseguir la alimentación por boca, pactando con ellas una dieta personal: ¿qué les gusta?, y ¿cómo les gusta?, dieta específica y poco voluminosa, procurando el mínimo de lo necesario en grasas e hidratos de carbono. Iniciando cuanto antes el tratamiento psicológico simultáneo.

Lo primero que observa el psicoterapeuta es la diversidad de funcionamiento psíquico de sus pacientes anoréxicas, la clara variedad en cuanto a la estructura psíquica de la personalidad, de forma que cada paciente hace su Anorexia particular. Sí tienen en común una serie de características, sobre todo concuerdan las pacientes en la preocupación por el peso y la negación de la enfermedad. Cuando la desnutrición es severa presentan síntomas análogos a la tóxico-dependencia. Pero el síndrome anoréxico se desarrolla en personas con estructura psíquica diferente y planteamientos de interrelación muy personales, a los que hay que atender de manera individualizada.

La etiología de la Anorexia Nervosa es psíquica, psicosomática. Está en la frontera entre lo somático y lo psíquico. Pero su peculiaridad radica en que se ha efectuado una profunda regresión a los fundamentos de la estructura de su personalidad, precursores de la relación de Objeto y de los principios de la organización del Yo. El motor de esta regresión es la angustia denominada de castración por los psicoanalistas, reactivada por la pubertad y por el desarrollo del cuerpo sexuado, que ellas evitan con su delgadez extrema. El tratamiento ha de procurar reinstaurar una sana relación Objetal a través de la identificación con el terapeuta, culminando la terapia cuando la paciente consiga en esta relación percibir al terapeuta como alguien distinto y separado.

La paciente anoréxica suele expresar disconformidad y ansiedad. En su etapa adolescente ha de reforzar su autonomía e identidad, trabajando eficazmente su separación e individuación. Pero cuando la enfermedad le vence en este proceso, se ve psíquicamente amenazada por el miedo a la separación y se crea un falso Self, pretendiendo de forma inconsciente que su conflicto interno en torno a la enfermedad le proporcione la identidad buscada. En terapia intenta mantener esta falsa identidad por múltiples caminos, con actitudes ambivalentes y tratando de evitar la conexión emocional con el terapeuta. Las ganancias de peso, esenciales en el proceso terapéutico, las vive de forma muy persecutoria.

El conflicto adolescente de separación e individuación produce en la paciente anoréxica sentimientos y deseos ambivalentes al elaborar este duelo, reaccionando con la conducta alimentaria que venimos analizando.^(20,21)

En la actualidad el tratamiento en hospitales con internos o en régimen de ambulatorio es siempre de carácter psico-dinámico irrenunciable. Existen diferentes modelos de tratamiento de la AN, cada uno de los cuales incide de manera más profunda en alguna de las distintas facetas alteradas que la enfermedad conlleva. Todos los modelos han contemplado facetas características de la AN desde una conceptualización distinta, pero todos han perseguido un tratamiento eficaz con resultados a corto y a largo plazo. Son modelos que han estudiado los factores psicológicos o sociológicos que influyen en el desarrollo de la enfermedad y por tanto es esencial considerarlos no sólo para la cura sino también para la prevención o la evitación de posibles recaídas.

Los diferentes modelos de tratamiento no son excluyentes y su distinta y a menudo complementaria eficacia se ha visto comprobada a menudo en la práctica clínica. Hay tendencia al tratamiento multidisciplinar, consistente en una intervención combinada médica, nutricional y psiquiátrica que aúne los resultados de ganar peso con la resolución de conflictos psíquicos, contemplando tanto la educación nutricional como el control ambiental de regularización de pesos y comidas, considerando también los aspectos familiares y los individuales más profundos. Un tratamiento integrado incluye los aspectos médicos, psicológicos y sociales para conseguir del paciente un peso saludable, conductas normales de alimentación y mejora de su actitud básica psico-patológica. Esto no debe significar una dispersión de medidas terapéuticas sino al contrario, una intervención coordinada y sintónica que aplique en cada momento lo más adecuado, que permita a la paciente sentirse atendida en cada fase y desarrollando su auto-estima, tan necesitada de atención continua.

El tratamiento de la paciente anoréxica es difícil y complejo y está cuestionado de cara al futuro próximo, planteándose la necesidad de evaluar los estudios empíricos y proveernos de una crítica de su potencial metodología y aplicabilidad, combinando la teoría con la experiencia clínica para aproximarnos a una mayor eficacia pragmática, contando con la necesidad de una continua investigación. Hay urgente necesidad de estudios de doble ciego más controlados que apoyen la búsqueda de una mejor recuperación del paciente. Se precisan estudios comparativos de la eficacia de conductas, aproximaciones psico-terapéuticas y farmacológicas y determinaciones en torno a una mayor preparación para descargar a la sociedad afectada por este problema.⁽²²⁾

Hay todavía mucha discordancia entre las doctrinas terapéuticas y la realidad administrativa en los hospitales y esta es la razón de que se continúe investigando para combinar el apuntalamiento teórico y las aplicaciones prácticas. El paradigma psicosomático, la amenaza a la sobrevivencia y la trayectoria de la AN reclaman una psicoterapia integrada.

Nosotros vamos a centrarnos en el aspecto psicológico de los tratamientos integrados de AN. Obviamos, como es lógico dado el planteamiento psicológico de nuestro estudio, los aspectos puramente farmacológicos, muy útiles en patologías psiquiátricas obsesivas o psicóticas, cuando las pacientes presentan, además de la AN, esa psico-patología o cualquier otra que requiera tratamiento con psico-fármacos en su personalidad. Y obviamos en general en nuestra exposición cualquier aspecto no concerniente al enfoque puramente psicológico de los diferentes tratamientos.

Abordamos la AN desde el aspecto psicológico porque obviamente es el que nos atañe. Pero hay que aclarar que aunque es una enfermedad de origen multifactorial, con factores a considerar biológicos socio-culturales e interpersonales, el componente psicológico es de especial importancia no sólo para la valoración de su severidad en cada caso, sino también para el pronóstico.

Los diversos tratamientos psicológicos conducen a los resultados que ya detallamos en el Apto 1.2 (pág 13): Un 5% de las pacientes muere, un 50% cura tras 2 años aproximadamente de tratamiento psicológico, un 20% mejora, otro 20% logra comer bien pero queda con bajo peso crónico y un 5% revierte en población obesa que sueña siempre con comer y/o ingiere bebidas en exceso, sean o no alcohólicas. Por tanto hay mucha reincidencia y hablamos de una enfermedad crónica con muchos años de evolución: de 3 a 6.

Los tratamientos actuales tienen siempre un aspecto dinámico, sean cognitivos o psico-analíticos. El tratamiento cognitivo-conductual, bien diseñado, da buenos resultados en la cura, que es rápida e inmediata, pero que registra elevadas cifras de abandono del tratamiento y no tiene efectos tan intensos y permanentes como el analítico.

Respecto al grupo en terapia hemos de decir que es útil e integrador, facilita la relación inter-personal y tiene económicamente una buena relación coste-beneficio. El mayor número de abandonos se produce en el grupo de orientación farmacológica, seguido del conductual y a continuación del analítico. Se registra desde un 25% a un 67% aproximado de abandonos, mayor cuanto menos dinámico sea el grupo. Las razones pueden encontrarse en el temor del paciente a la comunicación o al rechazo social, pues son personas con problemas de relación. A pesar de estos problemas, la mejoría en grupo supera a la mejoría en tratamiento individual. (Mercedes Denia, Psicóloga, H. Ramón y Cajal).

Desde lo psicológico veamos las diferentes Escuelas, todas ellas de orientación psicodinámica, que han demostrado dar los mejores resultados en tratamiento de la AN

1.3.1. Modelo Cognitivo

Este modelo ha superado métodos obsoletos conductuales basados exclusivamente en conseguir un aumento de peso, que producían efectos secundarios indeseables. Sus resultados eran muy inmediatos, pero de corto alcance y con abandonos muy elevados. Actualmente la terapia pasa progresivamente a través de diferentes escalones, de lo psico-somático a lo cognitivo y de ahí a la introspección y retrospección, que en algunos casos llevará años. El modelo cognitivo actual es tanto conductual como dinámico y analítico, dada la compleja sintomatología de los pacientes y su ambivalente actitud ante el tratamiento.

Durante el proceso terapéutico de las pacientes hospitalizadas prevalece el riesgo de muerte, pues la Anorexia Nervosa es el trastorno psiquiátrico de mayor mortalidad. Este riesgo de muerte es lo primero que hay que afrontar en la psicoterapia.

La base conductual de este modelo está en definir la AN como un comportamiento anormal adquirido muy tempranamente a través de un aprendizaje anómalo y perpetuado por refuerzos que proceden del ambiente familiar y social. El tratamiento se encamina a descondicionar al paciente con refuerzos diferentes.

El modelo cognitivo-conductual integra actualmente aspectos psicodinámicos, pues hay escasa pero potencial simbolización en la anoréxica, como comprobaremos en este estudio al analizar las variables del Rorschach que miden la Melancolía. La escasa simbolización o elaboración de sus razonamientos la lleva a la actitud anoréxica poco simbólica, senso-motriz, menos razonada, menos elaborada. Y sólo potenciando su simbolización puede abandonar actitudes más primarias, descodificando sus necesidades emocionales y pudiéndolas enunciar. Se procura el desarrollo de la autoconciencia corporal y la observación de pensamientos asociados. Se realizan Técnicas de Relajación, que llevan a una distensión mental y corporal incrementando sensiblemente la percepción corporal, posibilitando así el cambio en las actitudes y el comportamiento con el propio cuerpo. Mejorando la forma de afrontar las situaciones temidas.

El conocimiento del cuerpo debe incluir aspectos perceptivos, emocionales y motores.

Con la percepción de las propias sensaciones se da a la paciente anoréxica oportunidad para corregir e interpretar adecuadamente sus sensaciones corporales, que a menudo han sido evitadas o distorsionadas. Se realiza así un trabajo de observación positiva que permite la observación de pensamientos asociados a las sensaciones. Esto sirve para iniciar un cambio de las creencias irracionales y para la práctica de respuestas alternativas a las cogniciones asociadas a las sensaciones corporales (deseos de llorar, ansiedad como hambre insaciable, o tensión abdominal como gordura, por ejemplo).

En Terapia de Grupo se puede llegar a un feedback que ayude a incrementar la autoestima corporal, o consiga que los pacientes dejen de negar la enfermedad o de minimizar la situación. Se pueden utilizar dramatizaciones que con sentido del humor y de la realidad permitan transmitir esa información.

Se ha de facilitar en terapia no sólo la mejor enunciación de necesidades por parte de la paciente, sino también el desarrollar en la madre su capacidad para establecer un continente adecuado a su hija, para que esta pueda proyectar sus fantasías y miedos de forma que la madre sepa contenerlas. En definitiva se trata de potenciar la "preocupación maternal primaria", que la anoréxica reclama.

La colaboración y acción terapéutica de los padres es a veces primordial, otra no tan esencial. Pero se refleja importante con algunas pacientes crónicas que se niegan a acudir al tratamiento o que tienen muchas recaídas. En estos casos el trabajo continuo de los padres, a veces superior a un año, les lleva a las pacientes a pedir al fin ayuda. La acción de los padres, merced a la terapia, va siendo progresivamente más adecuada y esto potencia la autoestima de la paciente, que trata de mejorar por ella misma.

El terapeuta se enfrenta ante los padres con un acúmulo de pensamientos negativos, interpretaciones erróneas, temores exagerados y patrones de alimentación desorganizados que exigen una reestructuración, manejo de la ansiedad o una reelaboración de la estructura familiar. A menudo el conflicto con los padres es tan intenso y produce tanta angustia, que el comienzo de la terapia puede consistir en procurar mediante la hospitalización del paciente la separación temporal de los padres.

Lo primero a manejar con los padres son los sentimientos de culpa en torno a la enfermedad de su hija. Conseguir que acepten que tienen que asumir cambios importantes en la relación y que ello significa afrontar cambios de comportamiento. Sustituir los sentimientos de culpa por los de responsabilidad y compromiso, procurando que se centren en la intervención más adecuada y no en buscar culpables, en la resolución de problemas que va a llevar toda la terapia cognitiva.

Se procurará una reorganización ambiental, procurando insistir en hacer del acto de comer lo opuesto a un caos, que suele ser a lo que se ha llegado tras un tiempo de convivir con la paciente anoréxica. También se han de revisar otros aspectos de la organización familiar, consiguiendo que la paciente contribuya al hogar sin intentar sustituir a la madre, pero asumiendo obligaciones que le atañen, como pueden ser el cuidado de su habitación o de sus pertenencias. Ha de procurarse que la paciente contribuya, como cualquier hijo, a las decisiones del hogar, sin extrapolar su aportación para aliviarse de la angustia que se ha generado por su enfermedad. Sin sustituir a la madre y en la debida proporción ha de participar en tareas de ayuda que se exigen a los demás miembros familiares, sin pretender tomar decisiones que corresponden al ama de casa.

La terapia cognitiva en determinados momentos también puede emplear métodos conductuales cuando la paciente ha de descodificar sus necesidades emocionales. Las madres pueden contribuir en la terapia aprendiendo a adelantarse para satisfacer dichas necesidades. El conductismo puede reconducir a otro aprendizaje de relación madre-hija, procurando modificaciones en las formas de aprendizaje temprano. Pues se supone que en los primeros meses de vida, en un desarrollo normal hay un proceso de maduración interna y al tiempo un cambio cualitativo de los cuidados maternos, dejando la madre de considerar al niño como un trozo de ella misma para relacionarse con él como un ser distinto que empieza a autonomizarse. Este cambio cualitativo parece ser el que tiene fallas que se acusan en la paciente anoréxica. La falta de aporte libidinal materno es la que trata de subsanar esta terapia.

A veces, cuando la hija va mejorando, comienzan a destacar las necesidades psicológicas de atención a los padres. Esto hace repartir culpas y necesidad de ser entendidos en la relación conflictiva. Al incluirse otros miembros de la familia como miembros a cuidar, se reparte de forma más benéfica la atención a las conductas negativas de cada miembro. También las madres, al ser especialmente atendidas, mejoran ante las hijas su aspecto exterior y se hacen más escuchadas en su propia expresión de opiniones, mejorando ante la hija como modelo de identificación a seguir y consiguiendo un nuevo beneficio terapéutico en los padres, que también precisan mejorar su autoestima.

En etapas avanzadas de relación terapéutica los padres pueden solicitar del terapeuta cognitivo una reestructuración positiva, que les permita continuar el proceso de ayuda que la hija precisa pero les alivie a ellos del sufrimiento que la enfermedad de su hija les supone y les permita la queja y la expresión de dicho sufrimiento. El miedo a la cronificación de la enfermedad de sus hijas, a la muerte de ellas incluso, sus ideas de haber sido malos padres, pueden producir una inundación que haga conveniente una terapia de sensibilización y relajación profunda.

1.3.2. Teoría De Sistemas

El grupo familiar, como el cuerpo, funciona como Sistema. El cuerpo es un modelo biológico aplicable a los grupos humanos, a la familia. Este modelo sistémico congenia con el modelo médico y conductual, es convergente. Se aplica a la patología anoréxica tratando a la paciente como emergente del conflicto familiar básico, que es la función materna y la psico-patología de los padres. La evidencia clínica ha dado utilidad a este modelo.

La Teoría de Sistemas evita aislar artificialmente un fenómeno a estudiar y amplía su observación al contexto en que se produce. Al ocuparse de la Anorexia Nervosa, esta Teoría considera su estudio observando el contexto familiar. Y define la AN de un miembro de la familia como un síntoma de la patología familiar. En estas familias la comunicación está perturbada y los mensajes son tergiversados o rechazados, hay un tipo de descalificación mutua. El poder lo ejerce la anoréxica, el miembro que manifiesta más sufrimiento. Hay una prohibición implícita de establecer alianzas entre dos miembros de la familia o entre uno y una persona extra-familiar, lo cual impide la maduración y autonomía de los hijos. El rechazo de la comida del paciente y su ascetismo responden al estilo familiar de rechazar los mensajes del otro y ser poderoso a base de sufrir y hacer sufrir.

La Teoría de Sistemas se basa en el concepto de "circularidad". Y al ocuparse de la AN como una enfermedad considera a la paciente como dentro de un sistema, la familia, y busca el equilibrio familiar como equilibrio del circuito total que permite el equilibrio individual.

Según ello la familia es un sistema de reglas para provocar conductas. Pero como en un juego, cada individuo tiene su propia estrategia y sus objetivos a conseguir, comprometiéndose para ello en alianzas y coaliciones entre sus miembros que pueden alguna vez ser patológicas, formando "triángulos perversos". En estos triángulos perversos familiares, se rompe de forma velada la separación de generaciones.

En la Teoría de Sistemas y su aportación al tratamiento de la AN distinguimos la Escuela Estructuralista y la Escuela de Milán. Ambas se centran en la Terapia Familiar.

a) Escuela Estructuralista

Minuchin es su principal representante⁽²⁴⁾. Según él, en la familia sana el subsistema parental tiene límites marcados que protege de la intimidad a los padres sin negar el acceso a los hijos. También el subsistema de hermanos tiene límites marcados y organizados según la cultura. Y también está marcada la familia y la individuación de cada miembro. Pero no ocurre lo mismo en la familia psicósomática, donde cada miembro hace continua intrusión en la intimidad del otro, generando una serie de alianzas alternantes en la familia y transgrediendo las fronteras conyugal, parental y fraterna. En estas familias hay excesiva protección a los hijos, dificultando su autonomía. Y una inflexibilidad ante los cambios que dificulta las respuestas personales a los conflictos, que en familia suelen negarse o reducirlos a un sólo conflicto: la enfermedad psicósomática de uno de sus miembros.

En AN la tarea del terapeuta de esta Escuela consiste en rediseñar la organización familiar de modo que se aproxime al modelo familiar funcional. Sin olvidar que la AN aparece más frecuentemente en torno a la adolescencia, el terapeuta habrá de insistir en explorar la forma por la que resuelve la autonomía cada uno de sus miembros. Cómo los hijos negocian con los padres la obediencia o la autonomía. También será objetivo terapéutico fomentar la flexibilidad de contactos de la familia con el exterior. La paciente anoréxica suele aislarse o rivalizar respecto de sus hermanos y tiene que revisar su triangulación en el conflicto conyugal, viendo cómo desenredarse del conflicto de los padres y emparejando a los padres en la díada.

A lo largo del tratamiento se utilizan estrategias conductuales. Comienza la terapia con el control de peso y simultáneamente afronta la modificación de los patrones desorganizados en la relación familiar, trabajando al final la autonomía funcional de los subsistemas familiares.

b) Escuela De Milán

Inspirada en el Grupo de Palo Alto, ha ido adquiriendo un estilo propio. Posiblemente es la Escuela más especializada en AN.

Considera que la AN es fruto de unas circunstancias específicas de la cultura occidental.

- A- La AN es síndrome de las sociedades ricas, no aparece en el tercer Mundo en que la alimentación escasea y no se puede "jugar con ella", simbolizar otra cosa que aquello que representa: el hambre misma. Así pues, la AN es propia de sociedades ricas, occidentales u occidentalizadas, como Japón.
- B- El imperativo de moda de la delgadez lleva a una preocupación excesiva por ésta.
- C- La subcultura familiar lleva a considerar el bienestar de los hijos como una meta crucial.
- D- Se prolonga la dependencia de los hijos respecto a los padres.

La técnica terapéutica de Selvini,⁽²⁵⁾ máximo representante de esta Escuela, consiste en un número fijo de entrevistas de familia, realizadas por una pareja de terapeutas y controladas a través de un espejo por un equipo terapéutico. La actitud clínica no es en absoluto interpretativa en el sentido analítico sino más bien gratificante para la familia, facilitándole connotaciones positivas que les inducen a corregir su comportamiento perturbado, incluyendo la corrección del comportamiento de la paciente .

Selvini mantiene que hay una estrategia en la paciente anoréxica por la que mantiene con el padre una relación que en apariencia es de afecto, pero en esencia es un arma contra un tercero, generalmente la madre. Considera así que el síntoma anoréxico es la expresión de un proceso interactivo dentro de la familia (un juego interactivo lo llama), con un desarrollo secuencial de coaliciones en una familia disfuncional. En el tratamiento hay un manejo de las alianzas en el sentido de inducir a la paciente a aliarse primero con el padre para favorecer luego la alianza entre los padres, dejando así autónoma a la paciente para establecer sus propias alianzas fuera de la familia.

El terapeuta de esta Escuela parte de una ficha que recoge la información indispensable para hipotetizar el juego en curso que lleva a la disfunción familiar concreta. Esta Escuela trabaja en sesiones que interrumpe durante un mes, para dificultar la contratransferencia negativa o "enganche" del terapeuta en el conflicto.

Al terapeuta directo, que mantiene una actitud directiva, se le añade un equipo supervisor de una o dos personas. Antes de la sesión y después también se reúnen los terapeutas, en la pre-sesión para discutir la ficha o la sesión anterior y en la post sesión para discutir la sesión que acaba de producirse.

El terapeuta ha de evitar quedar involucrado en el juego familiar disfuncional, pues reforzaría así la dinámica patológica. Y a la vez ha de invitar a la familia a entrar en un juego distinto, basando el proceso en la revelación del juego encubierto que evita la confrontación de sentimientos. Esto permite el descubrimiento de la estrategia individual de cada actor, y en nuestro caso busca el redescubrimiento del individuo en la paciente anoréxica. No obstante esta terapia no es a veces ni útil ni aconsejable y suele preferirse en Anorexia Nervosa crónica la terapia individual de orientación dinámica, que comentaremos más adelante.

1.3.3. Terapia Psicoanalítica Grupal

Consideramos que el proceso analítico terapéutico grupal constituye una experiencia emocional correctora que avanza desde la superficie de la personalidad hacia los niveles más profundos. Implica un aspecto educativo en el crecimiento psicológico del sujeto y en su aprendizaje de afrontar su situación histórica y actual. Las intervenciones verbales y no verbales (dramatizaciones, juegos, etc.) desempeñan un importante papel para articular el mundo interno del paciente a su expresión interpersonal.⁽²⁶⁾

Desde 1989 el Dr. Mingote Adan ha propuesto la terapia psicoanalítica grupal a pacientes psico-somáticos.⁽²⁷⁾ Su planteamiento nos parece trasladable perfectamente a los pacientes anoréxicos.

Se utiliza la terapia psicoanalítica de grupo como método de tratamiento de los pacientes anoréxicos. Son grupos abiertos, semanales, con objetivos orientados a la revitalización del funcionamiento mental previo.

Se registran 3 fases evolutivas en el proceso grupal:

Fase I.

La somatización anoréxica como defensa. Constituye la principal dificultad inicial. En esta fase predomina el lenguaje concreto y los problemas con los miembros de la familia, en los que se proyectan aspectos disociados.

Fase II

Sorprendentemente hacen su aparición diversos síntomas psico-patológicos, que expresan nuevas posibilidades de tramitación pulsional en el Pre-Consciente.

Fase III

El grupo va reconociendo su propia realidad psíquica a través de sus complejos movimientos transferenciales. Sus miembros van descubriendo nuevas relaciones transferenciales y les van dando nuevo sentido, van analizando sus relaciones de dependencia infantil y sus duelos mal elaborados, sus afectos intensos y difíciles de soportar y verbalizar. Cada miembro del grupo a través de la urdimbre grupal va entendiendo la de su genuino grupo familiar y por medio de esta elaboración psíquica va llegando a su mejoría somática.

La terapia analítica grupal facilita al paciente, mediante la accesibilidad a una nueva información, una activación adecuada del control de las emociones e impulsos y un mejor conocimiento de las propias relaciones inter-personales, emociones y cogniciones.

1.3.4. Terapia Individual De Orientación Psicoanalítica

En ella la paciente renuncia a las estrategias basadas en los síntomas. Puede llevarse a cabo cuando existe una situación de equilibrio, en la que la paciente aún con bajo peso lo mantiene más estabilizado y manifiesta el deseo de curarse.

Desde nuestra hipótesis, que desarrollaremos a lo largo de este estudio, de considerar la Melancolía como sustrato de toda Anorexia Nervosa y con diferente estructura de personalidad, consideramos que en cualquier terapia individual de carácter dinámico se habría de empezar el tratamiento calibrando la gravedad del rasgo melancólico en el contexto del funcionamiento total de la personalidad; incluyendo posibles modificaciones de este rasgo melancólico, pero trabajando la cura desde la estructura psíquica de la personalidad de cada sujeto, que exigirá objetivos terapéuticos a corto y largo plazo diferentes. La organización psicológica de cada sujeto será el factor central de intervención potencial individualizada y no el rasgo melancólico, dada su enorme resistencia a la cura directa, que irá cediendo a medida que la paciente mejore otros aspectos de su personalidad.

El aislar el rasgo melancólico por su peor acceso a la cura supone seguir pautas ya establecidas. Freud tenía una opinión negativa sobre la accesibilidad de los pacientes anoréxicos al tratamiento psicoanalítico, y nosotros lo entendemos desde la inaccesibilidad de la Melancolía al psicoanálisis, y su frecuente reacción terapéutica negativa.

La cura de la paciente anoréxica consistirá en concienciar su hostilidad con un ser Objeto de identificación no concienciada, generalmente la madre. Es muy raro que la anoréxica cuestione la relación con la madre y sin embargo para sanar se la ha de cuestionar. El psicoanalista dirige su escucha al Inconsciente que se puede producir en el decir del paciente, estudiando también otros aspectos de la realidad de ese paciente que confluyen en la producción y el mantenimiento del síntoma.

Desde la terapia psicoanalítica el tratamiento de la anoréxica (aparte del paralelo biológico de mantenerla en constantes fisiológicas aceptables) habrá de hacerse revisando sus conflictos personales por su relación y manifestación de un conflicto intrapsíquico, cuestionando sus relaciones familiares, íntimas, y en general interpersonales, para acabar concienciando su autonomía respecto a seres cercanos, resolviendo los conflictos primarios con ellos y respetándoles al mismo tiempo, rompiendo simbiosis y cambiándolas por una relación adulta y autónoma.

Las experiencias tempranas no pueden volver a ser vividas auténticamente, y el proceso terapéutico versará también sobre la variedad de las experiencias sobredeterminadas del paciente actual, adolescente o adulto, no sólo sobre experiencias infantiles genuinas. El paciente en psicoanálisis progresa en su tratamiento desde etapas muy tempranas de su desarrollo a etapas posteriores, más evolucionadas.⁽²⁸⁾

Dado lo Inconsciente del conflicto psíquico ambivalente que existe en la anoréxica, se trata en terapia psicoanalítica de neutralizar las representaciones inconscientes mediante la interpretación, que como nos recuerdan los profesores Avila Espada y Gutiérrez Sánchez⁽²⁹⁾, es la deducción del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación es una nueva conexión de significado que brinda al analizado la posibilidad de organizar una nueva forma de pensamiento.

Hay en toda anoréxica a nuestro criterio una ausencia de simbolización que le lleva a no comer por no simbolizar el no dar entrada a los afectos básicos primarios, dadas las frustraciones que conllevan. Es esta capacidad simbolizante la que el paciente en cura habrá de recuperar.

La cura se podrá hacer, hablando en términos psicoanalíticos, desde la neurosis de transferencia que sea capaz de establecer el paciente dada su personalidad, sus características personales, su demanda y su trastorno. Hablamos en este momento del paciente no psicótico o del acceso a las partes no psicóticas del paciente, para acceder a la cura desde su neurosis y trabajar la relación edípica desde su comienzo.

El bagaje técnico de la terapia psicoanalítica no se agota en la interpretación. Clarificación, confrontación y elaboración también contribuyen a la cura. No podemos quitar importancia a los procesos de identificación con el terapeuta ni al vínculo transferencial.

Puede ocurrir al comienzo del tratamiento psicoanalítico de la AN que el paciente reviva su conflicto desde el narcisismo primario, propio de la Melancolía que suponemos subyace en la Anorexia, y adopte en terapia como expresión la comunicación no verbal, pre-edípica. Y esto en transferencia positiva, sintiendo al analista como madre que comprende sin palabras. Es tarea del analista entender estos silencios y en actitud pre-analítica, más allá de la técnica "clásica", propiciar la comunicación verbal con el paciente buscando más fortalecer el vínculo que el contenido de sus intervenciones verbales. Dando interpretaciones sólo en la seguridad de que el paciente las necesita, de que en ese momento no darlas sería vivido por el paciente como una dureza injustificable. Es difícil tarea, pero frecuente con estos pacientes,⁽²⁸⁾ pues activado su rasgo melancólico entran en periodo regresivo y en él la palabra no es el instrumento ni más utilizable ni más digno de confianza, hasta que el paciente supera este periodo y descubre la posibilidad de nuevas formas de relación y esquemas defensivos más flexibles.

Este posible comienzo del tratamiento psicoanalítico de la AN es el que ha llevado tantas veces a rechazar el psicoanálisis como válido en esta enfermedad. Pero se trata de una dificultad muy salvable. El analista ha de admitir la posible regresión del paciente anoréxico y entender lo que este paciente necesita del analista en ese momento regresivo a lo pre-verbal, no urgiéndole a que cambie inmediatamente sus modos de expresión no-verbal a la forma verbal edípica.

Absteniéndose en esos momentos de regresión del paciente anoréxico de penetrar en sus defensas, ha de aceptar sinceramente el analista todas las quejas, recriminaciones y resentimientos del paciente como reales y válidos, acordando todo el tiempo necesario para que este elabore su violento resentimiento. Pues a nuestro entender se trata de un paciente con necesidad de re-elaborar un duelo primario.

El analista, al reactivar en la transferencia la identificación del o la paciente con la madre a través de su figura, puede reactivar la agresividad del paciente, que al identificarse con el Otro quiere ocupar su lugar, buscando espacio frente a la madre fálica. Si el paciente necesita tener un espacio responderá con rechazo a las interpretaciones del analista. Es cuando el silencio del terapeuta está más indicado, pues deja espacio al paciente. Esto ha de hacerse con mucho tacto, buscando adaptar el ambiente a la situación, pues aunque el paciente necesita el silencio del terapeuta para encontrar su propio espacio el excesivo silencio le crea sentimiento de abandono. Lo mejor es que el paciente sienta que puede optar entre el silencio o la palabra del analista, y el terapeuta tiene que considerar que no importa tanto en estos momentos el contenido de su interpretación como el tipo de vínculo que logre establecer con el paciente. Está en juego una cuestión técnica: la estructura del vínculo. Para que en la cura, el paciente en su relación con el terapeuta pueda ir pasando de la dependencia a la autonomía.

La cura psicoanalítica de la paciente anoréxica ha de pasar por la elaboración de los aspectos negativos de la relación temprana con la madre, con una vuelta a sí misma al afrontar su herida narcisista, consiguiendo una mejor relación con el analista, que permite la retirada narcisista sin fomentar la culpa. El centro de atención es la elaboración del duelo. A través de la cura la paciente aborda el conflicto edípico y define su identidad sexual. La terapia concluirá cuando el o la paciente sea capaz de renegociar su relación con otras personas sin recurrir al síntoma. Su principal objetivo es curar mejorando la capacidad relacional del paciente en el juego de la comunicación.

En la terapia es más importante reforzar la identidad del paciente que buscar el terapeuta una interpretación brillante o más ajustada, pues a mejor interpretación puede sentir más ignorancia el paciente. La paciente anoréxica ante el terapeuta es como el niño atendido por mamá que busca su identificación. El terapeuta ha de interpretar sobre el vínculo, y no sobre el contenido, para favorecer la individuación del paciente. Esto sobre todo al comienzo de la terapia, para establecer la transferencia positiva.

Paulatinamente, cuando la transferencia positiva esté instalada, puede hablarse de un análisis con más profunda interpretación por parte del analista. Pues poco a poco el paciente comienza a querer situar al analista en el lugar del Sujeto de Supuesto Saber (Lacan), y tolera la rivalidad con menor agresividad, con esperanza identificatoria: "cuando yo cure seré como él"⁽³⁰⁾. El terapeuta ha de saber que no depende la cura tanto de lo que él sabe hacer como de lo que el paciente capta desde su código, pues cada persona tiene su propia área narcisista.

Como la paciente anoréxica ha atacado al Objeto con el que se identifica y lo ha introyectado para no renunciar a él, está atacando al Yo.

La cura ha de pasar por la pérdida parcial del Objeto, con la consiguiente depresión y la agresividad posterior, con la que se trabaja hasta establecer la realidad del paciente y el mundo de sus relaciones.

1.3.5. Factores Para Elegir El Tipo De Tratamiento

Dado el sistema multi-disciplinar del tratamiento de la AN y las diferentes escuelas que facilitan prácticas diferentes de tratamiento a seguir, es interesante elegir en cada caso la psicoterapia dinámica de mayor efectividad.

El primer objetivo ante un enfermo es el de tratar de evaluarle desde una favorable o desfavorable prognosis, o al menos en un continuo que nos permita apreciar sus posibilidades de cura, con qué intensidad abordarla y qué tipo o tipos de tratamiento aplicar. Los factores a considerar serán los siguientes:

- a) Tipo y severidad de los síntomas
- b) Influencias de ambiente familiar y social
- c) Factores de personalidad

Cada uno de estos factores va a contribuir a los resultados de la terapia, interactúan e influyen en el proceso. Y es su gran variedad la que produce esta multiplicidad de posibilidades terapéuticas. Así se explica la manifiesta diferencia de prácticas en las distintas instituciones, pues es muy diversa la combinación de factores individuales que componen el síntoma en cada paciente.

Lo primero que se observa es que ante terapias similares los pacientes reaccionan de forma diferente. Surgen inmediatamente dos sub-grupos que conviene en la práctica distinguir, según sean de "buen" o "peor" pronóstico, con arreglo a sus síntomas, personalidad y contexto social. Es importante distinguir estos dos sub-grupos, pues se trabaja con ellos de forma muy diferente, y diferente será la metodología a emplear y la práctica psico-terapéutica diaria. Este "mejor" o "peor" pronóstico nos permitirá hacer una primera evaluación del esfuerzo terapéutico que nos espera, al terapeuta y al paciente: el "cuánto" y el "cómo" de este esfuerzo. Y también evaluar el coste económico.

De cualquier forma, durante el tratamiento siempre habrá de cuidarse la buena inter-relación entre el terapeuta y el paciente y en el transcurso de la terapia hacer los cambios necesarios para que esta buena relación esté siempre garantizada. La buena transferencia facilitará la cura de la manera más natural posible.

Es probable que las primeras expectativas de "mejor" o "peor" pronóstico puedan ir variando a lo largo del tratamiento, y también habrá de ir variando la metodología, ajustándose al proceso. Esto se hará con el continuo conocimiento de terapeutas y pacientes. Todo dentro de una mínima standarización, ineludible en las instituciones.

a) Tipo Y Severidad De Los Síntomas

Es importante determinar la cronicidad, la duración del trastorno, la edad del paciente, el peso en el momento de su hospitalización y el uso o no de controles de peso (vómitos auto-inducidos, abuso de laxantes, etc). Esto determinará la severidad de los síntomas y los primeros criterios de terapia para influir en la alteración de los mismos.

Se considera de peor pronóstico al paciente anoréxico-bulímico que al anoréxico restrictivo.

b) Influencias De Ambiente Familiar Y Social

Constituye familia la primera red social de la persona que influye en el desarrollo del Self y en la relación con los Otros. Influye en la socialización individual, y se ve como un factor de riesgo, pues es tanto un factor de integración social como de mantenimiento de conflictos .

En la AN se ha investigado mucho, pero no se ha llegado a evidenciar, la contribución de la familia al mantenimiento del trastorno alimentario. Y se sigue debatiendo si hay una directa relación entre la cronicidad del paciente y la estructura familiar o entre cambios en la familia y el abandono del síntoma.

Sí hay acuerdo en considerar que las pacientes anoréxicas presentan déficits en delimitar el Self respecto a los Otros, en establecer contactos sociales y en emanciparse de la familia y sus ideales.

Minuchin y colaboradores (1978) a través de cuestionarios han comprobado que en estas pacientes hay dificultad y sentimiento de confusión en las relaciones familiares, con experiencias de actitudes familiares de rigidez, sobre-protección y problemas para resolver estrategias personales dentro de la familia.⁽²⁴⁾

Se ha visto que los pacientes, cuando ganan peso y mejoran, al tiempo realizan cambios que mejoran su actitud social fuera de la familia y desarrollan su autonomía familiar.

Son factores de peor pronóstico de la AN la existencia de mal ajuste social, mala inter-relación familiar, conflictos conyugales y dependencia de los padres o la familia primaria. Por el contrario, los pacientes que mejoran estas relaciones durante la terapia tienen mejor prognosis. Como los que establecen durante el tratamiento mejores contactos sociales.

El negativismo, la actitud de rechazo y el aislamiento son típicos en la AN. Suele ir relacionado este aislamiento mayor con una mayor cronicidad de la AN, que tiene peor pronóstico. A veces la influencia es familiar, y en ese caso habrá de incidir la terapia en la familia. Se trata de familias con estructura disfuncional, y también supone un peor pronóstico para el paciente.

c) Factores De Personalidad

Desde la perspectiva dinámica la AN, aunque suele darse principalmente en mujeres entre 15 y 30 años, es esencialmente, pero no sólo, una crisis puberal. Más exactamente puede considerarse una crisis de identidad, nosotros creemos que correlacionada con un trastorno del narcisismo primario que implica al Self en sus relaciones de Objeto, en su relación con el Otro. Los pacientes anoréxicos experimentan sentimientos de impotencia, pérdida de control, difusión de su identidad, sensación de ser manipulados por el Otro. La paciente experimenta evitaciones regresivas de deseos edípicos y ansiedades a las que responde con repulsa oral. Hay rechazo a la sexualidad y a la imagen corporal, que se desea diferente, con ideas obsesivo-compulsivas en torno a la autonomía entre el Objeto y el Cuerpo, repellendo también simbióticas tendencias que persisten por el conflicto no resuelto de separación/individuación.⁽²¹⁾

El objetivo de la terapia en estas pacientes habrá de ir encaminado a modificar y mejorar los componentes psico-patológicos mencionados para evitar la cronicidad. Considerando la contribución de la mejora en la psicopatología personal al resultado positivo de la terapia, hacemos hincapié en la conveniencia de que los esfuerzos psicoterapéuticos vayan dirigidos a influir en la favorable evolución de estos factores de la personalidad. Hay que decir que requieren bastante tiempo para dar buenos resultados, pero a cambio, al obrar sobre pacientes en su mayoría adolescentes o muy jóvenes, estas terapias, más que coyunturales, contribuyen de forma definitiva en la formación de una personalidad con estructura más firme.

1.3.6. Realidad Actual: El tratamiento de la Anorexia Nervosa en los Hospitales.

a) España. Realidad Actual

En general, fuera de las grandes ciudades la oferta en cantidad y calidad de tratamiento es marcadamente escasa. Y en los poquísimos hospitales que ofrecen el mejor tratamiento no hay atención psico-patológica profunda, prevaleciendo la atención biológica para contener el riesgo de muerte. En algunos de estos hospitales el tratamiento es masivo; apenas se puede acudir a infraestructurar la situación para dar a los pacientes un mínimo de conciencia de su conflicto y derivar a clínica individual, si no se quieren cronificar los casos. Los expertos están desbordados, porque no hay un número suficiente de profesionales especializados. No hay camas bastantes para hospitalizar a tantos enfermos y, lo que es peor, no se puede hacer un seguimiento adecuado de los pacientes cuando vuelven a sus casas, y esto provoca la recaída de muchos de ellos. Y es que España ha pasado en muy pocos años de tener escaso motivo de preocupación por esta enfermedad a ser el país de Europa con más pacientes de AN.

Cataluña, con 15 a 20.000 personas afectadas, ha aprobado a través del Parlamento catalán una moción del Partido Socialista instando al Gobierno de la Generalitat a poner en marcha un plan interdepartamental para luchar contra la Anorexia y la Bulimia, proponiendo incluir aspectos preventivos, de detección precoz, asistenciales y de formación médica y profesores e involucrando en la propuesta a diversas Consejerías de la Generalitat. (Diario Médico, 17/11/98)

En España actualmente la AN se ha convertido en la tercera enfermedad más frecuente entre los adolescentes. La primera es el asma y la segunda la obesidad. Las investigaciones realizadas están aportando algunas respuestas a este aumento espectacular de casos, así como las razones que justifican esta alarma: los cambios sociales y un mejor diagnóstico. En los cambios sociales que propician la AN se pueden considerar factores precipitantes, a juicio del Dr. Morandé, el divorcio de los padres, la sobreprotección de los hijos, traumas familiares como la muerte de algún miembro, antecedentes familiares de AN e incluso ser el primero o el último de los hermanos.

Han bastado 10 años para que las cifras sobre incidencia de Anorexia y Bulimia se eleven en España al nivel europeo, desbordándose la demanda frente a una clara dificultad de recursos. Aunque en España no existe, y al parecer en ninguno de los países desarrollados, un registro fiable sobre casos de Anorexia y Bulimia, se calcula que actualmente (Dr. Morandé, "Diario Médico", 30 /4/98) uno de cada 100 habitantes puede padecer AN. Actualmente se producen unos 2.500 casos de AN cada año. Sólo 3 hospitales públicos contemplan en España la atención al adolescente como un servicio especial: H. Niño Jesús y Móstoles en Madrid. Y en Barcelona H. Vall d'Ébron. (Diario "El País", 26/10/98)

Estamos ante una enfermedad con importantes componentes socio-psico-biológicos. A las familias afectadas el tratamiento les resulta costoso, porque la medicina española actual no dispone de los recursos adecuados para tratarla y los tratamientos actuales son de dudosa eficacia, pues se van instalando según se desarrollan los acontecimientos.

Ante esta situación el psico-terapeuta padece una impotencia muy difícil de soportar, defendiéndose reactivamente con sentimientos de omnipotencia del sadismo que provoca la actitud del paciente. Esto puede llevar a la repetición de síntomas.

El trabajo masivo de hospital es muy limitado. Se practican dinámicas de grupo de hora y media de duración en los mejores casos. Se pesa a los pacientes, se les talla y se calcula periódicamente su IBM (Índice de Masa Corporal = $\frac{\text{Peso}}{\text{Talla}^2}$)

En algunos hospitales el paso desde el modelo médico impositivo a lo cognitivo se trabaja desde el inicio. El Dr. Morandé y sus colaboradores detallan su trabajo con niñas y adolescentes y sus buenos resultados,⁽³¹⁾ en parte debido a la temprana edad en que comienzan a atenderles. Relatan el cambio que se produjo en España en 1975, donde se pasó de criticar que se tratara psicológicamente a niños ingresados por AN a lo opuesto: cómo se podían ingresar a estos pacientes en servicios médicos no psiquiátricos. Digamos que en 1975 comienza en España a considerarse la AN como un trastorno psiquiátrico.

Destacan Morandé y colaboradores la extrema dependencia de la paciente anoréxica, encubierta en las resistencias iniciales a tratarse, y la necesidad de que la terapia vaya encaminada desde un principio no sólo a poner límites, sino también a escuchar, consolar y relajar. Si es necesario trabajando con dos terapeutas distintos. El paso del modelo médico al cognitivo se realiza enseñando a las pacientes a llevar un auto-registro de sus variables biológicas, similar a una gráfica de enfermería, observando cada paciente su progresiva normalización fisiológica. Más tarde se inicia el paso a una aproximación de tratamiento psicoanalítico, pero al principio y numerosas veces no sólo puede ser inútil, sino contraproducente cualquier esfuerzo interpretativo, que en casos de extrema dolencia física puede ser doloroso y no asimilable.

El aumento de la demanda en hospitales españoles es tal que a veces los pacientes forman verdaderas bandas que pueden funcionar bien trabajando grupalmente pero pueden ser tan incontrolables que obligan a dar de alta a unos cuantos pacientes para reorganizar el tratamiento hospitalario. También el aumento de la demanda ha obligado a la creación de un grupo de padres que ha resultado de enorme utilidad, muy activo y participativo. Pero las intervenciones con la familia como unidad se limitan a solventar situaciones de crisis que ponen en peligro la evolución del paciente.

Hacia la tercera o cuarta semana de hospitalización con resultados favorables en la recuperación nutricional, la enferma se incorpora a un grupo específico para Anorexia Nervosa, de frecuencia semanal, con carácter instrumental y de aprendizaje, durante unos 2 años. Los pacientes más saludables participan también de otro grupo con adolescentes de otras patologías y mejor nivel de introspección y relajación.

Realizar un diagnóstico de AN y tratar al paciente en hospital supone un trabajo de 4 o 5 años. En la mayoría de los casos se llega a una recuperación total y un 15% aproximado evoluciona hacia la cronicidad. Aunque como señalan Morandé y sus colaboradores, el trabajo infantil y juvenil a que se refieren tiene mejor pronóstico.

Está en la mente de los responsables interesados en el tema prosperar en el tratamiento de orientación psico-dinámica e intensificar las terapias de grupo. Pero queda mucho camino por realizar.

b) Modelo Internacional Actual. Generalidades.

Se forman grupos de orientación psico-dinámica y se aborda un periodo de tratamiento de 24 sesiones de una hora y cuarto, una o dos veces por semana. Se trabaja la identificación del o la paciente con la figura del terapeuta. Y se controla el efecto ansiolítico que produce el grupo al ser mono-sintomático. Se dividen los grupos por rango de edad. Desde el grupo se va perfilando el diferente tipo de personalidad de cada paciente para su posterior tratamiento.

Hay grupos de padres con otro terapeuta para movilizar el núcleo patogénico y por tanto el conflicto parental, que la Anorexia Nervosa inmoviliza.

En los hospitales está más contemplada la atención al adolescente como un servicio especial.

2. NUESTRO SUPUESTO BASICO: LA MELANCOLIA EN LA ANOREXIA NERVOSA

2.1. El Conflicto Edípico

ROMANCE DE DELGADINA⁽³²⁾

Un rey tenía tres hijas;
/dos no sé cómo se llaman,
2 la más pequeñita de ellas
/Delgadina se llamaba.

Un día estando comiendo
/su padre se la miraba.

4 - Mucho me mira, papá:
/mucho me mira a la cara.
- Sí te miro mucho, hija,
/que serás mi enamorada.

6 -No lo quiera Dios del cielo
/ni la Virgen soberana
yo ser mujer de mi padre,
/de mis hermanos madrastra.

8 -Altos, altos, los mis pajes,
/a Delgadina encerradla
en un cuarto muy oscuro
/que tenga cuatro ventanas

10 y no darla de comer
/si no es carne muy salada
y no darla de beber,
/si no es agua de pescada.

12 Al cabo de cuatro meses
/ya Delgadina espiraba;
fuese paso tras de paso
/y asomóse a una ventana
14 donde se hallan sus hermanas
/bordando paños de Holanda:

Hermanitas mías soís,
/apurridme un jarro de agua,
16 que tengo el alma en un hilo
/y el corazón se me arranca.

-No de agua, sino del vino,
/hermanita de mi alma;
18 si llegara a venir padre
/la cabeza nos cortara.

Fuese paso tras de paso
/muy triste y desconsolada,

20 fuese paso tras de paso
/y asomóse a otra ventana
donde se hallaba su madre
/en silla de oro sentada

22 -Pues madre mía lo eres,
/apurridme un jarro de agua,
que el alma tengo en un hilo
/y el corazón se me arranca.

24 -Quítate de ahí, Delgadina;
/quítate, perra malvada,
que por tú ser tan bonita
/estoy yo aquí abandonada.

26 Fuese paso tras de paso
/muy triste y desconsolada,
fuese paso tras de paso
/y asomóse a otra ventana

28 donde se hallan sus hermanos
/tirando bien a la barra.

Pues hermanos míos soís
/apurridme un jarro de agua,
30 que tengo el alma en un hilo
/y el corazón se me arranca.

-Quítate de ahí, Delgadina;
/quítate, perra malvada,
32 que por tú ser tan bonita
/está madre abandonada-

Fuese paso tras de paso
/muy triste y desconsolada,
34 fuese paso tras de paso
/y asomóse a otra ventana
donde se hallaba su padre
/tirando bien a la barra

36 -Pues padre mío lo eres,
/apurridme un jarro de agua,
que desde hoy en adelante
/yo seré tu enamorada.

38 -Altos, altos, los mis pajes,
/a Delgadina dadle agua-
Unos con jarras de vidrio
/y otros con jarras de plata.

40 Llega ya el último paje,
/Delgadina ya espiraba.

41 Ya murió la Delgadina,
/no murió por falta de agua

42 Las campanas de la gloria
/por Delgadina tocaban,
los retornos del infierno
/por su padre retornaban

No puedo dejar de hacer aquí referencia a M. Michelena, por cuya comunicación efectuada en 1998 recibí información de la existencia de estos versos ⁽³³⁾.

"Por no ser del padre, mejor no comas aunque mueras", viene a decir el Romance "Delgadina".

Ya viene de antiguo la fantasía de ser requerida por el padre y el deseo de hacer mínimo el cuerpo como respuesta al deseo paterno.

Como en el Romance, hay en la paciente anoréxica un intento de negación de los caracteres sexuales secundarios. Esto altera la relación con el padre, provocando su alejamiento. Interpretaciones psico-dinámicas de la Anorexia Nervosa apuntan en torno a una fantasía de incesto que lleva a las pacientes a inhibirse ante su propio desarrollo.

En terapia es frecuente que aparezca el deseo de despegarse del padre, que sigue manteniendo con ella un contacto corporal propio del que en la infancia de la paciente era considerado normal: caminar cogiendo la mano el padre a la hija, o entrar en la habitación de la hija el padre en cualquier momento y sin pedir permiso. Actitudes que el padre no registra como invasoras y que la paciente puede vivir como tales.

Todos sabemos que desde lo manifiesto la amenorrea es uno de los síntomas de la AN. Y es una inhibición psico-somática que aparece incluso antes de que la debilidad física lo justifique. Parece por tanto una retracción psíquica al desarrollo sexual.

Es frecuente en la anoréxica el miedo a crecer, a desarrollarse como mujer. Quizás el miedo a atraer al padre tenga que ver con esa actitud ascética e intelectualizada que hay en ella. Hay evidentemente en su actitud una preferencia estética por la ausencia de exhuberancia en sus formas.

La adolescente anoréxica, en su paso a adulta, ve implicada su identidad sexual. La ambivalencia genital interfiere en su individuación. El estreñimiento, que tan frecuentemente acompaña el cuadro, tiene la lectura psicoanalítica de un desplazamiento de su fijación en el desarrollo sexual. Se ve perturbado su desarrollo por esta evolución patológica. Al no soportar el cambio corporal y la tensión interna consecuyente, se queda fijada en la "imago materna" y excluye al padre, hipersensible como está ella a la mirada del hombre. En su afán de excluir al hombre, su cuerpo queda fijado en la edad infantil o adolescente, ausente de atractivo sexual. Con elevada autoexigencia, quiere borrar su fantasía incestuosa borrando su desarrollo corporal.

A veces es pura fantasía; pero existe el temor, real o imaginario, a atraer al padre. Que sin embargo, ajeno e esta problemática, puede seguir teniendo con su hija expresiones corporales de afecto y acercamiento que en la infancia podían verse naturales y en la adolescencia crean temor y fantasías incestuosas en la adolescente. ⁽³⁴⁾

Puede ocurrir que el conflicto edípico por resolver se apacigue en la etapa de latencia (no olvidemos que también hay niños anoréxicos) pero vuelva a surgir en la adolescencia. En su fantasía de incesto una de mis 30 pacientes anoréxicas entrevistadas en este trabajo dice textualmente: *"de pequeña era introvertida y tímida, y lo soy. Por ejemplo, a los 14 o 15 años cogí pánico a un tío mío y a mi padre. Había tomado conciencia de que era una mujer. Era un miedo infundado, comeduras de coco, como la Anorexia"*.

Son datos recogidos en las entrevistas realizadas a nuestras 30 pacientes en este estudio, y responden a declaraciones espontáneas, en absoluto elaboradas.

Esta fantasía de incesto, paralizadora y culpable, puede ser a veces inconsciente: *"Mi madre me regaña: ¿cómo puedes estar tan delgada?. Muchas veces se echa a llorar, y eso sí que no lo aguanto. Con la enfermedad tengo que luchar contra mi madre y contra mí y eso me agota"*. Parece que para esta paciente la Anorexia Nervosa es una obligación de luchar contra ella misma, contra su deseo. Y como toda anoréxica, vive el no comer como un ley impuesta.⁽³⁵⁾

Toda esta fantasía crea ambivalencia hacia la madre, a la que vive la anoréxica como imposibilitadora de sus deseos. Por un lado quiere ser como ella al desarrollarse y por otro lado siente la culpa inconsciente de ocupar su lugar junto al hombre y desbancarla. Esto provoca una ambivalencia de sentimientos hacia ella y un conflicto de identidad: *"¿es mejor ser como la madre o no debo de quitarle el puesto?"*. Y se mezcla frecuentemente la fantasía con una realidad de crecimiento juvenil ante la madre madura o menopáusica, que también tiene o puede tener envidia inconsciente hacia la juventud de la hija y conflictos narcisistas.

Quizás el que subyazga en la Anorexia Nervosa la fantasía de incesto pueda explicarnos que se dé esta patología, como el incesto, más en las hijas hembras que en los hijos varones. Este puede ser un factor que explique la prevalencia de AN en mujeres, 10 veces más frecuente^(36,37). Y es que la fantasía de incesto padre-hija puede ser, como es en la realidad, más frecuente a considerar que el incesto madre-hijo y menos repugnante para la sociedad. Pues es sabido que en general se produce en la sociedad con mucha más frecuencia el incesto del padre hacia la hija que el de la madre hacia el hijo. Y también psíquicamente sus secuelas son menos graves.

En la AN de la adolescente aparece una incapacidad de asumir las transformaciones corporales de esa edad y de integrarlas dentro de una nueva identidad, que da a la adolescente semejanza con su madre. Así, el conflicto central de la enfermedad se sitúa a nivel de cuerpo entero y no a nivel de las funciones alimentarias. Aceptar las transformaciones corporales, a fin de cuentas, aceptar la sexualidad, es lo que da miedo a estas pacientes. Por otra parte, el cuerpo es lo que asemeja a la madre y aceptarlo es tener que admitir entrar en rivalidad con ella y llegar a ser Objeto deseado por el padre y por los hombres.

2.2. Anorexia: La Melancolía Como Psicopatología Básica

Consideramos que en la Anorexia Nervosa el instinto de incorporación por vía oral se invierte de manera defensiva, se vuelve hacia al Yo y el paciente evita incorporar el Objeto por temor a ser él mismo incorporado o devorado por dicho Objeto.⁽³⁸⁾ Para evitarlo la paciente no comiendo fantasea sustraer el cuerpo infantil a la madre y conseguir así la separación de ella, afirmando su dominio. En plena pulsión de muerte y en lucha con la pulsión de auto-conservación.

En la curación se trata de sacar al paciente de una actitud de oposición a la entrada del Otro y elaborar este simbolismo de "no comer por no dar entrada el Otro".

Hay un temor en la paciente a admitir la relación interpersonal, a dar entrada al Otro en su mundo interior. Y al no poderlo simbolizar de otra manera no da entrada a los alimentos como símbolo inconsciente de no dar entrada a Otro en el mundo personal de sus relaciones.

Es posible conjeturar que exista hostilidad de la paciente anoréxica contra su madre a causa de las múltiples restricciones impuestas por ésta en el curso de la educación y los cuidados corporales. Y que el no comer simbolice la no incorporación de sus mandatos o deseos.

La hostilidad de la anoréxica hacia la madre puede ser hostilidad hacia valores culturales transmitidos por la madre en su educación. Lo femenino en la Cultura es un lugar de malestar. Ya expresó este malestar cultural femenino la histérica en el siglo XIX. El cuerpo y la actitud de la anoréxica hablan de la problemática intrapsíquica y también de la familiar y social.

Al evitar la incorporación del Objeto en la anoréxica falla el deseo, común a toda pulsión. Y prevalece el rechazo a la relación interpersonal básica. Evita aceptar la relación íntima con el Otro que le comprometa en afectos y le haga desear su presencia, evita compromisos. Esto explica la ausencia de "hambre" o mejor dicho, de "deseo de comer", pues como bien señala la expresión popular, ("no es lo mismo el hambre que la gana de comer") son cosas diferentes necesidad y deseo, si bien el sujeto anoréxico- como el glotón- hace un único síntoma de ambos por dificultad melancólica de simbolizar, de no poder representar de manera menos dañina su dificultad para el compromiso afectivo en las relaciones.

Pero el fallo de deseo de la anoréxica no está en su ausencia, sino en su modificación. La anoréxica sí tiene hambre, y no hay en ella respecto a la persona normal una alteración cuantitativa del hambre o el apetito, y cuando dicen que no lo tienen generalmente están mintiendo. Los Kestemberg^(39,40) afirman que estas pacientes han efectuado una intensa erotización de la sensación de hambre hasta el punto de que les produce intenso placer.

En su imagen social la anoréxica muestra un cuerpo rebelde a la imposición biológica de maternidad. Es un cuerpo andrógino, de éxito social equivalente al masculino, en deseo de borrar las diferencias manifiestas y discriminatorias de sexo. Su negativa a comer y sus vómitos tienen mucho que ver con la expresión simbólica de rechazar como mujer su misión de ser recipiente indiscriminado.

El vómito es también expresión somática de relación psíquica conflictiva. Es expresión categórica de defensa y repudio. Vomitar es no aceptar, rechazar lo que no se quiere o puede incorporar. La anoréxica al vomitar expulsa lo inaceptable, no integra lo que comenzó a incorporar y hace reversible el proceso de asimilación.

Desde el Psicoanálisis podemos definir la Anorexia Nervosa como el rechazo melancólico a comer para no incorporar el Objeto nutricio primario percibido como ambivalente.

Justificaremos seguidamente la consideración de que existe Melancolía en toda Anorexia Nervosa. Destacando que conceptuamos la Melancolía como un conflicto de relación interiorizado, un rasgo temprano de la personalidad instalado después de una depresión y sustituyendo a un duelo, identificándose el sujeto con el Objeto o Ser al que ha de abandonar, y acompañando este proceso de censura o reproche con auto-agresión frecuente.

La paciente anoréxica ha de afrontar por su edad (generalmente el comienzo es adolescente) un momento traumático de separación de los padres y pérdida definitiva de la infancia. Si el rasgo melancólico, que se adquiere en momentos muy tempranos, pre-edípicos, ya se instaló en esta personalidad al hacer las primeras separaciones (destete, cambio de alimentación, socialización infantil), es fácil que aflore con nueva fuerza en la adolescencia, edad en que se pone a prueba, como en ninguna otra etapa de la vida, la solidez mental para enfrentar esta tarea de individuación. Y también es probable que la paciente viva sus deseos de emancipación con culpa y rechazo, sintomatizados en el rechazo al alimento.

La ambivalencia del anoréxico hacia el Objeto o Ser Relacional de importancia básica le hace sentir a este Ser primordial con el que se relaciona, por un lado nutricio- desde la búsqueda o principio de conservación- y por otro devorador- desde la satisfacción erótica o principio del placer. El no comer se emplea desde la Melancolía como vía defensiva para no ser devorado por dicho Objeto, como expresión simbólica de no dar entrada al Otro en la relación interpersonal.

No comer tiene una clara vertiente somática, pero también muestra en la AN una rica actividad mental de carácter regresivo, utilizando el cuerpo como vehículo expresivo. La AN supone una utilización perversa del hambre, con beneficio primario de goce masoquista, como destacan los Kestemberg,^(39,40) y beneficio secundario de manejo sádico del Objeto (la madre). Además se entrecruza la acción de la pulsión de muerte, en la que es difícil separar el odio y conflicto al Otro de la perturbación psicósomática.

Crear una separación, establecer una distancia, impedir que el Otro (generalmente la madre) la llene a pesar suyo, es el objetivo de la paciente anoréxica negándose a comer.

El conflicto, que aunque la mayor parte de las veces se manifieste más tarde, nosotros sostenemos que en la AN siempre está latente en los primeros años, en la etapa oral, se manifiesta a veces en la etapa infantil, y en esta etapa sin prevalencia de sexos.

El niño en los primeros meses (16 a 24) tiene un desarrollo motriz que le impulsa el deseo de autonomizarse, de caminar sólo. La autonomía es vivida entonces narcisísticamente, como identificación primaria con el Otro, el Adulto cuidador. La maduración del Sistema Nervioso del bebé facilita esta autonomía. Experimenta el bebé conjuntamente en sus vivencias el principio del placer que obtiene en la autonomía que va consiguiendo y el principio de realidad, decreciendo su omnipotencia al percibir sus limitaciones al moverse. El desarrollo cognitivo le acerca más a la realidad, gateando y golpeándose al tiempo. Se separa de la madre por placer narcisista, pero depende de la madre por miedo. Este conflicto narcisista de autonomía-dependencia, de separación/individuación, es el que vive el niño o niña anoréxico con agresividad y humillación, realizando la reparación del Ser nutricio expulsándolo, rechazando su alimento. Y lo vive de forma más conflictiva si teme al Otro, separándose entonces con ansiedades persecutorias, buscando espacio frente a la madre fálica, en profundo conflicto narcisista primario. El correlato de la identificación es su agresividad: el bebé se identifica al Otro queriendo ocupar su lugar.

En 1997 especialistas españoles de Centros de Salud de Mérida y Badajoz afirmaban que la Anorexia Infantil es el trastorno alimentario más incidente en las consultas de Pediatría de Atención Primaria, considerando las edades más prevalentes en primer lugar la de 1 a 4 años, en que el niño inicia su socialización y debe ir incorporando los nuevos modelos de comportamiento. El segundo grupo de edad más frecuente lo sitúan entre los 7 y los 12 meses, cuando se introduce la alimentación complementaria, con alimentos nuevos y sabores diferentes: es lo que algunos autores han denominado "neofobia". Y el tercer grupo más frecuente comprende a niños de 5 a 9 años. Estos especialistas insisten en que el problema es de inter-acción padres e hijo⁽⁴¹⁾.

Siguiendo al Pof. Jeammet⁽⁴²⁾, exponemos 3 casos de AN Infantil en el segundo año de vida que nos hablan de que la génesis de esta enfermedad está instalada en un conflicto materno primario:

A-AN Infantil, caso 1

Se trata de un niño con una madre que se ausenta demasiado para que el bebé pueda crear el "vínculo de dependencia". Este niño niega la necesidad nutricia pues la asocia a la necesidad de la compañía materna, de la que ha de prescindir por su ausencia. Recurre a su autoerotismo libidinal, contándose historias y chupándose el pulgar, "hiperfuncionando" (como la joven anoréxica exagerando sus ritos de gimnasia). Hay en este caso una vuelta al Yo de su necesidad de dependencia, tratando de no sentir la dependencia del Objeto exterior (la madre), mediante el placer de su funcionamiento corporal, imbuyéndose él mismo de relación Objetal para no sentir la necesidad de dependencia exterior.

Esta situación patológica de auto-abastecerse ha surgido de la impotencia del Sujeto-Niño para resolver la separación del mundo externo, en una etapa tan básica para hacer esta separación entre el Yo y el Otro como es la edad de 2 años.

B- AN Infantil, Caso 2

Este niño, que desarrolla AN, llora sin cesar y sólo cesa de hacerlo al ser cogido por la madre, a la que se agarra y de la que se niega a separarse.

Hubo que hacer intervenir a un tercero en esta terapia, pues el niño se resistía al triángulo edípico y en su evolución, al elaborar la debida separación de la madre y entrar con ella en "vínculo de dependencia", se resistía a ello e intentaba no abandonar la etapa anterior, dual, donde el "vínculo de simbiosis" le defendía de las amenazas fantaseadas del mundo exterior. Este niño tenía una tendencia sin límites a la manipulación. Si se mantienen sus expectativas y mamá refuerza la relación dual exigida por su hijo, el narcisismo del niño se ve complicado por la problemática materna, que refuerza el vínculo regresivo exigido por el niño de añadirse a la pareja parental con la consiguiente confusión en la escena familiar.

C-AN Infantil, Caso 3

Hablamos de niños carenciados criados en Hospicio, donde la carencia relacional afectiva es tal que la suplen con autoerotismo lesivo y autoestimulación dolorosa, por hiper-actividad sin Objeto, en búsqueda de sensaciones que cubran la carencia libidinal objetal. Con la AN estos niños transforman al preocupado terapeuta en Objeto diferenciado y buscan en esta relación sado-masoquista, de hacer sufrir y producirse sufrimiento, el placer de funcionamiento en la Relación Objetal carente de estímulos más sanos.

A través de estos casos infantiles vemos claramente la existencia en la AN de un conflicto de relación muy básico y primario en el desarrollo de la personalidad, que hace imposible al paciente evolucionar en la formación de vínculos y romper el "vínculo de simbiosis" para vivir desde el más desarrollado "vínculo de dependencia", y superar este para llegar al "vínculo de autonomía". Lo que se explica desde la teoría de los vínculos puede entenderse también desde el campo psicoanalítico. En la anoréxica no hay buenos asientos del narcisismo primario, y aunque en su evolución no deriva a un narcisismo secundario sí hay una relación con el Otro desorganizada y una apetencia descontrolada hacia Objetos infantiles de identificación.

Dado que la Melancolía supone una incorrecta derivación del narcisismo primario, que se intensifica transformándose en relación Objetal ambivalente e interiorizada, nosotros en este estudio hipotetizamos que hay un rasgo de Melancolía en toda Anorexia Nervosa, entendiendo por Melancolía, con Freud, un conflicto de relación que el sujeto interioriza y que surge ante una pérdida primaria cuyo duelo se elabora de forma conflictiva.⁽⁴³⁾

Ellas, las anoréxicas, tienen "hambre", fantasías de carencia o sobredosis de deseo del Otro, del que cuanto más necesitan más se sienten amenazadas. Y viven el deseo del Otro, de incorporar al Otro, de alimentarse, como una amenaza a su identidad. Y como quedan carentes por no incorporar al Otro en la relación ("el niño no me come", es la expresión de la madre del anoréxico infantil), lo sustituyen por el síntoma, la AN, como Objeto sustitutorio de deseo, creyendo evitar así la dependencia de otros Objetos o Seres de Relación. Eliminando otras sensaciones emocionales que conllevarían la relación que eluden de forma simbólica no comiendo. Es muy frecuente que la única relación consistente que tenga la anoréxica adulta sea la amiga íntima, identificatoria, lo más parecido a sí misma.

Hay en la paciente anoréxica una relación axfisante con la madre, que no da goce, y de la que se rechaza su oferta a cubrir la necesidad primaria de alimentar. Es un proceso autodestructor en el que la paciente no quiere morir, sino afirmar su identidad con su actitud anoréxica, en dialéctica entre su narcisismo primario y las fuerzas pulsionales que le llevan a nutrirse. Hay una regresión masiva en su actitud realmente dramática.

Con ambivalencia hostil y afectiva la anoréxica ataca su cuerpo eliminando la competencia sexual con la madre, que con frecuencia no logra investir a la hija por su propio conflicto narcisista. En conflicto con la madre la anoréxica establece con el padre una relación difícil de negociar.

Hay un fallo de identidad en estas jóvenes. En lucha con el cuerpo la anoréxica quiere imponerle sus propias normas, y no al revés como sería natural. En este conflicto con la madre, el padre, que asiste fascinado a este despliegue de actos, suele estar excluido o ser seductor. El cuerpo femenino resulta peligroso, pues puede atraer a quien la madre no quiere que atraiga: este es el conflicto edípico que se plantea.

Estas pacientes son sombra de la madre y de sí mismas, en ambivalencia brutal de sentimientos. En su búsqueda de un cuerpo andrógino eliminan la amenaza de la relación sexual y la dependencia del Objeto sexual diferenciado. A veces, no siempre, la psicopatología parental que a la hija se le torna insoluble esta tapando la realidad anoréxica, manteniendo sin cuestionar mediante la Anorexia Nervosa esta psicopatología de los padres, donde la madre suele ser la dominante en el triángulo edípico y el padre, ausente o seductor, queda atrapado y fascinado en la conducta anoréxica de la hija. Es importante atender en terapia a la reconstrucción del triángulo edípico, donde el padre ocupe su lugar en la relación. En terapia anoréxica es conveniente considerar este punto, pues los padres van a influir mucho en la evolución de la enfermedad. Y ellos también tienen que ser ayudados en la elaboración de un duelo. Igual que la anoréxica, que al aparecer la pubertad y crecer la pulsión sexual ha de elaborar el duelo por el cuerpo infantil, los padres tienen que elaborar el duelo por la niña perdida manejando la angustia ante la aparecida sexualidad genital de su hija.

Así pues, resumimos concluyendo que suponemos en la Anorexia Nervosa un rasgo de Melancolía, temprano de la personalidad, que aparece después de una depresión temprana sustituyendo a un duelo por la pérdida o separación de alguien o algo, con que el paciente se identifica. El cuadro melancólico se acompaña de censura y reproche, tendiendo a presentar autoagresión.

2.3. La Melancolía. Marco Conceptual

Hay muchas acepciones del concepto psicológico de Melancolía que pueden inducir a confusiones. Nos ceñiremos al concepto freudiano más clásico del término, extraído del escrito de Sigmund Freud "Duelo y Melancolía" en 1915.⁽⁴³⁾

Lo primero que encontramos en este concepto es una ambigüedad entre Melancolía y Depresión que conviene aclarar. La diferencia más llamativa está en que en la Depresión el Objeto al que hay que renunciar se sitúa en el exterior del Yo, mientras que en la Melancolía se interioriza el Objeto y el sujeto se identifica con él con sentimiento hacia él de ambivalencia amor-odio. Al analizar la Melancolía en la Anorexia Nervosa veremos que la paciente anoréxica tiene un marcado conflicto relacional interiorizado, propio de la Melancolía.

En términos neuropsiquiátricos la Melancolía se equipara a la Depresión. El criterio DSM-IV es el de considerar en la Melancolía una "especial categoría", definida como un estado de ánimo experimentado ante una pérdida⁽⁴⁴⁾. Su especificidad y su definición son problemáticas. Evidentemente, hay sujetos depresivos que no son melancólicos, luego la Melancolía no tiene por qué ser equiparable a Depresión. Sí se ha definido en algún estudio desde una escala dimensional de disforia, intenso malestar, fatiga, desapego y culpa⁽⁴⁵⁾.

En términos psíquicos consideramos que la Melancolía es un rasgo temprano de la personalidad que surge por elaboración inadecuada de un duelo después de una depresión, introyectando el objeto perdido con ambivalencia. A lo largo de nuestro estudio marcaremos claramente las diferencias entre Melancolía y Depresión.

Las múltiples analogías de la Melancolía con el duelo nos llevan a comparar ambos conceptos. Lo primero que destaca es que el duelo es un proceso natural que desaparece por sí sólo. La Melancolía no. Aparece en el lugar del duelo y queda enraizada en la personalidad como un rasgo temprano, una predisposición morbosa. Como conflicto primario corresponde a la etapa de desarrollo pre-verbal.

Una gran diferencia entre un duelo normal por una separación y un proceso melancólico por dicha separación está en que en el duelo hay pena por la pérdida exterior, pero no hay baja auto-estima, empobrecimiento Yoico, como ocurre en la Melancolía. Veremos que esta baja auto-estima de la Melancolía se da en la Anorexia.

El proceso melancólico, al conllevar baja auto-estima, se acompaña de censura y reproche, tendiendo a presentar autoagresión, y todo ello de una manera inconsciente. Y también como consecuencia de la baja auto-estima, hay un cese de interés del mundo exterior. Esta inhibición y restricción del Yo es la expresión de su entrega total al duelo melancólico.

Esta característica melancólica de inhibición y aislamiento en la paciente anoréxica es muy marcada. Por eso la terapia que restituya a la paciente adolescente al mundo de la pandilla es tan beneficiosa, pues la saca del aislamiento melancólico potenciando la identificación con los iguales, y no con la madre hasta la simbiosis, como ocurre desde su enfermedad. Esta terapia evita la regresión anoréxica (del vínculo de simbiosis la anoréxica regresa al vínculo de aislamiento) y facilita la evolución psíquica en su desarrollo (al restituir a la paciente a la pandilla se produce el paso del vínculo de simbiosis al vínculo de dependencia).

La relación conflictiva dual de la Melancolía, y en el caso que nos ocupa, de la Melancolía anoréxica, tiene tal fuerza, tal avidez o voracidad, que determina estados semejantes a la adicción. Es una relación a nivel pre-edípico. Pre-genital, pre-verbal.

El paciente melancólico desde su baja auto-estima muestra una excesiva auto-exigencia consigo mismo, con una gran desigualdad entre la intensidad de su autocrítica y su justificación real. La paciente anoréxica también acusa esta gran auto-exigencia melancólica, y en la terapia ha de procurarse que la paciente, al identificar al analista con la madre, encuentre no la auto-exigencia persecutoria, sino la calidez de contacto. El terapeuta ha de procurar ser sustituto de la madre, de una madre no invasora pero tampoco despegada.

Las relaciones del melancólico con frecuencia son conflictivas, como ya hemos señalado. Y ya hemos visto que toda su incapacidad de amor y de interés por el mundo exterior se debe a la tarea interior que devora su Yo y que podemos comparar con la labor de duelo, que le absorbe. Pero no podrá elaborar bien la separación de sus padres y la pérdida del cuerpo infantil, que este es su duelo, si no puede acceder a expresar conscientemente lo que no sabe descodificar de su Inconsciente, debido a su escasa, pero no ausente, elaboración simbólica de sus pensamientos. Mientras no sepa representar en su consciencia todo este proceso evolutivo, presentará peligro de acting-out o mostrará como reacción desapego afectivo hacia los demás.

Estas dos tendencias del melancólico: "acting-out" (tendencia al suicidio o a actividades extremas) y "desapego afectivo", también las muestra la paciente anoréxica, como analizaremos de forma detallada.

La Melancolía muestra un conflicto de relación que, como ya hemos dicho al definirla, no resuelve el paciente exteriorizándolo sino que lo interioriza, acompañándolo de censura y reproche y tendiendo a presentar autoagresión, todo ello de una manera inconsciente. Y es que en su elaboración por el duelo de la pérdida de Algo o Alguien, el melancólico vive la pérdida como si hubiera tenido efecto en su propio Yo. Por eso interioriza la agresión. Una parte del Yo se sitúa frente a la otra y la valora críticamente, como si la tomara por Objeto. En el cuadro de la Melancolía hay descontento con el propio Yo. De ahí las múltiples auto-acusaciones del melancólico. Pero todo lo malo que dice de sí mismo se refiere, inconsciente e inconfesablemente, a otras personas idealizadas.

Idealización e introyección son dos mecanismos de defensa muy frecuentemente usados en toda relación de personas en la cual una parte se siente débil y oprimida al pugnar con la otra parte, a la que siente abrumadoramente poderosa. Es frecuente que la anoréxica idealice de tal forma a la madre que ocurra como ha sucedido en nuestras entrevistas, en las que habla de la madre como un dechado inalcanzable de perfecciones. Cuando, como tengo constatado en clínica psicoanalítica, la paciente anoréxica está en el fondo llena de reproches contra una madre que por excesivamente idealizada resulta inalcanzable, y de la que está carente de comprensión y afecto debido a esta misma distancia de perfección entre ambas.

También en clínica comprobamos cómo las idealizaciones masivas a la madre perfecta van sustituyéndose por críticas reales y humanas, y la paciente va siendo cada vez más capaz de un diálogo menos conflictivo con la madre y de una mayor crítica en su interrelación con ella.

En la Melancolía anoréxica se idealiza el adelgazar, quizás como transmisión materna cultural inconsciente. Es muy posible que en la educación actual se transmita a la mujer la prevalencia de la igualdad con el hombre sobre la valoración de la maternidad. Y que la mujer valore inconscientemente esta apariencia andrógina de la Anorexia Nervosa.

Recientemente en clínica una anoréxica nos relata su dificultad para competir socialmente con mujeres delgadas, a las que inmediatamente, por delgadas, las siente un dechado de perfección social inalcanzable. Y recuerda esta paciente que a los 14 años tuvo que guardar reposo y los amigos de sus padres comentaban negativamente de ella: "qué gordita!", en contraste con su hermana, de 10 años, muy esbelta, a la que consideraban una modelo. En análisis pudo entender esta paciente que entonces recibió el mandato Inconsciente, la prohibición clara de estar gorda. Desde entonces ha quedado en esta paciente su competencia femenina por la delgadez que ya envidió en su hermana. Y la auto-exigencia de lograr la delgadez extrema para ser aceptada.

Como en toda envidia, hay en esta un fallo en el narcisismo primario, una forma arcaica de triangulación edípica. La envidia por la hermana delgada no es un conflicto con la hermana, sino un deseo de agradar a la madre para ser la preferida ella y no la hermana. La paciente con este rasgo melancólico de envidia fraterna, no interioriza su relación conflictiva con la hermana, sino con la madre que desea a la hermana por más delgada (por eso sufre cuando los amigos de los padres comentan: "¡qué gordita está!", pues el desagrado de ellos equivale al rechazo de la madre).

La Melancolía la conceptuamos de rasgo y no de estado, entendiendo por rasgo la tendencia, disposición o posibilidad de un individuo a comportarse de manera similar en diversas situaciones y por estado la situación en la vida adulta en donde existe una persistencia de sentimientos. La diferencia entre rasgo y estado es la que existe entre una reacción simple emocional y una compleja e inmediata, de menor intensidad pero de más duración. Los rasgos nunca son directamente observables, se infieren de las conductas. El rasgo, (en este caso melancólico) nosotros no lo consideramos de entidad (sustrato biofisiológico en la estructura de la personalidad) sino que, siguiendo a autores como Catell o Guilford, entendemos que expresa propiedades funcionales de naturaleza más amplia⁽⁴⁶⁾.

Como todo rasgo, la Melancolía, y en este caso la Melancolía anoréxica, es consistente transituacional, y habrá tendencia o disposición de la paciente a comportarse con la actitud melancólica a través de diversas situaciones. Hay pues consistencia en la conducta cuando se posee el rasgo. Aunque con dificultad pues su consistencia es un hecho, los rasgos son modificables, por no estructurales. En terapia conviene conocer la estructura psíquica de la personalidad de la paciente anoréxica y desde esa estructura abordar su mejoría, pero no afrontar directamente el rasgo melancólico, por lo que tiene de narcisismo primario y su dificultad de modificar directamente. El rasgo melancólico de la Anorexia Nervosa, según se asiente en una personalidad neurótica o psicótica tendrá más fácil o más difícil solución.

Es muy diferente, como demostraremos en este trabajo, la Melancolía de la Psicosis. El rasgo melancólico puede darse en una personalidad neurótica. La Melancolía es como la Psicosis fallo de la neurosis narcisista⁽⁴⁷⁾, inadecuada derivación del narcisismo primario. En la Melancolía el narcisismo primario deriva a una interiorización conflictiva de la relación Objetal, pero no a una retracción de la libido al YO, no a un narcisismo secundario o Psicosis. El narcisismo primario designa el primer narcisismo, el del niño que se quiere a sí mismo de forma predominante en la relación con el Otro para su preservación. Pero hay representación de Otro, representación de Objeto, que se introyecta para identificarse con él en ambivalencia. Mientras que en el narcisismo secundario o Psicosis no hay Objeto, sino retracción de la libido al Yo.⁽⁴⁷⁾

No es la Melancolía anobjetal ni especular, pues en el narcisismo primario hay amor objetal primario, pero sí es un retorno de la libido a un objeto interiorizado⁽⁴⁸⁾. En este trastorno de la personalidad que es la Melancolía tampoco se desplaza a otros el conflicto de la relación interpersonal que dió origen a la enfermedad, sino que por el contrario el conflicto se interioriza. En momentos de duelo, ante el imperativo de la realidad perdida, el melancólico reacciona desde una inadecuada evolución, afincándose en un narcisismo primario y resistiéndose a abandonar situaciones gratificantes, interiorizando la relación perdida, identificándose con ambivalencia con el Objeto perdido.

Se han llevado a cabo estudios que han tratado de correlacionar la Anorexia Nervosa con el narcisismo secundario o Psicosis, pero los resultados han sido que no existe esta correlación. Nosotros tratamos de correlacionarla con la Melancolía, que constituye una falla del narcisismo primario y que tiende a interiorizar con ambivalencia una relación conflictiva.⁽²⁶⁾

Hay en la Melancolía anoréxica una clara dificultad al procesar los afectos, que empobrece la actividad mental de la paciente. Interviene en gran parte la madre, que inconscientemente no facilitó un investimento afectivo ni sexual del cuerpo del bebé, razón por la que este cuerpo queda disociado de los procesos mentales y sobreviene el riesgo de enfermar.

Podemos definir la Melancolía como inadecuada elaboración narcisista de la pérdida, que aparece (como rasgo) después de una depresión (estado y no rasgo) sustituyendo al duelo, incorporando al Objeto que se ha de abandonar y hacia el que hay ambivalencia. Aparece en la infancia temprana, cuando el bebé o niño muy pequeño no acepta que se le niegue algo en una relación (Por ejemplo: mamá se va a trabajar y no me coge en brazos; o: ha nacido un hermanito y se le hace más caso). Es este momento de la pérdida temprana el mal elaborado por el melancólico. Y esta actitud quedará como rasgo de su personalidad en lo sucesivo.

Nosotros consideramos que la anoréxica muestra una actitud melancólica, generalmente al abandonar la niñez y entrar en la pubertad, y que se resiste a su nueva relación con el mundo adulto defendiendo los privilegios de niña que se niega inconscientemente a abandonar. Trataremos a lo largo de nuestro estudio de emplear el método cuantitativo y estadístico que nos confirme la existencia de Melancolía en nuestras pacientes.^(49,50)

En un supuesto paciente melancólico hacemos la hipótesis de que cuanto más relacionada esté la Melancolía con un estado previo de Depresión desencadenada ante una situación traumática (depresión reactiva) el diagnóstico puede verse desde la neurosis y revestir menos gravedad pronóstica. Por el contrario, a menos elementos exógenos depresivos desencadenantes de la Melancolía ésta se instala en una estructura más narcisista, más interiorizada, más arcaica, y el pronóstico se realiza desde una psicopatología de mayor tinte psicótico, más fuera de la realidad.

Diferenciamos la Melancolía de la Psicosis al considerar esta como un narcisismo secundario: el paciente psicótico al elaborar la pérdida retira la libido del exterior para volcarla en el Yo enriqueciéndolo, magnificándolo. Por el contrario, la Melancolía, derivación del narcisismo primario, no desemboca en un narcisismo secundario. La libido no revierte al Yo, la relación con lo perdido no se anula, simplemente se interioriza y queda por resolver.

En la Psicosis el narcisismo primario deriva en narcisismo secundario engrandeciendo al Yo con megalomanía, agrandando la autoestima. En la Melancolía hay una fijación del narcisismo primario que impide exteriorizar la relación objetal que mejora la autoestima, empequeñeciéndose el Yo notablemente.

La Melancolía como rasgo de la personalidad es adquirida en la infancia, consolidándose al sepultar el complejo de Edipo e instalar el Super-Yo, entre los dos años y medio y los seis, en que el Inconsciente ha organizado el mundo de las relaciones de la manera que persistirá a lo largo de su vida. En esa etapa infantil de los primeros años el melancólico ya ha comenzado a resolver las separaciones necesarias de su infancia con las dificultades que hemos comentado. Es por tanto un rasgo muy temprano, pre-edípico, por lo que se explica que en terapia de Anorexia Nervosa y mucho más de Anorexia Nervosa Infantil se intente tantas veces trabajar no sólo con la melancólica paciente anoréxica, sino también con los padres, para insistir en la modificación de ese primer rasgo adquirido en la inter-relación temprana.

La Melancolía correlaciona con lo oral o canibalístico del desarrollo de la libido, pues se configura al comienzo de la vida individual, cuando la boca y la alimentación son tan básicas en el crecimiento del bebé; cuando las necesidades, placeres y agresiones del bebé o niño muy pequeño se centran en la boca y ésta, con su importancia en ese momento del crecimiento, contribuye en el desarrollo psíquico de la persona. "No te trago", es la respuesta del melancólico a la relación difícil, la respuesta de la anoréxica que "no hincó el diente" al conflicto púber de separación adulta de los padres. De ahí la sensación de empobrecimiento del melancólico, que al no poder incorporar al Objeto devorándolo rechaza a menudo alimentarse. Al corresponder la aparición del rasgo melancólico a la etapa oral de la evolución en el crecimiento individual, como rasgo o tendencia la Melancolía ya se ha manifestado desde los primeros años.

Las entrevistas que hemos realizado en nuestra investigación a las madres y a veces también a los padres de las anoréxicas nos han revelado con significativa frecuencia que de pequeñas las pacientes mostraban dificultades con la comida. Y que de bebés fué muy fácil apartarlas del chupete, que nunca defendían con demasiado ahínco: no había placer oral. O más exactamente: había placer en rechazar la oralidad como respuesta a un conflicto. Se explica así que la Anorexia Infantil se dé con relativa frecuencia. Evidentemente el hecho es mucho más preocupante cuando se produce en edades muy tempranas, y constituye una fuente de ansiedad para los padres, que no encuentran en la enfermedad causa orgánica que la justifique. Es obvio que en la terapia los padres tienen una importancia decisiva pues han de revisar profundamente su relación alimentaria y general con el bebé o niño que "no les come".

La Melancolía está teñida de censura moral y autorreproche⁽⁴³⁾. Es frecuente la expresión de "querría ser", por sentimiento de añoranza del Ideal perdido. (Por ejemplo: el bebé puede dar por perdida a mamá en su Inconsciente cuando ésta se va a trabajar). Insistimos en el significado profundo de este autorreproche melancólico, que cuando lo he analizado en clínica con mis pacientes anoréxicas, ha resultado lo que ya señala Freud en "Duelo y Melancolía": un desengaño profundo en la pérdida de identidad con la persona amada, en este caso la madre, de la que ha de despegarse en su crecimiento para ser ella misma en su sexualidad y evolución. La paciente anoréxica habrá de identificarse sexualmente con la madre pero reconociendo las diferencias generacionales y de todo tipo entre la madre y ella. Habrá de elaborar sus fantasías de sustituir ella a la madre frente al padre en la relación parental, fantasías que pueden surgir al percibir que su cuerpo inicia la sexualidad que la madre, con frecuencia próxima a la menopausia, ve decaer.

Insistimos en cómo se desarrolla el proceso melancólico a los comienzos del desarrollo psíquico de la personalidad. Después de la identificación primaria el sujeto "normal" realiza la investidura de Objeto para llegar a la identificación secundaria; en la primaria el bebé no distingue entre el ego y el Otro, alter-ego. Para llegar a la secundaria quita amor propio de sí para ponerlo en el Otro, ser con quien se relaciona y ama, al que llamaremos Objeto. Pues bien, el melancólico no realiza la investidura de Objeto sino que retira, retrae la libido o amor del exterior para interiorizar la relación Objetal.

En la Melancolía del niño hay regresión a la fase oral de la libido, el niño regresa psíquicamente en su desarrollo. Esta libido, esta energía amorosa que retrae, pertenece aún al narcisismo primario. Su elección es una perturbación del narcisismo primario: ama poco al Objeto (no lo inviste al perderlo) por amarse a sí mismo y querer al Objeto fundido en él, tratando de evitar su separación.

Este fallo en la identificación secundaria se hace más patente en la adolescente melancólica, y concretamente en la anoréxica. La adolescencia muestra el fallo al elaborar las identificaciones definitivas, pues aunque durante toda la vida seguimos haciendo identificaciones y cambios, la etapa adolescente es un momento especial en que se elaboran las identificaciones definitivas. Si en ese momento falla el contexto familiar o grupal de pertenencia, aumentan las dificultades para el paciente que acusa fallos en el proceso de sus identificaciones.

El narcisismo primario equivale al dedicarse sólo a sí mismo que tiene todo bebé en sus comienzos de relación con el Otro. Al defender la fijación en esta etapa y evolucionar con tanto problema, el melancólico defiende una enérgica fijación al Objeto que ama. Como veremos, el conflicto de separación del Objeto lo resuelve identificándose con este Objeto en profunda ambivalencia. Ambivalencia muy fuerte cuando el desarrollo genital del paciente adolescente le exige la disolución de las tendencias simbióticas, cuya superación no puede darse por finalizada hasta que no se consigue un desarrollo genital satisfactorio.

El melancólico no resuelve posteriormente como el psicótico, que pierde la relación objetual en un narcisismo secundario, prefiriendo seguir dedicando el amor a sí mismo que al Objeto o Ser de intercambio afectivo. Tampoco hace como el ser normal, que parte de su amor propio la dedica a amar al otro. El melancólico se identifica con el Sujeto-Objeto, con el Otro; e inconscientemente le interioriza con afecto ambivalente para tenerle en su interior y no renunciar a él y así eludir la castración, eludir la limitación de toda relación humana que no puede poseer a nadie por completo. Los déficits estructurales en la evolución de su narcisismo primario hacen que el melancólico anoréxico, al llegar la adolescencia, periodo de la vida en que aparecen las patologías más graves, desarrolle esta patología psicósomática con verdadera virulencia, pues su falla narcisista le impide atravesar este periodo de la vida con normalidad.

En vez de amarse a sí mismo, como hace el psicótico, el melancólico se identifica con el Objeto perdido. A diferencia de la Psicosis, en la Melancolía hay representación de Objeto, pues hay identificación con él. Todos sabemos que la Identificación es el primer paso en la Relación Interpersonal Amorosa. Como en el enamoramiento, en la Melancolía se sobreinvierte al Objeto con empobrecimiento del Yo. Con igual empobrecimiento del Yo que hay en el amor no correspondido. La Melancolía, y más concretamente la Melancolía anoréxica, muestra tal identificación con el Otro, que al no poder incorporarlo devorándolo rechaza alimentarse de cualquier otra cosa. Es una regresión a la fase oral perteneciente al narcisismo primario. El paciente anoréxico, al no poder incorporar al Otro perdido, rechaza cualquier incorporación alimentaria como reacción simbólica.

La interiorización que hace el melancólico del Objeto o Ser con el que intercambia afectos básicos explica que aunque él se queje de otros ("son injustos conmigo") se queja de sí mismo y viceversa: no dando él "entrada" (alimento a veces, de manera simbólica e inconsciente) a una relación primera de su desarrollo afectivo, en confusión indiscriminada de objetivos de la pulsión, en confusión de impulsos. A veces (Anorexia Nervosa) el melancólico se niega al sustento vital por negar la incorporación o "entrada" del Objeto o Ser al que ama con ambivalencia y puede percibir como amenaza.

Hay que resaltar la inmediatez con que se le presentan al adolescente cambios importantes, corporales y psíquicos, para entender lo que a la paciente anoréxica puede resultarle tan difícil incorporar, dificultad que simboliza no pudiendo incorporar la alimentación. Todo adolescente ha de elaborar la pérdida definitiva de la infancia y la separación de los padres, con las consiguientes vivencias de desamparo que eso conlleva. Volvemos a remontarnos a las experiencias tempranas de separación para entender que si ha habido conflicto en ellas la forma en que se hayan vivido determinará el éxito o fracaso en la adolescencia al elaborar las pérdidas.

El melancólico, en este caso la paciente anoréxica, se inflige con su síndrome un tormento indudablemente placentero, pues significa la satisfacción de tendencias sádicas orientadas al Objeto interiorizado. Este sadismo nos aclara el enigma de la tendencia al suicidio que hace a la Melancolía tan peligrosa. Si el melancólico pretende darse muerte es porque dirige contra sí mismo la hostilidad a un Objeto o persona amada íntimamente ligada a él.

Este aspecto de la Melancolía, la tendencia al suicidio, lo hemos registrado muy marcado en nuestros 30 pacientes anoréxicos en los que se ha basado nuestro estudio.

En la Melancolía hay identificación con el Objeto perdido (el papá que va a trabajar o el hermano que va al colegio pueden hacer sentir al bebé que ha sido abandonado). La pérdida del Objeto o Ser querido (el papá o el hermano mayor en este caso) se muestra como pérdida del Yo, pues hay retirada de libido hacia el Objeto o Ser primordial introyectado. Inconscientemente su fantasía ha metido a la persona querida dentro de sí para no perderla, y la trata mal al sentirse el Yo abandonado por el Objeto. Por eso se trata mal a sí mismo y por ejemplo, no come, (así ocurre en la Anorexia Nervosa) al identificarse con el ser amado al que tuvo que renunciar en su día. Todo esto ocurre en el Inconsciente.

En la paciente anoréxica la identificación melancólica suele ser con las figuras más cercanas y primarias de los padres, privilegiando la elección a la identificación con la madre, figura parental del propio sexo. En posteriores identificaciones adolescentes buscará la simbiosis de la que ya ha hecho alarde y privilegia la anoréxica en sus relaciones la de la amiga íntima. Esta tendencia a la simbiosis es tal que en consulta clínica me describía una paciente anoréxica que el único lugar donde se encontraba tranquila era el hospital, donde había encontrado a otra paciente ingresada a la que le ocurrían cosas muy similares a las de ella. En su fantasía, esta paciente decía buscar en la realidad a otra persona lo más parecida a ella posible. Y con desesperación se lamentaba: "Nadie es como yo ni siente lo que yo siento".

El amor introyectado al Obeto está para el melancólico teñido de ambivalencia. En su interior el odio y el amor luchan entre sí. Esto llega a plasmarse en clínica. Inés, una paciente que acude a mi consulta, no se gusta. Tira la comida. Está irritable, con cambios de humor que al analizarlos justifica desahogándose, diciendo que le atormentan dos voces interiores: la que más teme le prohíbe comer. La otra más dulce le anima a comer para darse gusto y dar gusto a la madre. A la primera voz la teme tanto que a veces evita un bocadillo por no oírlo y llega a tirarlo. Analizadas estas dos voces resultan responder a dos deseos contradictorios atribuidos a la madre: que no engorde de manera excesiva (Super-Yo cultural) y que disfrute sanamente de la comida (demanda materna Super-yoica).

Comprendo al analizar estas voces comentadas por la paciente que un episodio delirante no es necesariamente psicótico y sí puede adquirir la dimensión de un síntoma neurótico.⁽⁵¹⁾ El psicótico delira en contraimpulsión del otro, para su propio goce. El neurótico fantasea al servicio del otro. La fantasía histérica delirante tiene la estructura de una pesadilla angustiante, provoca más angustia que goce. El delirio psicótico, por el contrario, está al servicio del placer. (este párrafo es transcripción del "Caso Inés", descrito en ANEXO III de este estudio).

La fantasía delirante que he descrito parece ser muy frecuente en los procesos anoréxicos, donde los dos mandatos de "comer" y "no comer" suelen ser vividos con angustia y terrible ambivalencia. La misma ambivalencia se expresa en los síntomas de abstenerse y atracarse, tan frecuentes en la Anorexia Nervosa (subtipos: Anorexia Nervosa Restrictiva y Anorexia Nervosa con Bulimia).

Hay una clara diferencia entre la Melancolía, la Psicosis y la Neurosis en cuanto a la Relación Objetal. La instancia crítica del melancólico está en la identificación con el Objeto ambivalente introyectado: cuando se critica a sí mismo critica al sujeto amado-odiado que ha interiorizado y la investidura de Objeto se sustituye así por la formación de síntomas para llegar a una peculiar y ambivalente identificación: así cuando se queja de sí mismo se está quejando del Sujeto con quien se identifica, en plena fase narcisista, de introyección del Otro. Y en plena ambivalencia objetal, pues ama y odia al Otro, tapa la propia falta atacando al Objeto interiorizado: por eso vemos que el melancólico se hace daño a sí mismo. De forma muy diferente, la instancia crítica del psicótico está fuera del Yo, y por eso echa al Otro su culpa. Y la instancia crítica del neurótico está en el Yo, y por eso se siente culpable de lo ajeno.

En la Melancolía de la Anorexia Nervosa la identificación ambivalente con la madre se plasma en una relación asfixiante con la madre que conlleva en su ambivalencia una gran agresividad que puede ser inconsciente y que al interiorizarla se hace auto-agresividad, ataque al cuerpo.

Los combates que libra el melancólico con su instancia crítica interiorizada quedan sustraídos a la conciencia, y los vive como una lucha interior, cuando realmente es un conflicto con el Objeto o Ser querido interiorizado. El Yo se humilla contra sí mismo porque la Conciencia es incapaz de reconocer el odio al Objeto amado. La anoréxica suele hablar de su madre como un Ser perfecto. Y la realidad, aunque inconsciente, es que suele tener hacia ella una enorme ambivalencia.

En lucha con la pulsión de auto-conservación, la anoréxica se manifiesta en lucha contra la madre, que en su nacimiento y desarrollo es la encargada de su conservación corporal. Y trata inconscientemente de sustraerle ese cuerpo infantil para conseguir la separación de ella y asegurar su dominio.

Surge pues la Melancolía como respuesta elusoria a la pérdida narcisista de un Ideal (u Objeto real tras el que subyace el duelo por un Objeto primario: la pérdida de un Ideal) en el proceso de instalación del Super-Yo, y a la castración que esta pérdida conlleva. No se resigna el melancólico a la pérdida del Ideal Yoico. El melancólico, en vez de reemplazar la pérdida del Ideal mediante la sublimación, no acepta la castración y opta por desplazar su pérdida incorporando al Objeto o Ser que ha de abandonar como Ideal pero haciéndolo con ambivalencia de identificación y hostilidad y deseo de muerte, lo cual produce auto-reproche.

Este mecanismo inconsciente lo pone en marcha el niño melancólico creyendo que "mamá no pertenece al hermanito, porque tengo a mamá dentro de mí". En vez de generosamente comprender la situación y admitir que mamá cuide del más pequeño sin por eso perderla. No sublima, no renuncia, no acepta la dedicación plural de mamá hacia los seres queridos.

Una paciente anoréxica me refiere cuánto quiere a su hermana, cuatro años menor que ella, diciendo que cuando la vio recién nacida decidió: "es para mí". En análisis descubre su deseo de quitársela a la madre y ocupar ella su lugar cerca de la mamá.

Hay una tendencia muy peculiar de la Melancolía a transformarse en manía, un estado sintomáticamente opuesto. Su contenido es idéntico, pero su estado de ánimo es opuesto a la inhibición melancólica: se caracteriza por una intensa disposición a la actividad. El Yo, infraestimado en la Melancolía, queda exaltado en la Manía, originándose un repentino y superfluo gasto de energía psíquica, de cuantía igual y de sentido contrario al ahorro energético que supone la Melancolía. El estado maniaco se sostiene durante un largo tiempo convertido en hábito y se caracteriza por un estado anímico de gran alegría y con disposición a la hiper-actividad.

En la paciente anoréxica es muy frecuente la hiperactividad, inexplicable dada su excesiva delgadez y debilidad corporal. Suele plasmarse en intensos ejercicios de gimnasia. También es muy frecuente el sentimiento de triunfo al perder peso, al que la gimnasia va encaminada. Y suele la paciente estar tan enfrascada en hacer descender el numerito de la balanza que no puede hacer otra cosa. Es un mandato Super-Yoico que ha de cumplir. En general la paciente anoréxica muestra esta actividad maniaca en su ataque continuo al cuerpo, al que cree conseguir imponerle sus normas.

La Melancolía es una de las muchas perturbaciones a las que está expuesto el narcisismo primario, cuando el bebé o niño pequeño ha de admitir que no es él todo en el mundo y que ha de compartir afectos. Como resultado, el melancólico describe su Yo como indigno de toda estimación. En la Melancolía del bebé el Yo no se retrae de la realidad para su engrandecimiento, como en la Psicosis (narcisismo secundario). Muy al contrario, la Melancolía se caracteriza por la baja auto-estima. En la Melancolía se establece la relación Objetal, afectiva con el Otro, pero no se hace exterior, se interioriza, engrandeciendo la aportación libidinal al Objeto interiorizado con el que se identifica, con empobrecimiento del Yo. Esto explica en la Anorexia Nervosa el empobrecimiento, el rechazo a alimentarse, tan opuesto al instinto que fuerza a todo ser animado a alimentarse para mantenerse vivo.

La paciente anoréxica, en su resistencia melancólica a efectuar la separación de los padres, establece una enorme dependencia de ellos, mostrando que no es capaz por ella misma de asegurar su auto-conservación con una nutrición mínima. Viene así a reclamar inconscientemente la simbiosis con la madre nutricia que se ocupe de su sobrevivencia.

En la Melancolía se idealiza en el interior de sí mismo a la persona a cuyo afecto se renuncia en parte. Está pues muy lejos de optar el melancólico por el narcisismo secundario, que agranda el Yo, y por tanto muy lejos de la Psicosis. Lejos de agrandar el Yo la paciente anoréxica renuncia a las necesidades básicas reales, a comer, desvalorizando su auto-conservación por frustración ante la pérdida del Objeto.

Son frágiles en el melancólico desde edad muy temprana la elección de Objeto y la representación inconsciente de Objeto que se realizan en una evolución normal, donde el bebé reconoce que en el mundo hay más personas que sólo él y que mamá es diferente y otra que él. La paciente anoréxica establece muy difícilmente relaciones de pareja. Sólo es capaz de fomentar relaciones identificatorias, de amiga íntima lo más parecida a ella. Pero se quiebran con facilidad las relaciones en que las diferencias se hagan palpables, no atreviéndose a crear nuevas relaciones profundas ante el temor por la posible pérdida del Objeto. Pues en su experiencia evolutiva el melancólico registra un trauma de abandono o pérdida en un periodo de su evolución muy temprano, previo a la formación de su estructura edípica.

Al sustraer la representación inconsciente de Objeto se sustrae del melancólico toda arborización de huellas mnémicas, más cargadas cuanto más importancia tenga el Objeto o Ser querido primordial en la biografía del paciente. Es decir, no se ha elaborado firmemente la separación entre la persona y sus seres más relacionados afectivamente y cuesta entender y concienciar aspectos conflictivos de esa relación. Desde la Melancolía, la paciente anoréxica no puede hacer de manera firme una separación de su madre. Y hay un conflicto inconsciente en su relación con la madre, pues como ya decimos se obstaculiza así el paso pre-Consciente y el acceso posterior a la conciencia. Es muy importante tenerlo en cuenta de cara al tratamiento, pues hay que recuperar la relación básica con los seres queridos y establecer con ellos la debida individuación. De lo contrario la pubertad fundada sobre estos conflictos primeros no solucionados puede vivirse como un nuevo trauma.

3. OBJETIVO E HIPÓTESIS

3.1. Formulación De La Hipótesis. Motivos

Estas son las dos preguntas claves para formular mi hipótesis:

Punto 1. ¿Es el conflicto con la figura nutricia primaria, desde una Melancolía subyacente, lo que configura la Anorexia Nervosa?

Punto 2. ¿Puede darse la sintomatología anoréxica en pacientes con distinta estructura psíquica de la personalidad?.

Punto 1- ¿Es el conflicto con la figura nutricia primaria, desde una Melancolía subyacente, lo que configura la Anorexia Nervosa?

Motivo de su formulación.

La sintomatología oral del paciente y sus dificultades por atender a la propia sobrevivencia en algo tan vital y primario como la alimentación centran nuestro interés por abordar el problema desde el supuesto trastorno relacional afectivo con la primaria figura nutricia (generalmente pero no siempre la madre biológica). Parece haber en la anoréxica un conflicto de aceptación de la necesidad de incorporar del exterior lo necesario para sobrevivir. Esto sabemos que puede manifestarse, y se manifiesta en ocasiones, desde los primeros tiempos del ciclo vital.

El conflicto psicosomático lo sintomatiza el paciente anoréxico rechazando algo tan básico como el alimento para subsistir. El movimiento regresivo en el aparato psíquico de la paciente anoréxica caracteriza el proceso de esta enfermedad. Esto nos hace pensar en un posible daño en las relaciones vitales primarias, de sobrevivencia, con la persona nutricia, y creemos que surge por la dificultad de simbolizar, de hallar una representación de las emociones que surgen ante la situación angustiosa de la separación de la madre, que se da en las primeras etapas de la vida y puede entonces manifestarse (Anorexia Nervosa Infantil) o postergarse a la adolescencia o primera juventud, etapas difíciles para volver a afrontar el proceso de individuación.

Punto 2. ¿Puede darse la sintomatología anoréxica en pacientes con distinta estructura psíquica de la personalidad?

Motivo de su formulación

Aunque todas las pacientes anoréxicas tienen un trastorno psíquico común (la Melancolía según nuestro supuesto) consideramos que el tipo de estructura psíquica de la personalidad de cada anoréxica no es el mismo. Se han barajado muchas psicopatologías buscando una común en la estructura psíquica de la anoréxica.

En primer lugar, en muchas de estas pacientes no hay un psiquismo estructurado firme, debido simplemente a su corta edad. Esta falta de firmeza en su estructura psíquica ha llevado a interpretar que la anoréxica tiene una estructura "Borderline", pero a nuestro juicio la no firmeza de su estructura psíquica se debe en muchos casos simplemente a la edad, pues todos sabemos que hasta aproximadamente los 22 años la estructura psíquica de la personalidad no está formada.

En los comienzos de los estudios de AN la Histeria tomó mucho auge como posible explicación del trastorno anoréxico. También se ha creído que la Depresión era el cuadro que conformaba la Anorexia, pero hoy en día el matiz depresivo (la Melancolía lo tiene) encontrado en la Anorexia Nervosa se ha comprobado que dista mucho de equipararse a la Depresión Clínica. Neurosis Obsesiva o Fobias también han ido descartándose como justificantes del trastorno.

Las investigaciones hasta el momento no concluyen en una estructura psíquica única que defina la personalidad del anoréxico. Nosotros suponemos que los diferentes casos de AN se apoyarán en personalidad psíquica diferente, y a esta comprobación irá enfocado este estudio.

Es importante partir de la distinta personalidad psíquica de cada paciente anoréxica, pues el tratamiento se enfocará más adecuadamente. Por ejemplo, ante una paciente que además de Anorexia Nervosa presente una personalidad obsesivo-compulsiva el tratamiento habrá de ir enfocado a evitar la cronicidad, muy proclive en estos trastornos.

En nuestra búsqueda de bibliografía hemos recorrido el Medline (bibliografía americana de revistas médicas científicas) de los últimos años referido a Anorexia Nervosa y nos ha sorprendido ver los diferentes tipos de estructura psíquica básica de la personalidad que pueden subyacer en las pacientes: no parece que pueda correlacionarse la AN con un tipo de personalidad psíquica determinado. Se han hecho multitud de investigaciones buscando un tipo de personalidad psíquica común en las pacientes: las Fobias, la Histeria, la Psicosis, el Borderline, la Neurosis Obsesiva, la Depresión... han sido objeto de estudio para encontrar el rasgo común en toda AN, pero todas estas patologías se han barajado sin resultado.

Así pues, resumiremos el Punto 2 de nuestro Objetivo concluyendo que suponemos que la psicopatología anoréxica puede manifestarse en sujetos de muy distinta estructura psíquica de la personalidad.

4. MATERIAL Y METODO

Como ya se ha dicho el *Objetivo* principal de este estudio se basa en dos aspectos esenciales sobre la patología anoréxica: la Melancolía como sustrato básico de la enfermedad y la distinta estructura psíquica de la personalidad de estos pacientes. Es por tanto un doble objetivo el que perseguimos y al que llegaremos por dos sondeos simultáneos.

Para ello hemos ideado una batería de tests que detallaremos más adelante con precisión y hemos planteado pasarlos a pacientes anoréxicas en hospital de día o internadas en clínica hospitalaria. Hemos procurado con ello entrevistar a pacientes hospitalizados (en régimen de internamiento o ambulatorio) y diagnosticados expresamente de Anorexia Nervosa, mediante el DSM-IV, divulgado por la American Psychiatric Association (APA) o el ICD-10, auspiciado por la OMS. A la vez hemos cuidado mucho con los doctores responsables de las unidades de tratamiento de entrevistar a las pacientes en condiciones de realizar las entrevistas, buscando en general un tiempo de hospitalización superior a una semana pero no superior al mes, para evitar que la cronificación influyera en la pasividad o negación a efectuar la entrevista. Cuando por criterio médico la paciente estaba en condiciones de responder hemos entrevistado a pacientes con estancia en el hospital más dilatada.

La *Población* estudiada ha sido de 30 *pacientes*, suficientes para este planteamiento descriptivo, que si no anula las dos hipótesis mencionadas nos permitirá avanzar en estudios posteriores que pueden precisar mayor número de casos. Este primer estudio pretende ser un estudio estadístico descriptivo y no muestral, será sólo de sondeo y nos permitirá avanzar más tarde con investigaciones posteriores partiendo de una mayor seguridad sobre lo planteado en este trabajo: a) si hay Melancolía en la Anorexia Nervosa y b) si existen diferentes tipos de estructura psíquica de la personalidad en los pacientes anoréxicos. Si esta doble hipótesis no se invalida o anula la investigación dará pie a estudios posteriores con más pretensiones y utilizando una muestra más amplia y de mayor fiabilidad.

Como todo estudio estadístico descriptivo, éste trata de describir la muestra mediante la ordenación de datos y su correlación. Basta para ello que la muestra sea de 30 casos.

La muestra estadística pequeña es aquella que comprende un número de casos no menor de 30 y no mayor de 200. Tiene una distribución que no es normal, sino más apuntada en sus extremos que la curva normal. Los resultados son poco fiables, inestables y poco precisos, como lo son los de cualquier muestra inferior a 200 casos, en una población de varios millones. Muchos valores estadísticos, por ejemplo: las proporciones y porcentajes o las correlaciones, son muy poco fiables a menos que se empleen muestras de 200 sujetos. ^(49,50)

Si mediante este estudio descriptivo conseguimos no invalidar la hipótesis cabe suponer la conveniencia posterior de estudios estadísticos no descriptivos como el nuestro, sino muestrales, que pretendan validar la hipótesis de la Melancolía en la Anorexia Nervosa y los distintos tipos de estructura psíquica de la personalidad de los pacientes, haciendo esta hipótesis extensible a toda la población anoréxica a través de una muestra superior, más amplia y fiable.

Así pues, este estudio descriptivo de 30 casos sólo nos va a permitir llegar a la conclusión de invalidar la hipótesis nula. Es decir, podremos comprobar si nuestra hipótesis no queda rebatida en los resultados. Nuestro estudio servirá de entrada, si los resultados son positivos, para no invalidar la hipótesis. Y dará paso a más detenidas investigaciones en torno a nuestra doble hipótesis.

Se han anulado tan sólo dos cuestionarios: por pérdida de datos en un caso y por actitud resistencial de la entrevistada en el otro. Se sustituyeron por dos nuevos, consiguiendo así una muestra final de 30 entrevistados.

No hemos seleccionado *Sexo* en la población, pues lo hemos considerado una variable independiente que no altera nuestras conclusiones. Nuestras dos hipótesis mantenidas, de que hay Melancolía en la Anorexia Nervosa y de que el síntoma anoréxico se produce en diferentes tipos de estructura psíquica de la personalidad, son igualmente contrastables en varones que en mujeres. Pero dada la prevalencia del sexo femenino en la Anorexia Nervosa, los 30 casos que se nos han ofrecido han sido del sexo femenino salvo en una ocasión. Por ello nos expresamos a lo largo del estudio utilizando preferentemente el género femenino para referirnos a los pacientes objeto de nuestra investigación. Nuestra población estudiada ha sido esencialmente femenina, superando la proporción real de la población anoréxica, que en la sociedad occidental suele estar compuesta de 10 mujeres por cada hombre, y que en nuestro estudio es tres veces más elevada. Pero insistimos en que el sexo en este trabajo es una variable que no interfiere en nuestras conclusiones.

Respecto a la *Edad*, hemos seleccionado a pacientes que han superado los 18 años porque el estudio de su estructura psíquica de la personalidad a través del MCMI-II así lo requería para asegurar la fiabilidad y estabilidad de los datos, pues hasta los 22 años no se consolida dicha estructura psíquica de la personalidad, y antes de los 18 los resultados serían muy poco estables. A partir de los 18 años, debido al desarrollo evolutivo de los sujetos, las pruebas sobre estructura psíquica de la personalidad son absolutamente válidas, cosa que no ocurriría para edades inferiores.

Es evidente que la Anorexia Nervosa Infantil queda excluida de este estudio, pues en ella no podemos analizar la estructura psíquica de la personalidad de estos pacientes, y uno de nuestros objetivos en este trabajo es demostrar que los pacientes anoréxicos tienen muy diferente estructura psíquica de personalidad.

Hemos buscado que los pacientes provinieran de hospitales tanto en régimen interno como ambulatorio, con objeto de centrarnos en pacientes diagnosticados y de esta forma estudiar la Anorexia Nervosa en sus dos modalidades (Anorexia Nervosa con Bulimia y Anorexia Nervosa Restrictiva) y no mezclada con otros trastornos alimentarios de dudosa clasificación.

La población entrevistada está recogida de cuatro hospitales, tres de ellos del sector público. Y el cuarto, privado, es en el que se concentran la mayoría de las entrevistas (22). Se trata del Sanatorio del Dr. León, Hospital psiquiátrico, donde un Departamento de Anorexia Nervosa, en contacto con el Hospital del Niño Jesús que se ocupa de manera especial de esta enfermedad en niños y niñas antes de los 18 años, recoge en gran parte la demanda privada de pacientes anoréxicos a este Sanatorio, que acoge en internamiento hospital de día y ambulatorio casos de la Comunidad de Madrid y de otras Comunidades.

Orientada por el Dr. Morandé, psiquiatra del H. del Niño Jesús dedicado en profundidad a la Anorexia Nervosa, he podido resolver las 30 entrevistas proyectadas. 17 de ellas han sido a pacientes internas, 6 en régimen de ambulatorio y 7 de hospital de día. La buena disposición de cuantos me han facilitado esta tarea han hecho posible realizar las 30 entrevistas de manera continua, una por semana aproximadamente, a lo largo de un año.

Para la *Recogida de Datos* se empleó el sistema de entrevista directa, anulándose tan sólo dos casos por pérdida de datos una vez y por actitud resistencial de la entrevistada en otra ocasión. Se sustituyeron por dos nuevos casos, consiguiendo así una muestra de 30 entrevistadas. La colaboración de las pacientes ha sido en general muy positiva y se ha caracterizado por una tendencia a aportar información y aunque en el test Rorschach han abundado los protocolos cortos, con lo que ello supone de ocultación y tendencia a la introversión, hemos observado en las pacientes un gran interés por ser escuchadas y una muy buena disposición para aportar datos. Han rellenado sin esfuerzo los cuestionarios, incluido el MCMI-II, que contiene gran número de preguntas, y en raras ocasiones han tenido que ser ayudadas. Esta disposición aparente ha chocado con la forma de rellenar los cuestionarios. Los resultados del MCMI-II han mostrado una clara tendencia a modificar la realidad, a cambio de conseguir una buena imagen.

Cada protocolo completo consta de tres entrevistas a las paciente elaboradas en tres momentos diferentes y una a la madre o padres del paciente. Están incluidas en el ANEXO I.

4.1. Composición De La Encuesta

Cada protocolo lleva los siguientes cuestionarios:

1. Hoja de Datos básicos
2. Entrevista Personal
3. Cuestionario HTP
4. Cuestionario Rorschach
5. Cuestionario MCMI-II
6. Entrevista a la madre o padres del o la paciente

1. Hoja De Datos Básicos

Se facilita el anonimato del o la paciente incorporando a esta hoja de datos básicos una numeración de 5 dígitos. Los dos primeros indican el centro donde se ha realizado la entrevista, el tercer dígito -números 1, 2 o 3- se refieren a la entrevista hecha a mujer (1), varón (2) o a la madre o padres del paciente (3). El cuarto y cinco dígitos corresponden al número correlacional del paciente entrevistado.

Ej: 01303 sería la entrevista realizada a la madre de la paciente 3 del centro hospitalario o ambulatorio 01

El ANEXO I muestra la Hoja de Datos Básicos sin cumplimentar. Adjuntamos en ANEXO II como ejemplo la información completa de esta Hoja recogida a un paciente.

La Hoja de Datos Básicos da no solo referencia identificatoria de la paciente, sino que también nos señala su nivel socio-económico, su BMI (Índice de Masa Corporal = Peso/Talla^2) y lleva incluido un dato tan importante como su tendencia al suicidio. Aunque hemos de aclarar que el dato, recogido en esta hoja, se elabora a partir de las preguntas realizadas en la "Entrevista Personal". Es decir, no hemos preguntado a bocajarro en el relleno de datos básicos a la paciente si ha tenido ideas de suicidio o las ha intentado realizar. Esto hubiera creado una resistencia enorme a seguir respondiendo al cuestionario. Ha sido en la posterior entrevista directa, en medio de su relato relajado sobre su propia vida y sus impresiones, cuando se le ha formulado a la paciente una pregunta: "¿cuando fue la última vez que pensaste en el suicidio?". Muy espontáneamente y sin reservas ha respondido, en entrevista relajada, detalladamente. Los datos exactos han sido inmediatamente pasados a la "Hoja de Datos Básica", que nos ha permitido el recuento de los intentos o fantasías de suicidio en los 30 casos investigados, y que acorde con nuestro supuesto de que existe Melancolía en la paciente anoréxica, ha arrojado una frecuencia de fantasía y/o intento de suicidio muy alta, como veremos a lo largo de esta investigación.

2. Entrevista Personal

La primera es introductoria, dinámica y no directiva. Esta primera entrevista ha sido sin duda un resorte para la buena comunicación en las entrevistas posteriores, que se han visto facilitadas por la apertura al diálogo y comunicación de la paciente, conseguido al principio con la primera entrevista, diseñada con este objetivo. Se trata de un entrevista con preguntas semi-abiertas, que dan lugar a respuestas espontáneas. Las preguntas son genéricas sobre actitudes y pensamientos del paciente a lo largo de su crecimiento y en relación con su entorno.

Como ya hemos señalado, esta entrevista, previa al Rorschach, tiene como objetivo fundamental predisponer positivamente a la entrevistada para esta prueba de Rorschach, pero también nos aporta numerosos datos sobre la personalidad psíquica de la paciente, que aunque no tienen la objetividad y validez estadística del Rorschach o MCMI-II de este estudio sí pueden reforzar nuestras conclusiones y observaciones sobre cada paciente y la patología anoréxica. Por ejemplo y como ya hemos apuntado, las ideas o intentos suicidas que sospechábamos en la anoréxica por su rasgo melancólico no siempre se reflejan en el Rorschach pero sí vienen muy detalladas en este cuestionario.

De orientación dinámica, no directiva, con preguntas semi-abiertas y facilitando la libre expresión y espontaneidad, el contenido de la llamada "entrevista personal" lo adjuntamos en ANEXO I. Y en el ANEXO II incluimos una entrevista personal cumplimentada.

La entrevista personal, dada la manera de formular las preguntas, se ha resuelto en todos los casos de forma muy relajada y la paciente ha respondido con mucho interés y personalizando su contestación sin esfuerzo. Ha predispuesto a una actitud abierta para el relleno de los demás tests. Ha supuesto para la paciente un repaso biográfico y psíquico de su personalidad y ha servido según sus propias manifestaciones en algunos casos para reconocer y reflexionar sobre algunas actitudes a lo largo de su vida.

3. Cuestionario HTP

La primera entrevista, ya comentada, ha finalizado con un test proyectivo gráfico HTP (Casa-Arbol-Persona) de Emanuel F. Hammer)⁽⁵²⁾

El interés fundamental del test HTP (Casa-Arbol-Persona) está en la posibilidad de observar la imagen interna que el examinado tiene de sí mismo y de su ambiente.

La Casa, el Arbol y la Persona son conceptos de gran potencia simbólica que reflejan las experiencias emocionales e ideacionales ligadas al desarrollo de la personalidad.

El test HTP, dado su carácter lúdico, se efectuó sin dificultad. La paciente efectuó los dibujos de un árbol, una casa y una persona de uno y otro sexo quejándose con frecuencia de su poca habilidad para dibujar, pero exponiendo sus ideas con fluidez cuando se le cuestionó acerca de lo que había dibujado.

Tradicionalmente este cuestionario se considera un instrumento proyectivo. (Anexo I: modelo de cuestionario y ANEXO II: cuestionario cumplimentado).

Aunque no ha sido un instrumento utilizado en este trabajo con validez cuantitativa, como han sido el test de Rorschach o el MCMI-II, sí ha coincidido con nuestras observaciones medibles en asignar a nuestras pacientes unas actitudes muy próximas al rasgo melancólico que hemos medido en el Rorschach. También hemos comprobado con este y en los otros tests sin pretensión estadística cuantitativa (las entrevistas abiertas a la paciente y a la madre o a ambos padres) que hay entre las pacientes muy diferentes tipos de personalidad psíquica.

4. Cuestionario Rorschach (ANEXO I: láminas del cuestionario; y ANEXO II: un cuestionario cumplimentado).⁽⁵³⁾

En un segundo día la paciente cumplimenta un Rorschach y un MCMI-II⁽⁵⁴⁾. Aunque en el Rorschach como ya veremos no han predominado los protocolos largos, no ha habido, salvo en un caso, excepcional resistencia que invalidase los resultados del cuestionario.

Constituido por 10 manchas de tinta este test, universalmente conocido e internacionalmente validado, permite formular un diagnóstico de la personalidad y describir las características psicológicas de un sujeto. Nosotros hemos obtenido las variables que consideramos conforman la Melancolía y hemos comprobado a través de él que hay Melancolía en nuestras pacientes anoréxicas entrevistadas.

Este test facilita una gran cantidad de información debidamente administrado, codificado e interpretado. Para ello nos ha sido muy útil su informatización, que ha añadido exactitud y precisión al recuento de datos y análisis de resultados.

Carecen de validez:

- A) Los protocolos potencialmente engañosos.
- B) Los protocolos cortos

A) Los protocolos potencialmente engañosos.

Como primer paso para asegurar la validez hemos evitado la administración del protocolo cuando factores transitorios o situacionales pudieran alterar gravemente la organización psíquica o funcionamiento psicológico del sujeto. Por ello hemos buscado en los entrevistados hospitalizados los siguientes

Requisitos:

- Hospitalización o tratamiento ambulatorio voluntario
- Periodo de estancia de hospitalización o de tratamiento ambulatorio entre 7 y 30 primeros días, salvo juicio de los psiquiatras responsables en otro sentido.
- Inexistencia de episodios psicóticos o de intoxicación

Hemos considerado este tiempo de estancia del paciente internado para que éste, aunque no cronificado o cansado de "otra prueba rutinaria más", sí se hubiera acostumbrado mínimamente a la situación hospitalaria, que en los primeros días puede ser de profundo desajuste y especialmente traumática si el ingreso no es voluntario (lo que hemos evitado en nuestras pacientes). No considerar este periodo de estancia podría dar resultados el test potencialmente engañosos, y también engañosas podrían ser las conclusiones extraídas sobre estilos de respuesta, capacidad de control, regulación de las expresiones afectivas y grado de distorsión mediacional.

Cuando ha sido posible asegurar el buen momento de la paciente para ser entrevistada, este periodo de estancia hospitalaria requerido para realizar las entrevistas se ha hecho más flexible, siempre a juicio de los psiquiatras responsables del Departamento de Anorexia Nervosa en los hospitales donde las hemos realizado.

Igualmente hemos evitado la presencia de episodios psicóticos o de intoxicación durante el protocolo, pues hubieran dado resultados distorsionantes sobre la personalidad básica del sujeto.

Sólo la presencia puntual de estos momentos activos de Psicosis o intoxicación afecta al Rorschach. Respecto a posibles tratamientos farmacológicos antipsicóticos o de otro tipo tradicionalmente cuestionados al administrar el test ante dicha medicación hemos obviado los tradicionales prejuicios, en la seguridad de que los tratamientos farmacológicos de un sujeto razonablemente estabilizado mediante la medicación tienen una insignificante influencia sobre las variables del test.

B. Los protocolos cortos

Siguiendo los estudios realizados al efecto no hemos aceptado ni para ser encuestado un test con menos de 14 respuestas, por su escasa fiabilidad.

5. Cuestionario MCMI-II⁽⁵⁴⁾(ANEXO I: modelo de cuestionario. ANEXO II: ejemplo de una cuestionario cumplimentado)

El Cuestionario MCMI-II de Millon, traducido por Avila Espada y Jiménez Gómez, tiene como principal objetivo suministrar información clínica en tareas de evaluación psicológica. Como el Rorschach está internacionalmente validado. La simplicidad de su administración y la facilidad de computar sus puntuaciones lo hacen muy útil para interpretar datos de personalidad de pacientes ambulatorios en Centros de Salud Mental u hospitalizados. Hemos aprovechado esta cualidad del test para pasarlo sin dificultad a nuestras pacientes investigadas.

Sus escalas y subgrupos permiten enjuiciar el deterioro, la severidad y cronología patológicas. El informe sobre el perfil de las puntuaciones puede servir para enjuiciar estos aspectos. Y tan significativas como su uso clínico son las posibilidades de utilizar el MCMI-II con objetivos de investigación.

Es un instrumento de exploración diagnóstica y evaluación clínica.

En este estudio hemos utilizado el MCMI-II para comprobar que existen diferentes tipos de estructura psíquica de la personalidad en nuestras pacientes anoréxicas.

Si con el test de Rorschach pretendíamos no anular nuestra primera hipótesis: "hay Melancolía en la Anorexia Nervosa", mediante el test MCMI-II de Millon intentamos no anular la segunda hipótesis sostenida en este trabajo: "los pacientes anoréxicos tienen diferentes tipos de estructura psíquica de la personalidad".

El cuestionario MCMI-II de Theodore Millon es un instrumento de evaluación clínica que pretende optimizar los contenidos entre las escalas paralelas del MCMI-II y el criterio diagnóstico del DSM-III y del DSM-III-R.

El cuestionario es un instrumento apropiado especialmente para la población clínica. Sus posibilidades de empleo con objetivos de investigación ha sido la razón de determinarnos a su aplicación en esta investigación sobre Anorexia Nervosa.

Como el test de Rorschach, el MCMI-II suministra en profundidad informes computarizados y procesados mediante programas informáticos. Esto aporta exactitud y precisión en la elaboración de datos y análisis de resultados.

El MCMI-II consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso y un tiempo de administración relativamente breve (de 15 a 25 minutos). Los diferentes aspectos de la personalidad son recogidos a través de 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez (Validez, Sinceridad, Deseabilidad y Alteración), 10 escalas básicas de personalidad (Esquizoide, Fóbica, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo-Sádica, Compulsiva, Pasivo-Agresiva y Autodestructiva/Masoquista), 3 escalas de personalidad patológica (Esquizotípica, Límite y Paranoide), 6 síndromes clínicos de gravedad moderada (Eje DSM-III-R) (Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Distimia, Abuso de Alcohol y Abuso de Drogas), y 3 síndromes clínicos de gravedad severa (Eje I, DSM-III-R) (Pensamiento Psicótico, Depresión Mayor y Delirios Psicóticos).

El MCMI-II está revisado desde su primera versión (1983) para introducir mejoras psicométricas y ajustar el instrumento a los cambios y problemáticas del DSM-IV. ⁽⁵⁵⁾

Siguiendo las normas para administrar el test, se ha aplicado a sujetos clínicos con significativas dificultades emocionales, en las debidas condiciones ambientales y físicas para el sujeto cuestionado. El modelo de Cuestionario está contenido en el ANEXO I de este estudio, incluyendo el ANEXO II un cuestionario cumplimentado. Ha sido administrado individualmente y comprobando que el sujeto estaba suficientemente motivado para contestar por sí mismo a todos los ítems de las pruebas sin ayuda del examinador.

Hemos cuestionado la validez de los datos utilizando los indicadores del cuestionario para controlar los factores que pueden distorsionar los resultados, encontrando que todos los protocolos menos uno alcanzaban la puntuación "0", necesaria para considerar el protocolo válido, y sólo 1 era de validez cuestionable (puntuación "1"). Ninguno ha sido invalidado (puntuación "2" o más).

El MCMI-II se rellenó con interés y sin objeción ninguna por las pacientes, que se sintieron motivadas a rellenarlo con la precisión requerida. A pesar de ser válidos los protocolos, los resultados del MCMI-II hacen presumir falseamiento por sobre-sinceridad, que puede traducirse de la excesiva saturación de algunas escalas. Por otra parte, se aprecia en las respuestas del cuestionario MCMI-II un posible sesgo por falsear la sinceridad en un sentido socialmente deseable. Esta falta de sinceridad coincide con la actitud frecuente de la paciente anoréxica, muy dada a encubrir y modificar la realidad en sus comunicaciones personales, sobre todo referidas a cuestiones de su enfermedad.

6. Entrevista A La Madre O Padres Del O La Paciente (ANEXO I: modelo de entrevista. ANEXO II: entrevista cumplimentada).

La tercera entrevista es a la madre o padres de la paciente, dada la profunda implicación familiar que suponemos existe en el conflicto anoréxico. Dicha entrevista es no directiva y semiabierta, con preguntas genéricas sobre aspectos evolutivos en el desarrollo biológico y emocional de la paciente. Se hace con permiso previo de la paciente y ha aportado riqueza informativa. Alguna vez, por voluntad expresa, se ha añadido el padre a la entrevista. Su aportación siempre ha sido positiva y ha complementado las impresiones obtenidas de la madre sobre la paciente.

Hemos pretendido con esta entrevista abundar en el conocimiento de la infancia y adolescencia de la paciente y en lo referente a su relación con las figuras parentales. Al hablar de la figura materna nos referimos no necesariamente y sólo a la madre biológica, sino a la actitud integral respecto de los bebés y su cuidado, a la existencia del elemento materno en la primera infancia, provenga de la madre, del padre o de otra persona.

Nos interesa estudiar en este trabajo el ambiente facilitador y dentro de él la continuidad de los cuidados, en qué persona ha recaído y si ha sido desde el comienzo de la vida personal del bebé, antes de que éste perciba a la madre íntegra como la persona que es. La actitud respecto a los ejercicios autoeróticos en general: chupete, biberón, succión del pulgar, forma de vestirlo. La reacción a la exploración y pataleo del bebé y a las incontinencias.

Hemos considerado útil contrastar con la madre o padres de la paciente su desarrollo evolutivo para obtener datos sobre las respuestas emocionales básicas del paciente a los cuidados maternos y/o nutricionales, ya que planteamos que en la Anorexia Nervosa y en la Melancolía subyacente las relaciones primarias con la persona nutricia son determinantes respecto a la posterior intensidad con que se muestre en sus posteriores actitudes el rasgo melancólico.

Hemos evidenciado en estos cuestionarios que la paciente anoréxica con frecuencia acusaba desde pequeña un excesiva facilidad para el destete y el abandono del chupete o del biberón, con tendencia a desistir con facilidad del placer infantil del chupeteo.

En cuanto a la adolescencia del paciente, hemos comprendido que el crecimiento está muy condicionado por el grado de facilitación ambiental. Los mismos problemas que existían en las primeras etapas aparecen en la pubertad. Si en la fantasía del primer crecimiento hay un contenido de muerte, en la adolescencia será de suicidio o asesinato, según la introyección o proyección pulsional. Supuesta la Melancolía en la AN, caracterizada por la introyección del Objeto ambivalente, entendemos por qué nos ha sido fácil y frecuente encontrar ideas o intentos de suicidio en nuestras pacientes anoréxicas, que se han reflejado en la "entrevista personal" y que han podido ser confrontadas en la "entrevista a la madre o padres".

5. RESULTADOS

5.1. Datos Básicos

Población

La muestra se ha efectuado sobre 30 pacientes, diagnosticadas de Anorexia Nervosa en hospitales por medio de los cuestionarios DSM-IV de la American Psychiatric Association (APA) o el cuestionario ICD-10 de la OMS.

Edad.

La edad media de las entrevistadas ha sido de 24 años. Sólo 4 casos han superado los 30 años y de ellos sólo una paciente superaba la treintena. 10 pacientes tenían menos de 20 años. Recordamos que las treinta eran mayores de 18 años, por exigencia condicional de este estudio.

La leve asimetría de la distribución de la muestra nos ha hecho calcular la mediana y la moda de esta población. Y hemos visto que el 50% de nuestra muestra lo componen pacientes de menos de 20 años (mediana) y que la mayoría de nuestras entrevistadas tienen 19 años (moda).

El comienzo de la Anorexia Nervosa en nuestras pacientes señala la media de 16 años. Hallada la mediana comprobamos que el 50% de las pacientes empezó la Anorexia antes de esa edad. Hay dos casos extremos excepcionales: uno de una paciente que empezó la sintomatología a los 10 años. Otro es una mujer de 28 que empieza a los 26. Pero entrevistada la madre, esta nos manifiesta que su hija desde pequeña era muy maniática comiendo y la abuela la mal educó con el consentimiento de todos preparándole constantemente menús especiales. Y a los 3 años, su dificultad al comenzar la pre-escolaridad la sintomatizó camuflando con la hermana comidas que no hacía y dejando en el plato para disimular cáscaras ajenas, negándole el colegio la entrada en el comedor y obligando a la madre a llevarla a casa para comer, haciendo 4 viajes por día. Son muchos los casos en que la madre entrevistada ha descubierto dificultades alimenticias en la joven adolescente desde edades muy tempranas.

Dado que nosotros entrevistamos a los pacientes sólo mayores de 18 años pero sin límite superior de edad y que lo hemos hecho a lo largo de un año, se hace evidente en nuestros resultados que la Anorexia Nervosa se da en edades preferentemente jóvenes. Aunque puede continuar en la madurez, tristemente está claro que esta enfermedad si es profunda acorta la esperanza de vida. En este estudio (hay una sola paciente de 59 años) no disponemos de datos estadísticos que nos permitan abundar en este comentario.

Sexo

Salvo un hombre, los entrevistados que han ido surgiendo espontáneamente en los cuatro hospitales clínicos estudiados han sido mujeres. También aquí se ha hecho evidente el dato que ya conocemos por estadísticas previas: la preponderancia de mujeres anoréxicas sobre hombres (10 a 1, según las estadísticas publicadas). En nuestro caso ha habido una mayoría femenina de pacientes aún más evidente (29 de 30).

Nivel Cultural

El nivel de educación de estas pacientes entrevistadas corresponde a su edad. En su mayoría son estudiantes de BUP, COU o primeros cursos de carrera. Hay también con mayor edad pacientes con títulos medios y carreras universitarias terminadas. En ningún caso personas que hayan abandonado su formación por padecer Anorexia Nervosa. En todo caso han suspendido sus estudios temporalmente por hospitalización. Sí hay pacientes con estudios terminados que están en paro debido a la enfermedad (8 casos).

Predomina el sujeto de clase social media, rara vez (5) media alta o media baja (3).

En un 50% de los casos los pacientes presentan un aspecto físico cuidado, agradable e incluso atractivo. En algunas ocasiones (43%) este aspecto, atractivo (5) o corriente (8), es a la vez profundamente demacrado.

El 77% de los pacientes (23) presentan una Anorexia- Bulimia. El resto es de tipo restrictivo. Esto es una muestra más de la ambivalencia que predomina en todas las actuaciones de la anoréxica, cuando en un porcentaje tan elevado su enfermedad se acusa con síntomas tan contradictorios como son el pasar del ayuno al atracón.

A pesar de estar controlados nutritivamente los pacientes en los hospitales respectivos, el 67% tenían un BMI (Índice de Masa Corporal) entre 15 y 19, y sólo el 30% estaban en la normalidad (entre 20 y 25) siendo ello coyuntural, producto de la estricta vigilancia médica, pues sus BMI anteriores eran muy bajos. Un caso de los 30 sobrepasaba el BMI normal llegando a 28. Pero evidentemente ello se debía a la alimentación vigilada y al fuerte control hospitalario.

5.2. Entrevista Personal

Las 61 preguntas de esta entrevista se muestran en el ANEXO I-Aptdo 2. Y se incluye un modelo de entrevista cumplimentada en el ANEXO II.

Observamos a través de esta entrevista, que ha sido contestada con mucha fluidez y buena disposición de las entrevistadas, que en su biografía hay una profunda implicación en el triángulo edípico con intromisión en la relación de la pareja parental, donde la madre es a la vez rival y amiga y el desarrollo sexual se vive con culpa y miedo hacia la figura del padre. También hay marcada una gran idealización y represión maternas. Y en general un rechazo o dificultad por reconocer la propia identidad sexual y una descalificación y sentimiento de desaprobación hacia el propio desarrollo.

Un dato entresacado de la entrevista personal muy llamativo es el de la tendencia al suicidio en nuestras entrevistadas anoréxicas. El Rorschach sólo detecta 2 pacientes de nuestra investigación con Constelación de suicidio positiva. Sabemos que se dan falsos negativos de esta Constelación, que aunque tiene un gran valor predictivo cuando es positiva no descarta el riesgo cuando es negativa. Nuestros entrevistados están en un momento de contención debido a la atención hospitalaria, y es fácil que eso contribuya a los resultados negativos en la Constelación de suicidio.

Abundando en la idea de que sí hay importante riesgo autolítico en nuestros entrevistados hemos de señalar que aunque el Rorschach apenas da 2 casos de los 30 entrevistados con valor positivo en la Constelación "Suicidio", en esta entrevista personal que hemos pasado previa al Rorschach hemos detectado que de 30 pacientes, 11 han tenido serios intentos de suicidio (cortarse las venas, tirarse de un coche en marcha, ingerir barbitúricos, intentar colgarse o tirarse por una ventana). De estos 11, 4 lo han intentado una vez, 2 dos veces, 4 tres y 1 cuatro veces. Aparte de los 11 sujetos con intentos de suicidio ha habido 4 casos de ideas suicidas con autolesión (golpearse o cargarse de pastillas) y 9 pacientes con ideas persistentes de suicidio. Es decir, 24 de 30 casos se plantean con más o menos profundidad el suicidio.

Respecto a las posibles diferencias de tendencia suicida según la paciente sea anoréxica-bulímica o anoréxica-restrictiva hemos de señalar en nuestra investigación que uno y otro tipo de pacientes anoréxicas presentan análoga frecuencia.

Las pacientes que han mostrado tendencias suicidas tienen una media de 3 a 5 años en la duración de su enfermedad, y no necesariamente acusan Depresión (el 37% tiene síntomas depresivos propios de la hospitalización y cronificación de su enfermedad, pero sólo el 17% muestra Neurosis Depresiva según podremos ver al pasar a las pacientes el cuestionario MCMI-II. Y de este porcentaje, tan sólo el 10% acusa Depresión severa, como veremos más adelante a través del cuestionario Rorschach).

Siguiendo a Freud en su exposición sobre la Melancolía, esta tendencia al suicidio que hace a la enfermedad tan interesante y peligrosa se debe a que en su relación ambivalente con el Objeto introyectado, en esa relación amor-odio que mantiene inconscientemente con un ser cercano, el melancólico dirige a sí mismo la hostilidad interiorizada al Otro, y esa hostilidad llega al deseo de muerte, deseo que personaliza en lugar de dirigirlo a la persona cuya hostilidad ha hecho interior e inconsciente muchas veces.

5.3. Entrevista Con La Madre O Los Padres

Hemos pretendido ver en este sondeo cómo ha cubierto la paciente sus necesidades primarias y cómo ha expresado sus demandas afectivas a lo largo del desarrollo infantil y juvenil.

A algunas de estas entrevistas ha acudido también el padre, pulsando siempre previamente su deseo de intervenir y el acuerdo con la madre para hacerlo.

La madre y en ocasiones los padres nos han hablado de lo conflictivo de las relaciones con la paciente que sin embargo la hija en la entrevista personal con frecuencia idealiza. Generalmente estas entrevistas nos han hablado de una madre agobiada, incapaz de contener a la hija y con necesidad de ser apoyada psicológicamente durante el proceso anoréxico de la paciente.

Los conflictos intra-familiares en la Anorexia Nervosa presentan una principal protagonista: la anoréxica, que con frecuencia caotiza el ambiente familiar. La paciente ha tenido generalmente problemas de alimentación desde su primera infancia. También se observa en su biografía una falta de deseo y goce hacia el biberón, el chupete o las heces, pero esto suele ser presentado por la madre o los padres como un feliz logro en el desarrollo del bebé y con satisfacción señalan en la entrevista que la paciente anoréxica abandonó el chupete con facilidad y que no ensució la cama o cuna desde muy pronto, controlando los esfínteres sin apenas presentar problema. Todo esto nosotros lo interpretamos como una falta de deseo y de comunicación lúdica entre el bebé y los mayores, pero los padres, especialmente las madres, ven en ello una gran comodidad. Son bebés que no se han detenido con goce en estas etapas; que ha transcurrido sin relevancia o incluso con cierto rechazo.

Es también mencionable el sentimiento doloroso de la paciente de no ser especialmente querida o diferenciada en la familia, de ser "una más". También se registra la relación intensa y ambivalente con la madre y la relación difícil o la fantasía de incesto con el padre. A veces, la actitud anoréxica supone una manipulación en las relaciones familiares, que se distorsionan y se centran en la enferma y sus síntomas con hiperprotección y culpa parental.

Se revela también con frecuencia la envidia y deseos de destacar respecto a una hermana cercana, llegando a ser este problema de cierta gravedad. Detrás de este patológico deseo de individuación y de ser distinta, y como ya venimos señalando, se enmascara el deseo de ser la preferida para la madre sin sombras de la hermana.

5.4. Cuestionario HTP. Resultados

Hemos buscado en el test HTP (House-Tree-Person) de Emmanuel Hammer que las pacientes, al dibujar un Arbol, una Casa y una Figura Humana de uno y otro sexo plasmaran en sus dibujos y en las respuestas a las preguntas hechas sobre ellos (Ver Anexo I: modelo de entrevista. Y ANEXO II: cuestionario cumplimentado) las asociaciones surgidas con su vida hogareña (al dibujar la Casa), su auto-imagen inconsciente (al dibujar el Arbol) y sus relaciones ambientales (al dibujar la Persona).

Los resultados de este test en nuestro estudio son de carácter cualitativo, no estadístico ni cuantificable, pero sí dan una apreciación muy concreta de las actitudes y sentimientos que los sujetos proyectan en el test.

Podemos apreciar a grandes rasgos que nuestras 30 pacientes anoréxicas entrevistadas tienden a desajustar la realidad y a ser regresivas y a menudo tienen dificultades en las relaciones familiares. Su identidad sexual es inmadura o ambigua, con frecuente rechazo al propio sexo. Hay con frecuencia una negativa apreciación de sí misma con sentimientos de inseguridad o inferioridad y dificultades de adaptación en la relación ambiental.

5.5. El Rorschach En Nuestra Investigación Sobre Anorexia

Ya hemos definido en este trabajo la Melancolía como rasgo de la personalidad temprano que surge por elaboración inadecuada de un duelo después de una depresión, introyectando el objeto perdido con ambivalencia.

En esta investigación buscamos en el test de Rorschach las variables que puedan servir para medir el rasgo melancólico en la personalidad de un paciente. Y tratamos de diferenciar también mediante el test la Melancolía de la Depresión o la Psicosis.

Para ello aplicaremos el test Rorschach a nuestra población de 30 pacientes anoréxicas, a las que por su Anorexia Nervosa atribuimos el rasgo melancólico. Las características de este rasgo nos han llevado a crear 6 variables que pueden medir la Melancolía. También se verá mediante el test de Rorschach que estos pacientes melancólicos muestran sólo en algunos casos, y nunca necesariamente, Psicosis o Depresión.

La mayor aportación del Rorschach es descriptiva, ilustrando cómo el sujeto es ahora.

Pasamos a analizar los 30 cuestionarios de Rorschach cumplimentados en nuestro estudio.⁽⁵³⁾

5.5.1. Medición En Rorschach De La Melancolía En Nuestras Pacientes Anoréxicas.

La Melancolía, que en términos neuropsiquiátricos se equipara a la Depresión, en términos psíquicos se conceptúa de rasgo y no de estado. Es un conflicto de relación que no resuelve el paciente exteriorizándolo sino que lo interioriza y aparece como rasgo temprano de la personalidad, después de una depresión y sustituyendo al dolor por la pérdida o separación de alguien o algo con lo que se identifica. Este proceso se acompaña de censura y reproche tendiendo a presentar autoagresión, y todo ello de una manera inconsciente.

El paciente melancólico suele tener baja autoestima, sus relaciones con frecuencia son conflictivas y tiene escasa elaboración simbólica de sus pensamientos, presentando peligro de acting-out. Muestra una excesiva auto-exigencia consigo mismo y desapego afectivo con los demás. En base a este cuadro hemos determinado 6 variables que determinan la Melancolía, y las hemos buscado en los cuestionarios pasados a nuestras pacientes anoréxicas, con los siguientes resultados:

CUADRO I

MEDICION DE LA MELANCOLIA DE NUESTROS PACIENTES ANOREXICOS A TRAVES DEL TEST DE RORSCHACH

VARIABLES de Melancolía	PACIENTES ANOREXICOS	
	Núm.	%
1-Baja Autoestima	27	90
2-Conflicto relacional	29	97
3-Simbolización pobre o rígida, (pero no ausente): Peligro de Acting-out	30	100
4-Excesiva Auto-exigencia	26	87
5- Desapego Afectivo.	26	87
6- Tendencia al Aislamiento	28	93

Los ELEMENTOS A PONDERAR EN CADA UNA DE LAS VARIABLES DE LA MELANCOLÍA serán los siguientes:

Variable 1: Baja Autoestima

El paciente melancólico muestra un descontento con el propio Yo. Su autocrítica y rebajamiento son frecuentes. Hay una extraordinaria disminución de su amor propio.

A través del Rorschach hemos podido detectarlo en los pacientes investigados.

Elementos a ponderar en el test de Rorschach:

IE bajo o IE alto con $SumV > 0$ y/o $MOR > 2$

$$IE: \text{Índice de Egoísmo} = \frac{3r+(2)}{R} = \frac{3x(Fr+rF) + Suma (2)}{R}$$

El autocentramiento elevado no es sinónimo de autoestima alta. Cuando en el protocolo aparezcan $Sum V > 0$ o $MOR > 2$ la autoestima del sujeto será muy deficiente.

V representa la introspección con matices de autocrítica negativa.

MOR : Percepción de objetos dañados. $MOR > 2$: Imagen personal desvalorizada.

Variable 2: Conflicto relacional

Hay en el melancólico un refugio en su enfermedad psíquica para no mostrar directamente su hostilidad. Sus relaciones están marcadas por esa actitud.

En el Rorschach hemos encontrado la expresión de este conflicto.

Elementos a ponderar en el test de Rorschach:

2-1) $H < (H) + Hd + (Hd)$ y/o $(H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3$ con COP y AG diferentes a $(COP \leq 1$ con $AG=2$ o $COP=2$ con $AG \geq 1)$

2-2) Protocolos cortos

2-3) Bl de Color. $Sombr > 0$

2-1)

$H < (H) + Hd + (Hd)$. Número de Respuestas Humanas menor que de Respuestas Para-Humanas. Se espera que esto no ocurra hacia los 10 años, pues supone que el sujeto construye su propia imagen y la percepción del otro sobre fantasías y no sobre experiencias reales.

$(H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3$. Número de Respuestas para-humanas y para-animales mayor que 3. El adulto puede estar malinterpretando su medio ambiente social y su autoimagen.

COP y AG diferentes a $(COP \leq 1$ con $AG=2$ o $COP=2$ con $AG \geq 1)$. Pues el sujeto no interacciona de forma positiva.

2-2) Protocolos cortos, válidos (más de 14 respuestas) pero inferiores a la Media.

Pues salvo limitaciones intelectuales, pueden suponer intentos de ocultación.

Media de $R = 22$. 24 cuestionarios, el 80%, están por debajo de la media. 20 cuestionarios, 67%, por debajo de la media -DT = 18 respuestas.

2-3) Bl de Color. $Sombr > 0$

Suponen experiencia emocional confusa y ambivalente.

Variable 3: Simbolización pobre o rígida.

Un síntoma del melancólico es su dificultad para la expresión simbólica de su deseo. Esto hace su conducta ambigua e impredecible, unas veces cargada de emoción y otras desafectada.

Elementos a ponderar en el test de Rorschach:

3-1) EB Ambigual o EB Per Rígido

con $\alpha < p$ y $Ma < Mp$

3-2) $FM < 4$

3-3) $Blends < 4$

3-1) EB Ambigual o EB Per Rígido. EB Ambigual: Inconsistencia o indefinición en la resolución de problemas. Puede mermar la eficacia del sujeto. Es modificable, esencialmente en jóvenes. EB Per Rígido Rigidificación del estilo básico de respuestas. Puede restar eficacia a las conductas adaptativas.

La "manía" defensiva de la Melancolía se refleja muy bien en las variables del Rorschach $\alpha:p$ y $Ma:Mp$. El melancólico desde la manía se siente autónomo. Los movimientos activos en Rorschach superan claramente a los pasivos, que con escasa simbolización facilitan el acting.

3-2) $FM < 4$. No hay conciencia de la insatisfacción de necesidades básicas (FM: Movimiento Animal).

3-3) $Blends < 4$. El sujeto evita la complejidad

Variable 4: Auto-exigencia elevada

Suele haber en el melancólico una gran ambición intelectual, mayor con frecuencia de lo permitido por su capacidad creadora. Esto les lleva a la consiguiente auto-decepción.

Elementos a ponderar en el test de Rorschach:

$W:M > 2:1$ con EB Ambigual o Introtensivo

Variable 5: Desapego Afectivo

La inhibición y falta de interés es propia del melancólico, embebido y absorto en su labor de duelo para nosotros enigmática.

Elementos a ponderar en el test de Rorschach:

5-1) $T=0$

5-2) $Afr \leq 0,59$

5-1) $T=0$ En mayores de 10 años es desapego emocional, reserva y cautela en la relación interpersonal. Distancia de seguridad para evitar relaciones vividas como invasoras.

5-2) $Afr \leq 0,59$

Más de una desviación típica por debajo de la media. Inclinación a rehuir la estimulación emocional. Con $T=0$ se acentúa la retracción o aislamiento.

El Afr es de las variables más estables. Señala un estilo del sujeto.

Variable 6: Tendencia al Aislamiento

Elementos a ponderar en el test de Rorschach:

$COP < 2$ o $Aism^{\circ}/R > .24$

5.5.2. Diferencia Entre La Melancolía Y La Psicosis

El Rorschach sólo detecta en nuestro estudio un caso de Esquizofrenia y 3 de Depresión Severa que puedan hacernos pensar en personalidades psicóticas. No hallamos en nuestras entrevistas otros signos de narcisismo secundario, como demostramos seguidamente.

a) No Hay Preocupación Del Paciente Melancólico Por El Propio Cuerpo

Aunque en el Rorschach cumplimentado por nuestros 30 pacientes estos (el 90% -27 casos) están más preocupados de lo normal por su funcionamiento corporal ($An+Xy$ de 1 a 3), no llega a ser una cuestión prioritaria en su organización psicológica salvo en 3 casos (10%, con $An+Xy > 3$) y sólo uno conlleva sentimientos perturbadores asociados a emociones disfóricas (las respuestas Xy , que suponen mayor perturbación emocional, sólo se destacan en un caso). Es más: 10 de los 30 entrevistados (33% con el valor $An+Xy=0$) muestran una actitud de preocupación por el cuerpo absolutamente normal.

No parece pues haber Hipocondría. Está muy lejos de optar el melancólico por el narcisismo secundario (psicosis) que interioriza la relación interpersonal con excesiva preocupación corporal.

Es sorprendente este dato, pero el supuesto tan extendido de la preocupación por el cuerpo en la paciente anoréxica se cuestiona con estos resultados. Y da pie a considerar que la excesiva delgadez es ante todo una llamada de atención.

También la variable *Dajustada* (>0 en 8 casos, el 27% de las veces), que junto con una *FM* baja nos habla de una ausencia de percepción de las propias necesidades, están ambas hablando de que no hay peligro en estos pacientes de una pérdida de control psicótico.

b) Hay Relación Interpersonal En La Melancolía

El cuadro adjunto expone la existencia en la Melancolía de Relación Objetal, interpersonal, y por tanto la ausencia de Psicosis, donde la relación objetal no existe.

El melancólico tiene conflicto con la realidad exterior y tendencia al aislamiento, pero no rechazo radical a la relación sustituyéndola por la fantasía, como hace el psicótico.

CUADRO II

MEDICION DE LA MELANCOLIA EN EL RORSCHACH: DIFERENCIAS CON LA PSICOSIS

VARIABLES FRECUENTES EN LA PSICOSIS	Nº CASOS (sobre 30)	PORCENTAJES: %
Reflejos ($Fr+rF$)>0)	5	17%
$H+A < Hd+Ad$ = = componentes paranoides	1	3%
$Dajustada > 0$	8	27%

Reflejos ($Fr+rF > 0$) Como en la realidad, en nuestra investigación también es infrecuente. Implica una autopercepción primitiva, inmadura y narcisista, existencia de componentes narcisistas.

$H+A < Hd+Ad$ = componentes paranoides. Al no darse en nuestro estudio, podemos afirmar que estos sujetos no perciben con suspicacia el entorno humano.

$Dajustada > 0$ sólo en 8 casos. Los sujetos entrevistados tienen capacidad de control y buena tolerancia al stress.

5.5.3. Diferencia Entre La Melancolía Y La Depresión

En esta investigación los datos del Rorschach confirman la diferencia entre Melancolía y Depresión, pues: sólo 11 entrevistados dan positivo en la constelación "Depresión" de Rorschach y de ellos sólo 3 alcanzan un valor significativo de Depresión severa. No podemos equiparar por tanto Depresión a Melancolía en estos resultados, pues no hay un porcentaje significativo de depresivos entre nuestros pacientes melancólicos.

La Melancolía no puede equipararse a Depresión, pero sí tiene matices depresivos. Entre las 15 variables que conforman la "*Constelación Depresión*" del test de Rorschach destacan en nuestros pacientes tres, que hemos incorporado a nuestra medida de Melancolía. Dos hablan de su aislamiento (indistintamente, o $COP < 2$ o $Aism^o/R > .24$ se dan 28 veces, el 93%) y una de su escasa simbolización ($Blends < 4$ (se da en 22 pacientes, el 73%). La primera variable es de connotación afectiva, la segunda cognitiva. Con frecuencia, pero no tan marcada, (43, 50, 53, 57 y 64%) se registra la existencia de otras variables depresivas.⁽³⁶⁾

No parece que haya malestar situacional que influya en nuestros entrevistados, pues no hay consciencia en nuestros pacientes ni siquiera del malestar significativo que la propia entrevista debería significar (m es > 1 en 7 casos, esto es, el 23% de las veces e $Y > 1$ en 4 casos, el 13%).

5.6. El Cuestionario MCMI-II En Nuestra Investigación Sobre Anorexia Nervosa⁽⁵⁴⁾

Adjuntamos en las siguientes páginas a esta explicación (págs 88 y 89) un Gráfico y un Cuadro ("Perfil Diagnóstico") donde pueden verse los resultados obtenidos. Estadísticamente el gráfico muestra dos curvas con distinto significado: una curva es de "Probable Desviación Significativa en la Escala de Referencia". La segunda curva es de "Desviación Significativa" en la misma escala. Hemos considerado que dada la tendencia de estas pacientes a falsear la realidad para dar una imagen idealizada de sí mismas es estadísticamente más acertado ceñirnos a los resultados de la segunda curva.

Y esto mismo reflejan los resultados: que las conclusiones quizás no pueden generalizarse tanto como lo deseado, pues hay indicadores (15 de 30 casos) que hacen presumir falseamiento por sobre-sinceridad y frecuente tendencia del entrevistado a ser reticente, ambiguo o reservado. (Ver Gráfico pág.88: Escala de *Sinceridad*) . Esto puede explicar la excesiva saturación de algunas escalas.

También se aprecia un posible sesgo por falsear la sinceridad en un sentido socialmente deseable (14 casos).

Coincide este dato de los test con el comprobado en la realidad a través de las personas relacionadas con pacientes anoréxicas, que se quejan con frecuencia de que tienden a falsear la realidad adaptándola conscientemente a su conveniencia y relatando los hechos sobre su vida propia según les interesa, lo cual las hace muy poco fiables.

Por todo ello ha de contarse con falsos negativos que reducen estadísticamente nuestros resultados a menos casos de los reales. Es por este motivo que no nos detenemos en comentar las probables desviaciones significativas ($TB \geq 75$) del perfil diagnóstico de nuestros pacientes (Ver Gráfico, pág 89) y para más seguridad en nuestros resultados pasamos a analizar las desviaciones significativas ($TB \geq 85$) del perfil)

5.6.1. Patrones Básicos De La Personalidad

Hablemos de las desviaciones significativas en las Escalas del test MCMI-II de Millon que permiten conocer los aspectos básicos de Personalidad anormales. Han sido referidos a la *personalidad autodestructiva* (masoquista, 16 casos = 53%); es propia del anoréxico, que se deja arrastrar por una situación de sufrimiento e impide que los demás le presten ayuda. (Ver Gráfico pág 88).

También se da con frecuencia (15 casos = 50%) la *personalidad pasivo-agresiva*, por la que el sujeto es malhumorado, discutiador o irritable si se le pide que haga algo; trabaja deliberadamente lento, protesta injustificadamente, evita obligaciones simulando olvido, cree que hace las cosas mucho mejor de lo que los demás piensan, no admite sugerencias y critica o se burla de las personas que tienen posiciones de autoridad. (Ver Gráfico).

En 14 casos (47%) destaca la *personalidad fóbica*, con disforia afectiva provocada por sentimientos constantes de tensión y tristeza, que vacila entre el deseo de afecto y el miedo. Es constante y suspicaz, sobre-interpreta, busca amenazas potenciales y actúa para evitar el rechazo social anticipado. Se autopercebe como rechazado, devalúa el YO e informa de sentimientos de vaciedad y despersonalización.

Con algo menor pero también con frecuencia (13 casos, 43%) destaca nuestro cuestionario entre los entrevistados la *personalidad dependiente*, dócil, no competitiva, que evita conflictos interpersonales, necesita una figura fuerte y protectora, se percibe como débil y poco competente, tiene escasas iniciativas y evita la autonomía y la asertividad.

También destaca nuestro cuestionario en las pacientes entrevistadas (10 casos, 33%) la *personalidad histriónica*, de afectividad inconstante, con tendencia a exhibir afectos dramáticos y superficiales, de exhibicionismo infantil y conductas de seducción, que manipula para obtener atención y alabanzas, se autopercebe como gregaria y encantadora y tiene un pensamiento irreflexivo con juicios independientes, erráticos y fugaces.

5.6.2. Personalidad Patológica

(Ver Gráfico y Cuadro págs. 88 y 89)

El 33 % de los casos, 10, muestra una *personalidad borderline*, variante grave de los patrones básicos dependiente y ambivalente, con su equilibrio afectivo en constante peligro, con intensos cambios de humor endógenos, donde los periodos de abatimiento y apatía se intercalan con otros de enfado, ansiedad y euforia. Su ciclo de sueño / vigilia es irregular, hay conciencia condenatoria y pensamientos suicidas o automutilantes y de autodenigración. Reacciona intensamente a la separación, con miedo a la pérdida o tendencia al aislamiento. Hay ambivalencia cognitiva y afectiva y emociones conflictivas.

Hemos de destacar que no hay detección de casos borderline de nuestros pacientes a través del Rorschach, lo cual hace que estos resultados del MCMI-II, que arrojan 10 pacientes Borderline entre las anoréxicas entrevistadas, tengamos que cuestionarlos.

La descripción del "Borderline" que da el cuestionario MCMI-II nos lleva a suponer que el paciente anoréxico borderline, al que como anoréxico suponemos melancólico a lo largo de este estudio, ha de tener especiales dificultades para su equilibrio psíquico, pues aunque la Melancolía se caracteriza por el desinterés del mundo exterior, la incapacidad de amar, la disminución de amor propio y la inhibición de todas las funciones yoicas, alterna con la manía y produce euforia e intensos cambios de humor, como en el paciente borderline. Así no es extraño que en el sujeto borderline el rasgo melancólico se fije más fácilmente y los conflictos se agraven.

No destacamos otro tipo de personalidad patológica en nuestros entrevistados, pues sólo 5 se detectan de *personalidad esquizotípica* y por tanto no lo consideramos generalizable e inherente al paciente anoréxico. Tan sólo hay en nuestro estudio 1 paciente de personalidad paranoide.

5.6.3. Síndromes Clínicos Moderados

(Ver Gráfico y Cuadro págs 88 y 89)

Hay niveles de *ansiedad* (4 casos, 13%) con sentimientos aprensivos, tensión e indecisión y tendencia a quejarse de varias molestias físicas.

También *hipomanía* (5 casos, 17%) con periodos de humor superficial, elevado e inestable, inquietud, impulsividad e hiperactividad.

Y en algunos casos *neurosis depresiva* (5 casos, 17%), por lo que el paciente se siente descorazonado, con sentimientos de culpa y cobardía y expresa sentimientos de futilidad y autodesprecio.

1 y 2 casos, respectivamente, presentan *abuso de alcohol y drogas*.

5.6.4. Síndromes Clínicos Severos

(Ver Gráfico y Cuadro en págs 88 y 89)

3 casos aislados (10%) presentan *Depresión Mayor* y 1 (3%) *Pensamiento Psicótico*. Su escasísima frecuencia hace que no nos detengamos en ellos.

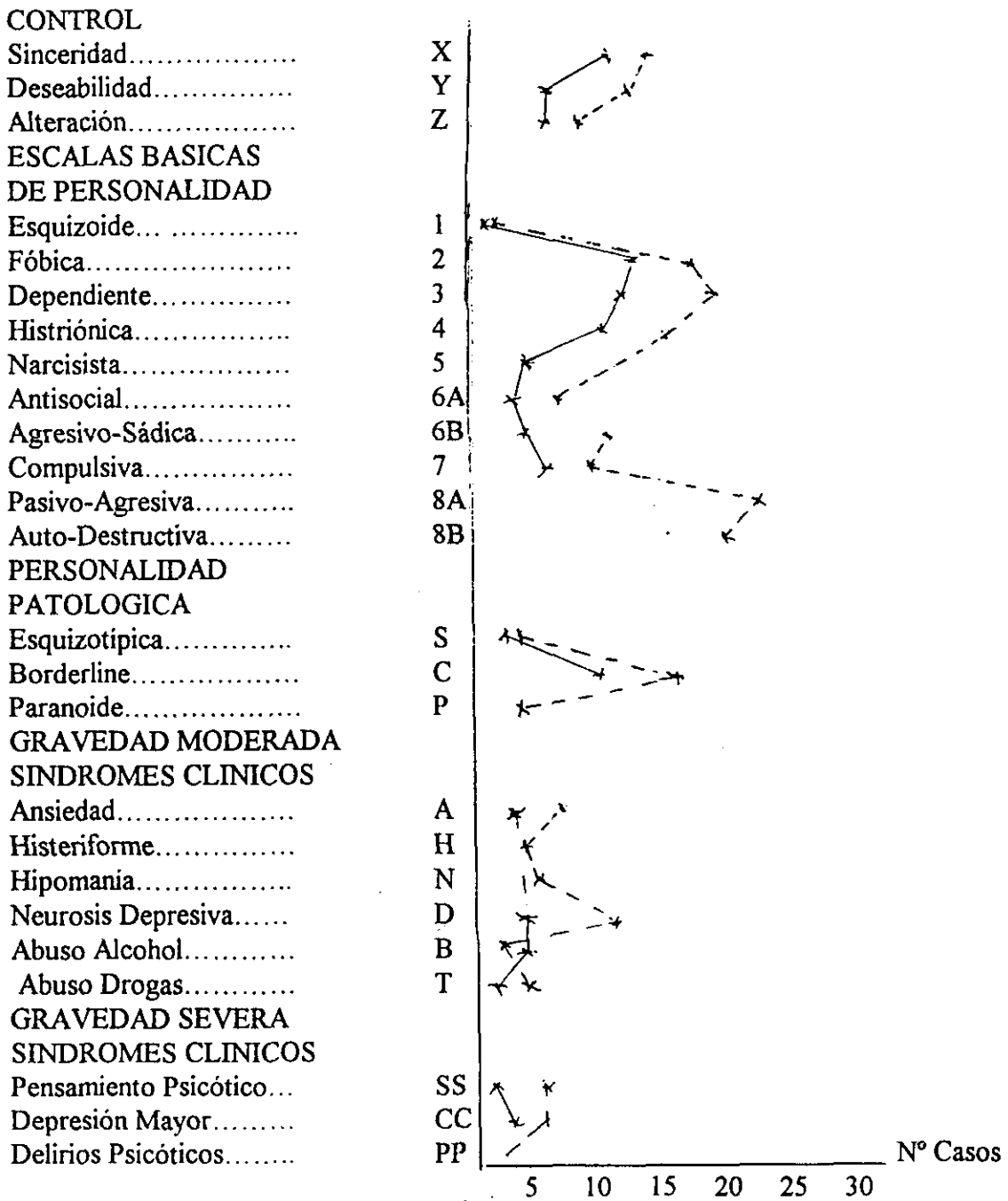
GRAFICO

CUESTIONARIO MCMI-II de MILLON

Perfil Diagnóstico de 30 pacientes anoréxicas

----- : TB ≥ 75. Probable Desviación significativa en la escala de referencia

_____ : TB ≥ 85. Desviación Significativa en la Escala de referencia



CUADRO

CUESTIONARIO MCMI-II de MILLON

Perfil Diagnóstico de 30 pacientes anoréxicas

: TB ≥ 85. Desviación Significativa en la Escala de referencia

ESCALA		Total 30 Casos	
		AN-Bulimia 23 casos	Restrictiva 7 casos
CONTROL			
Sinceridad.....	X	13	3
Deseabilidad.....	Y	7	2
Alteración.....	Z	7	2
ESCALAS BASICAS DE PERSONALIDAD			
Esquizoide.....	1	1	
Fóbica.....	2	14	4
Dependiente.....	3	13	4
Histriónica.....	4	10	2
Narcisista.....	5	5	
Antisocial.....	6A	4	1
Agresivo-Sádica.....	6B	5	
Compulsiva.....	7	7	2
Pasivo-Agresiva.....	8A	15	3
Auto-Destructiva.....	8B	16	5
PERSONALIDAD PATOLOGICA			
Esquizotípica.....	S	3	
Borderline.....	C	10	3
Paranoide.....	P	1	1
GRAVEDAD MODERADA SINDROMES CLINICOS			
Ansiedad.....	A	4	1
Histeriforme.....	H		
Hipomanía.....	N	5	2
Neurosis Depresiva.....	D	5	
Abuso Alcohol.....	B	1	
Abuso Drogas.....	T	5	1
GRAVEDAD SEVERA SINDROMES CLINICOS			
Pensamiento Psicótico...	SS	1	
Depresión Mayor.....	CC	3	1
Delirios Psicóticos.....	PP		

6. DISCUSION

6.1. Factores Socio-Culturales de la Anorexia Nervosa

La Anorexia Nervosa está de actualidad no sólo desde el punto de vista médico sino desde el sociológico. Tiene relaciones con el sexo, la lucha feminista, los modos y modelos de corporalidad. Desde lo psicológico damos la lectura de que la anoréxica asume un Ideal cultural andrógino que disminuya sus diferencias sociales con el hombre. Y que este Ideal, transmitido inconscientemente por una madre que busca en su hija una buena incorporación social, se contradice con otro mensaje vital materno de procurar a la hija supervivencia y salud. Todo ello provoca en la paciente una ambivalencia y vive su enfermedad con sentimientos mezclados de culpa y triunfo totalmente contrapuestos.

En la inanición anoréxica parece haber una intervención cultural de la erudición femenina, que puede ser una queja generacional sobre el trabajo en la familia y sobre la muerte de valores familiares tradicionales. Y puede emplearse inconscientemente la enfermedad para la negociación de estos valores.

A lo largo del desarrollo de la Psiquiatría pocos cuadros se han resistido a su justificación nosológica como el de la Anorexia Nervosa. Se debe en parte al insuficiente conocimiento actual sobre los factores psico-fisiológicos del desarrollo evolutivo infanto-juvenil y al poco conocimiento de la psico-patología adolescente.

Es necesario que la sociedad se plantee la atención pública de la paciente adolescente anoréxica en lugares y con personas especializadas en la adolescencia. Se echa de menos en los hospitales y clínicas públicos y privados la especialización psiquiátrica y psicológica de la adolescencia. En España sólo 3 hospitales públicos tratan al adolescente de forma especializada. Salvo excepciones, las anoréxicas hospitalizadas lo están en Hospitales infantiles si son menores de 18 años y las mayores de esta edad están atendidas a veces en psiquiátricos de adultos ingresados por otras patologías.

En la atención clínica, tan importante como los cuidados biológicos, farmacológicos y psicológicos es la atención individual del personal de enfermería. Esta paciente introvertida, compulsiva en su control de peso, desconfiada de sí y de los demás, con baja auto-estima y a veces con depresión necesita que el personal en contacto con ella cree empatía, tenga actitud positiva y de aceptación, sea cálido, comprometido y confiado y no prejuzgue. Comprendemos que no se trata de adaptar cada enfermera a la exigencia personal de cada paciente, pero sí hablamos de que el personal enfermero sea adecuado y esté preparado para tratar a un paciente con unas determinadas actitudes y patología.

No puede equipararse la Anorexia Nervosa a cualquier tendencia exagerada a la delgadez. La conducta de algunas modelos, gimnastas, azafatas, bailarinas, etc. no siempre es patológica o equiparable a la AN. Es posible que su incidencia haya aumentado porque se diagnostique mejor, pero el deseo y esfuerzo por adelgazar es un fenómeno que no siempre hay que sobrevalorar patológicamente.

La delgadez buscada por la anoréxica sobrepasa el objetivo de la moda. Algunos estudios, incluido el nuestro, han concluido en que no hay distorsión perceptiva corporal y sí una búsqueda evidente de la delgadez esquelética: desde lo cognitivo (piensan que se gustan así), lo afectivo (sienten que se gustan así) y lo optativo (es así como quieren estar). Nosotros, mediante el test de Rorschach, hemos constatado que la paciente anoréxica no tiene más preocupación de lo normal por el funcionamiento corporal ni necesariamente hay distorsión perceptiva, sino búsqueda de extremo adelgazamiento.

Consideramos por tanto que no hay en la AN tanta distorsión de la corporalidad como se supone. La paciente que se ve gorda está viendo que está gorda respecto a su meta, que es estar esquelética. Sabe perfectamente cuando está esquelética que lo está, pero es que quiere estar más, y en ello encuentra su éxito.

Tan equivocado es sobrevalorar psicopatológicamente la tendencia a adelgazar de muchas mujeres como interpretar la AN como un fenómeno de moda exclusivamente. Cuando esta moda se transforma en Ideal transmitido a la paciente inconscientemente y choca hasta la ambivalencia personal con el goce y la necesidad de alimentarse, produciendo la psicopatología anoréxica, estamos en una enfermedad autonomizada de la moda, psicósomática, que no depende de la voluntad y lleva a un rumbo distinto, absurdo, involuntario y sólo comprensible desde significados psicológicos profundos. La Anorexia Nervosa no está causada única y directamente por la moda actual, está muy lejos de una reducción tan frívola su significado.

6.2. Etiopatogenia

La AN continúa produciendo trabajos en torno a su entidad, en los que la contradicción y la ausencia de criterios unificadores es la norma. Sí se ha pasado a considerarla una enfermedad psiquiátrica, pero todavía no se ha adscrito a un trastorno psiquiátrico específico. Nosotros mantenemos en este trabajo que el sustrato melancólico subyace en toda Anorexia Nervosa y como podremos ver hay búsquedas anteriores que nos han facilitado determinarnos en este sentido.

Selvini⁽²⁵⁾ y Bruch⁽⁵⁷⁾ buscaron una delimitación precisa de la hoy llamada Anorexia Nervosa denominándola "Anorexia Mental". La delimitaba Bruch (1973) excluyendo de las "anorexias mentales primarias" o "verdaderas" las "anorexias mentales secundarias". Y las distinguía porque en las "verdaderas" hay voluntad consciente de infraalimentarse, con marcado desinterés frente al estado de desnutrición subsiguiente.

Todavía se cuestionan dos líneas fundamentales que intentan dar cuenta de la AN: una que pretende asimilarla a las Neurosis y otra a la Psicosis. En la interpretación del cuadro, Lassègue y Gull,^(58,59) hace algo más de un siglo, hablaban de Histeria en la AN, y otros autores de defensa contra la sexualidad o de disturbios perceptivo-cognitivos de la corporalidad. Se barajan todavía teorías de lo más dispares que achacan a la paciente anoréxica tan pronto una personalidad Borderline como una manifestación de un proceso esquizofrénico, cuando no un disturbio fóbico-obsesivo, enfatizando en la necesidad de un tratamiento ambulatorio prolongado para estas pacientes cuya psicopatología no acaba de identificarse.

Nosotros mediante el cuestionario MCMI-II hemos podido concluir en la diferente estructura psíquica de la personalidad de cada paciente anoréxico.

Las primeras referencias psicoanalíticas sobre la Anorexia Nervosa las encontramos en Freud en 1895, donde aparece como un síntoma de conversión. Se trata de la joven madre de "Un caso de curación por hipnosis", que no tenía leche para alimentar a su bebé, y de la famosa Frau Emmy von N, de los estudios sobre la Histeria. Parece, sin embargo, que estos casos no eran verdaderas anorexias mentales sino histerias. En cambio, en el mismo año de 1885, en el manuscrito G., dice textualmente: "la tan conocida Anorexia Nerviosa de las adolescentes me parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria". Y hace un paralelismo entre la pérdida de libido en la Melancolía y en la Anorexia; lo cual hace pensar que Freud ya intuía que la Anorexia Nervosa era algo más que una simple neurosis alimentaria. Aunque años después la sigue relacionando con la histeria (1904, artº sobre "el método psicoanalítico"), vuelve en 1915, en "Duelo y Melancolía", a relacionar el rechazo de la paciente a alimentarse con graves estados de melancólicos⁽⁶⁰⁾.

Se ha equiparado anteriormente, hoy cada día menos, la AN a la Neurosis Histórica. Este proceder estaba reafirmado en que es posible encontrar cuadros histéricos en los que las perturbaciones de la alimentación ocupan un primer plano. Pero se trataría de lo que más tarde Selvini y Bruch calificaron de "anorexias mentales secundarias", cuya característica principal sería la dificultad para llevar el proceso alimentario de una manera adecuada por causas ajenas a la voluntad de la paciente. Se trataría de "anorexias reactivas", en las que el investimento de las funciones alimentarias daría lugar a una dificultad por nutrirse convenientemente (Selvini, 1963; Bruch, 1973; Gargfinkel y col., 1982; Ingelmo y Vaz, 1983; Vaz e Ingelmo, 1983). Esta concepción que permite explicar algunos trastornos que la clínica ofrece no puede sin embargo generalizarse y hacerse extensiva a todas las perturbaciones psicógenas de la alimentación. La estructura subyacente a los síntomas no tiene que ser necesariamente de índole neurótica.^(57,61)

Nosotros insistimos en la base melancólica de la AN al observar aspectos en la Anorexia similares a la manía melancólica. Sabemos que desde una perspectiva fenomenológica la hiperactividad, el sentimiento de exaltación y el insomnio son rasgos clínicos comunes a la AN y a la manía melancólica. Igualmente comunes a ambas patologías son los autorreproches. En la anoréxica aparecen tras la ingesta y han inducido con frecuencia a atribuir una base depresiva al trastorno (Eckert y col., 1982). Estudios actuales (Chinchilla, 1994) han rebatido estas apreciaciones y han concluido en que la AN tiene claras diferencias con las depresiones, argumentando que el depresivo no tiene la finalidad de estar delgado o no deja de comer con esa finalidad, no selecciona la comida y en todo caso tiene pérdida del interés por toda la comida; que rara vez tiene bulimias o vómitos provocados. Que tienen tendencia a la disminución de la actividad y no a la hiper-actividad anoréxica, etc.⁽²³⁾

Actualmente se considera la AN una enfermedad psicosomática con un componente depresivo importante que en nuestro estudio hemos matizado de melancólico. Es una patología de los ideales del Yo y esto refuerza nuestra tesis de la Melancolía como sustrato anoréxico. Afecta a áreas como la comunicación, adición, corporalidad y afectividad.

En este estudio sostenemos que es el fondo melancólico en la AN el que aporta el matiz depresivo a la enfermedad. Con gran frecuencia las pacientes se quejan de su tristeza y manifiestan estar deprimidas. En un primer momento parecería que se quejan por encontrarse en un estado físico tan límite y que su desesperación proviene de su lucha contra la enfermedad pero una observación más detallada nos hará comprobar que, muy al contrario, hay en la paciente frente a la enfermedad un sentimiento de orgullo y una vivencia de triunfo (que en nuestro estudio atribuimos a la manía melancólica) por sentir que están dominando el hambre y las funciones corporales.

Apoya nuestra hipótesis de que hay un sustrato melancólico en toda AN la relación directa que hemos observado en nuestro trabajo entre el suicidio (tan propio de la Melancolía) y la AN. Se han hecho muy pocos estudios sobre las tendencias suicidas en relación con los trastornos de alimentación. Podemos citar a Favaro A, y Santonastaso P., pero sus conclusiones difieren algo de las nuestras.⁽⁶²⁾

A pesar de que estos autores apuntan a que la tendencia al suicidio puede ser mayor en las pacientes bulímico-anoréxicas que en las anoréxico-restrictivas, nosotros hemos de señalar en nuestra investigación que uno y otro tipo de pacientes anoréxicas presentan análoga frecuencia.

Las pacientes de nuestro estudio que han mostrado tendencias suicidas tienen una media de 3 a 5 años en la duración de su enfermedad anoréxica y no necesariamente acusan Depresión. Como ya hemos visto, en nuestra investigación sólo el 17% muestra Neurosis Depresiva según pudimos ver al pasar a las pacientes el cuestionario MCMI-II. Y de este porcentaje, tan sólo el 10% acusa Depresión severa, según nuestros resultados a través del test de Rorschach.

Por otra parte los autores citados consideran que la tendencia al suicidio correlaciona con la larga duración de la enfermedad anoréxica y con la Depresión de las pacientes.

Nuestras conclusiones coinciden en líneas generales con los escasos estudios que se han hecho sobre la materia, pudiendo destacar como nota común que hay tendencia al suicidio en la Anorexia Nervosa. Es necesario profundizar con más investigaciones y con mayor detalle sobre este aspecto.

El que no sea la Depresión su enfermedad no significa que no haya una alteración del estado de ánimo en la AN. Hay sentimientos de soledad, abandono y vacío interior que se traducen en una gran inestabilidad afectiva, con cambios frecuentes e intensos en el estado de ánimo. La pauta interaccional básica de estas pacientes está caracterizada por una actitud mantenida de desconfianza y tendencia al aislamiento, destinada a evitar todas aquellas relaciones interpersonales en las que pudiera aparecer un componente afectivo o, cuando menos, una definición de sí por parte del Otro.

Esta tendencia les lleva a reducir progresivamente su mundo exterior empujándoles a una soledad que termina por serles insoportable. Poco a poco abandonan sus intereses y centran su vida en un continuo combate contra el hambre para estar delgada, única fuente de gratificación narcisista. La sensación de apesamiento, de saberse encerradas en una situación sin salida, hace surgir en las pacientes un fuerte sentimiento de ineficacia y una tristeza que no es otra cosa que desesperación, incapacidad y aislamiento. Acceder a estos sentimientos profundos no es tarea fácil y la actitud de las pacientes en sus contactos interpersonales resulta ser una barrera que dificulta la aproximación. Se apodera de la anoréxica una dinámica que podríamos llamar "de poder y control", dentro de la cual el rechazo de la comida estaría encaminado a proporcionar la delgadez y con ello un sentimiento de autonomía y efectividad.

La Escuela psicodinámica ha oscilado en su interpretación sobre la AN en considerar la enfermedad de origen neurótico o de carácter psicótico. Estas interpretaciones parten del psicoanálisis tradicional de Freud. El se refirió a la Anorexia relacionándola en principio con la Histeria pero ya apuntaba su relación con la Melancolía, que nosotros defendemos en este estudio. Para Freud la hoy AN era un síntoma de conversión histérica y la pérdida de apetito la correlaciona con pérdida de la libido. Freud ve en la AN la sexualización de la función alimentaria por fijación al erotismo oral buco-labial⁽⁶⁰⁾.

Para Abraham el hecho de comer significa para la anoréxica inconscientemente quedar embarazada, lo cual podría impulsarla a rechazar o inhibir la alimentación. Ve la Anorexia Nervosa como algo secundario al rechazo psicológico de la femineidad.⁽⁶³⁾

M. Klein considera que en el psiquismo precoz, narcisismo y ambiente influyen en la AN⁽⁶⁴⁾. Anna Freud define la Anorexia como el ascetismo de la adolescencia y Sandor como trastorno psicogenético en la evolución del Yo.

Los psicoanalistas actuales valoran para dar sentido a esta enfermedad el papel de la madre, la relación anorexia-frigidez y el desplazamiento a la alimentación de estados fóbicos, melancólicos, depresivos y obsesivos. Ven que habría de abundarse en la teoría de Freud sobre el narcisismo para explicar la AN y no centrarse en el síntoma. Y sí hay actualmente una tendencia de profesionales psico-dinámicos a preocuparse de la significación del Inconsciente en la AN.

Nuestro trabajo insiste en considerar que hay una derivación en la AN del narcisismo primario, pero no hacia el narcisismo secundario o psicosis, sino a la fijación en la Melancolía. Y que ésta, la Melancolía, no es Psicosis ni tampoco Depresión. Consideramos con otros autores que aunque muchas teorías atribuyen la AN y la Bulimia a una patología del narcisismo secundario esta concepción no ha sido debidamente evaluada. Sí puede hablarse de un déficit en la representación del Self pero este déficit no produce sentimientos de grandiosidad yoica, propios del narcisismo secundario, sino una tendencia opuesta consistente en sentimientos de baja auto-estima que nosotros en este trabajo atribuimos a la Melancolía: falla del narcisismo primario, y propia de los pacientes anoréxicos⁽⁶⁵⁾.

El Psicoanálisis hace hincapié en el papel de la madre y de los instintos. Estudia el papel del pre-edipo y considera que la ambivalencia genital de la pubertad es la que define la ambivalencia anoréxica reviviendo las separaciones previas e interfiriendo en la individuación del sujeto en relación al ambiente, perturbándose el desarrollo en tendencia ambivalente con la madre y empleando la paciente anoréxica como mecanismo de defensa una actitud ascética e intelectualizada con regresión a la oralidad.

Bruch en 1960 estudia la triada anorexia-adelgazamiento-hiperactividad partiendo del concepto presimbólico de Piaget y llega a la conclusión de que en la AN hay 3 tipos de trastornos: 1- Trastorno de la Imagen Corporal, que para él es delirante, con reiterado temor a la fealdad y a la gordura. 2- Trastorno perceptivo y negador de los estímulos corporales, con perturbaciones de la integración y regulación que involucran el hambre, el apetito, la fatiga, la debilidad y el frío. 3. Trastorno de Ineficacia como consecuencia del anterior.

Hay en muchas interpretaciones psicodinámicas actuales de la AN la tesis de que la enfermedad es una psicosis monosintomática, a medio camino entre la Esquizofrenia y la Depresión, defensa paranoide intrapersonal de despersonalización somatopsíquica.

Otras interpretaciones no psicodinámicas ven la AN como Enfermedad Obsesiva. Estos autores defienden su teoría basados en la conducta alimentaria aparente y en las ideas frecuentes sobre la delgadez y la comida que rodean el cuadro anoréxico. También se basan en que , como la Neurosis Obsesiva, tiene su comienzo a edades parecidas.

Sin embargo nosotros creemos que estas obsesiones no suelen ser absurdas e involuntarias y parecen obedecer a ideas y emociones intelectualizadas que muestran más un cuadro de angustia con matices depresivos y contenido obsesivo o fóbico sólo secundario.

También se ha buscado una comprensión de la enfermedad a través de estudiar los estilos de defensa de estos pacientes encontrando muchas similitudes con las defensas psicológicas de la paciente bulímica de la que sólo difiere en sus sentimientos de soledad, su pasivo-agresividad y su baja auto-estima, pero a la que se la puede considerar en el mismo ranking, en un continuo de valores de un cuestionario relativo a 17 defensas: sublimación, anticipación, supresión, pérdida, idealización, formación reactiva, proyección, agresión-pasividad, acting-out, soledad, devaluación, fantasía autista, denegación, desplazamiento, disociación, demencia y somatización. En proyección y sublimación los datos eran muy similares para anoréxicas y bulímicas y diferían marcadamente de las mujeres control.⁽⁶⁶⁾

Otro estudio abunda en estas similitudes equiparando a las pacientes bulímicas y anoréxicas en insatisfacción, perfeccionismo, sentimiento de ineficacia, desconfianza interpersonal, introversión y miedo a la madurez; está realizado a través del cuestionario EDI-2 (Eating Disorder Inventory) en su segunda edición. Se añaden las 3 sub-escalas de ascetismo (aquí hay grandes diferencias entre anoréxicas y bulímicas), regulación de impulsos e inseguridad social⁽⁶⁷⁾. Las pacientes muestran significativa elevación en los valores de prácticamente todas las sub-escalas mencionadas. Ambas pacientes manifiestan respecto a grupos control un menor soporte social, y este sentimiento es aún más profundo en la paciente bulímica.⁽⁶⁸⁾

Un reciente trabajo señalaba una importante diferencia: las pacientes bulímicas no mostraban dificultades en la ejecución intelectual no-verbal y las anoréxicas sí⁽⁶⁹⁾. Esto coincidiría con nuestra tesis de encontrar la paciente anoréxica- nosotros lo atribuimos a la Melancolía- serias dificultades en la simbolización y ya desde muy temprana edad: antes de la etapa verbal.

En España la escuela de López Ibor Aliño ve en la AN una sintomatología depresiva secundaria, considerando que la Depresión no tiene en esta enfermedad la entidad de trastorno afectivo subyacente.⁽⁷⁰⁾ Otros autores que buscan en el tratamiento antidepressivo respuesta a la AN muestran escasos éxitos terapéuticos. Fuera de España también se defienden los tricíclicos anti-depresivos como inhibidores de la serotonina y reductores significativos de la frecuencia de los atracones y purgas, pero aún con todo esto no está clarificada la conveniencia de esta medicación en la AN⁽⁷¹⁾ y sí se percibe a través de diversos estudios que no puede correlacionarse la severidad de un trastorno depresivo con una severidad de un trastorno alimentario. Nuestro propio trabajo ha hallado que no necesariamente hay un componente depresivo en la AN y que cuando lo hay obedece muchas veces a una sintomatología secundaria.

Sí se ha observado que las pacientes desarrollan ansiedad, obsesión compulsiva y a veces tienen síntomas depresivos, y todo ello parece cesar a medida que van mejorando en su patología anoréxica,⁽⁷²⁾ lo cual sugiere la posibilidad de que tales síntomas sean secundarios y no subyacentes a la enfermedad.

Nosotros sí vemos en la Melancolía un estado morboso que tiene un fondo depresivo, pero dista mucho de ser la clásica Depresión. Sí hay en la AN, que juzgamos melancólica, vacío y falta de horizontes, incapacidad para manejar sus sentimientos y tendencia al aislamiento, con dificultad para mantener una buena relación con los demás. También hay escasa elaboración simbólica.

Nuestra investigación ha registrado en el cuestionario Rorschach que 3 de las 15 variables que componen la Constelación *Depresión* se daban en estas pacientes anoréxicas. De ellas, 2 variables eran de connotación afectiva (*Cop*<2 o *Aislam*°/R>.24 se dan 28 veces, el 93%) y una cognitiva (*Blends*<4 se da en 22 pacientes, el 73%). Pero son matices depresivos de carácter personal e interpersonal más que entidades sintomático-clínicas.

Los síntomas depresivos son frecuentes casi en la mitad de la AN al principio, y al ganar peso disminuyen. Esto hace pensar que son secundarios a la situación stressante de la enfermedad y no precedentes a la AN o latentes. Y en las depresiones en general la Anorexia que conllevan es una simple pérdida de apetito, no una voluntad consciente y pertinaz de delgadez. El uso de laxantes y vómitos que ocurre en en la AN también marca diferencia con la posible Anorexia existente en la Depresión común.

Hallan dificultades en la simbolización de las pacientes anoréxicas autores como Gudmund Smith,⁽⁷³⁾ que emplea el concepto de "Alexitimia" para atribuirlo a la Anorexia Nervosa, considerando que en estos pacientes hay una disfunción cerebral que les dificulta describir su propio estado al tener obstruido el paso del Preconsciente al Consciente. La confusión emocional y la dificultad de simbolización constituyen las características de la alexitimia, que permanece dentro del marco de las teorías psicoanalíticas.

Desde que fuera acuñado por Sifneos en 1970⁽⁷⁴⁾, el concepto de Alexitimia ha ocupado un papel central en la investigación y debate en torno a las enfermedades psicósomáticas en los últimos veinte años. Desde nuestra hipótesis de que existe un rasgo melancólico en toda Anorexia Nervosa, coincidimos con estos autores en afirmar que existe en el paciente anoréxico un rasgo de la personalidad que supone un trastorno en la comunicación pre-verbal y que le crea dificultades en la expresión emocional y en la elaboración simbólica, muy inhibida. No coincidimos con ellos en ver en la Melancolía una Depresión enmascarada, como ellos ven en la Alexitimia. Tampoco vemos en la Melancolía ausencia de sentimientos, propio de la alexitimia, sino interiorización de conflictos. Y en ello coinciden con nosotros estudiantes del tema,⁽⁷³⁾ como el propio Gudmund Smith y colaboradores, que escrutando el concepto de Alexitimia en un grupo de pacientes anoréxicas, comprobaron que estas tenían más respuestas emocionales que el grupo control, no pudiéndose por tanto hablar de ausencia, sino de confusión de sentimientos. Gran parte de la controversia existente en torno a este concepto de Alexitimia radica en la dificultad de encontrar un instrumento estandarizado para medir el constructor.

En definitiva: tipificar la patología de este trastorno bio-psico-social que es la AN sigue siendo un interrogante. Si se concuerda en encontrar en estas pacientes una especial dificultad para procesar las emociones⁽⁷⁵⁾ y una marcada tendencia al acting-out y a las conductas desordenadas, que con frecuencia llegan a ser suicidas.

También hay discusiones en torno a la posible patología "Borderline" en la Anorexia. Incluso nuestro trabajo, en el cuestionario MCMI-II, refleja un porcentaje importante de pacientes borderline (33%), aunque no hemos podido corroborar este dato con nuestros resultados obtenidos a través del test de Rorschach.

Sabemos que el término Borderline sigue siendo con frecuencia un término vago y mal definido, tierra de nadie entre la Neurosis y la Psicosis. Hemos contrastado nuestros resultados obtenidos a través del MCMI-II con los del test de Rorschach y no hemos podido corroborar mediante este último que haya entre nuestras pacientes anoréxicas estructura "Borderline". Las variables para medir este tipo de personalidad en el Rorschach no han dado en su conjunto como resultado ni un sólo caso de estructura "Borderline" en nuestras pacientes. Son estas variables del Rorschach las siguientes: A) "Sobrecarga", *D-Dadjust* negativa. (sólo se ha dado un 3% de las veces) B) "Intensos Afectos, mucho "Color" y mucho "Clarooscuro" (10%). C) "Bajos controles", manifestado en la alteración en la fórmula de *Color*", con más proporción de *CF* y *C* que de *FC*. Esta variable ha sido la única un poco alta, en el 53% de los casos. D) "*Afr*" alto (10%). "*EB extratensivo*" (13%) E) "*S*" alto, >3. (13%) F) "*T*" alta, >1, 10%.

Como decimos, estas variables del Rorschach consideradas en su conjunto no han arrojado en nuestra investigación ningún caso Borderline entre nuestros pacientes entrevistados.

Evidentemente se requieren más investigaciones en Anorexia Nerviosa utilizando el cuestionario MCMI-II de Millon, dada su aún escasa utilización y su mostrada posibilidad de uso para entender las diferencias de personalidad entre las pacientes que presentan este trastorno alimentario.

El cuestionario MCMI-II que nosotros hemos aplicado en nuestras 30 pacientes anoréxicas también se viene empleando por otros investigadores. Recientemente se ha publicado un estudio sobre 165 pacientes con trastornos de alimentación, diagnosticadas como tales por el DSM-III-R, 27 anoréxico-restrictivas, 33 purgo-anoréxicas y 105 bulímicas que ha arrojado significativas diferencias en este grupo en cuanto a su personalidad psico-patológica, medida por las 13 categorías de personalidad que ofrece el cuestionario. ⁽⁷⁶⁾.

Una primera conclusión a destacar en este estudio que comentamos es mostrar la correlación entre trastornos de alimentación y trastornos afectivos o trastornos de la personalidad de estos pacientes. Nosotros concluimos en algo muy similar: las pacientes al cumplimentar el test MCMI-II coinciden en considerar sus principales problemas los psíquicos.

El trabajo que venimos citando ⁽⁷⁶⁾ realizado sobre el cuestionario MCMI-II asigna a las anoréxico-bulímicas algunos valores en las escalas de personalidad muy similares a los de las anoréxico-restrictivas, de las que sólo difieren en una mayor dependencia y compulsividad en la personalidad de estas últimas. En nuestro estudio con este mismo cuestionario, muy discutible por su escaso ámbito en este apartado, pues de nuestras 30 pacientes sólo 7 eran anoréxico-restrictivas, tampoco hemos visto grandes diferencias de perfil diagnóstico entre las pacientes anoréxico-bulímicas y las anoréxico-restrictivas, pero en estas últimas hemos detectado mayor auto-destructividad y más casos de personalidad "Borderline" (aunque esto no ha sido corroborado por el test de Rorschach). Es decir: nuestras conclusiones difieren algo de las comentadas en este trabajo, que por otra parte es interesante al considerar intermedia entre la anoréxica y la bulímica la personalidad de la paciente anoréxico-bulímica.

Coincidimos también con el estudio comentado que ha utilizado el cuestionario MCMI-II de Millon, al estudiar la diferente estructura psíquica de la personalidad de los pacientes anoréxicos, en algo muy destacable: poder concluir que la Psicosis (Paranoia o Esquizofrenia) se presenta en porcentajes muy bajos y no correlaciona en absoluto con la presencia de trastornos en la alimentación.

6.3. Importancia de las primeras experiencias

En el abordaje terapéutico de la AN, la Dra. R. Calvo Sagardoy⁽²³⁾ refuerza el Principio Básico en el Tratamiento de la AN ya defendido por Hilde Bruch,⁽⁵⁷⁾ autora especialmente importante y significativa en el tratamiento de los trastornos alimentarios. Considera necesario remontarse en los orígenes del trastorno de la AN a la etapa del desarrollo del Yo en la infancia, en que la madre, de forma equivocada, aunque conscientemente ponga toda su buena voluntad, interfiere en el desarrollo corporal del bebé, distorsionando su reacción a los estímulos internos. Una madre extrema, descuidada o sobreprotectora, da primacía a su papel maternal en las respuestas que el niño da a la alimentación, interpretando el no comer como una ofensa y el comer como expresión afectiva. Interfiere así en la expresión que el niño da ante la satisfacción de sus necesidades y le dificulta en su proceso de identificación corporal.

Hilde Bruch amplía estas pautas comunicativas de la alimentación a las distintas etapas de desarrollo infantil y juvenil. Cree que puede comenzar el trastorno a perfilarse en la etapa pre-verbal, pero que se amplía a etapas posteriores. Imponer al niño la comida desde las necesidades del Otro, el Ser nutricao, y no del que se alimenta, es fuente de problemas.

Nosotros también valoramos como negativa la actitud de esa infancia que no da problemas de resistencia a cambios alimenticios y renuncia sin dificultad a platos o costumbres orales (chupete, por ejemplo) que antes se le suministraban. Pero sin embargo es muy frecuente que el silencio del niño sea interpretado como buena marcha de los acontecimientos.

6-4. El desarrollo evolutivo de la anoréxica y el ambiente familiar

Puede ser que la forma robótica infantil de someterse a las necesidades alimentarias no provoque hasta la pubertad conflictos en la conducta autonómica de la paciente anoréxica. Pero al llegar a esta etapa, los numerosos cambios que surgen en el desarrollo- crecimiento, menstruación, cambios corporales, impulsos, etc- amenazan su pérdida de control. La preocupación por el peso del cuerpo puede ser una expresión más de su ansiedad de controlar su madurez corporal. La paciente anoréxica siente que no tiene control sobre su crecimiento y que está bajo la influencia ajena.

Numerosos estudios ven en la AN una respuesta existencial de la adolescente a los problemas de crecimiento y maduración inversa al proceso puberal, procurando una reducción energética y evidenciando un trastorno psíquico. Se atribuye a la psicopatología anoréxica un conflicto de identidad y problemas de elaborar la individuación en el contexto familiar.

En cuanto al conflicto en su desarrollo sexual vemos que la etiología es compleja y que no pueden identificarse unos determinados factores causales. Es evidente que se da esencialmente en mujeres occidentales o del mundo desarrollado y apenas en hombres. Puede haber un serio conflicto de roles desde la posición socio-cultural de la mujer que contribuya a este trastorno alimentario. La experiencia clínica y la investigación muestran frecuentes traumas y dificultades sexuales en pacientes de AN y Bulimia.

También hay que considerar las alteraciones que en la pubertad de la paciente anoréxica puede haber en la estructura familiar. Suelen ser adolescentes muy cuidadas, a las que se les procura cantidad de oportunidades en la educación dentro de su ambiente, quizás prioritarias a otros valores existenciales. Los padres suelen transmitirle preocupación por la apariencia externa, adopción de buenas maneras y cumplimiento de ideales sociales. No cabe duda de que los demás miembros de la familia tienen este ambiente y no desarrollan Anorexia Nervosa, lo cual lleva a defender un rasgo previo y peculiar en la paciente para comprender la enfermedad. Pero sí sería una buena cura ambiental para la familia de la anoréxica llegar con ésta en su curación a darse la oportunidad sus miembros de conocerse o relacionarse más profundamente y conseguir un principio de moderación que huya del perfeccionismo o sobrecontrol, que sin ser una pérdida de bien hacer suponga huir de un pensamiento perfeccionista. Y dar espacio mental suficiente en la familia a los errores que proporcionan la oportunidad de aprender.

La Teoría de Sistemas aplicada a la AN también habla de la importancia del conflicto edípico que vuelve a asomar en la pubertad y que nosotros sostenemos en este trabajo. Pues Haley⁽⁷⁷⁾ habla del "triángulo perverso" que se forma en las familias como aquél en el que la separación de generaciones se rompe de una forma velada. Y Selvini⁽²⁵⁾ también se refiere a esta salida del vértice edípico que efectúa la anoréxica interfiriendo la relación parental, considerando que esta pretende unir de forma omnipotente a los padres separados.

También dentro de esta Teoría de Sistemas se evidencia, a través de la Escuela Estructuralista y su máximo representante, Minuchin⁽²⁴⁾, que la Anorexia Nervosa es una enfermedad psicósomática. Aunque Minuchin habla de "familia psicósomática" de la anoréxica, lo cual sería más discutible pero también nos confirmaría el conflicto edípico de la anoréxica a resolver, como sostenemos en esta tesis.

Volviendo a Minuchin, exponemos para su valoración los argumentos que esgrime para considerar que la anoréxica pertenece a una familia psicósomática:

- a- Aglutinamiento de sus miembros, que se hiperimplican transgrediendo la frontera conyugal de los padres y lleva a una serie de intrusiones en las relaciones entre sus miembros, con gran interdependencia.
- b- Actitudes de sobreprotección por parte de los padres, retrasando el desarrollo y autonomía de los hijos.
- c- Rigidez de funcionamiento, con resistencia a los cambios que limita las respuestas interpersonales. Estas familias se pueden presentar sin problemas previos a la aparición de una enfermedad, en este caso de la AN de la hija. Por eso es fácil que no reconozcan ninguna necesidad de cambio.
- d- Ausencia de resolución de conflictos. Aunque pueda haber discusiones, las interrupciones y cambios de conversación evitan llegar a soluciones consensuadas. También es frecuente negar la existencia de conflictos.
- e- La enfermedad de un miembro permite evitar el conflicto. En el caso de la anoréxica puede tomarse cualquier intervención suya en favor de uno u otro padre. O bien la enfermedad de la hija se vive como el único problema de la familia.
- f. Vulnerabilidad de quien presenta los trastornos.

Todo ello ocurre en gran parte a un nivel encubierto, Inconsciente, que impide a la hija enferma anoréxica dar el salto e independizarse en la vida familiar.

Recientes estudios en Japón han comprendido las diferentes estructuras psíquicas de la personalidad que subyacen en la Anorexia Nervosa y el sustrato más o menos grave que hay en todas ellas; y han diferenciado 3 tipos de AN con diferente pronóstico y distinto tratamiento. Veamos en esquema, ya que por la dificultad del idioma sólo hemos podido acceder al "abstract" bibliográfico, la propuesta de estos autores: Denda-K; Kitagawa-N y Shimanaka-S. ⁽⁷⁸⁾

-AN Tipo I . Es restrictiva y sin dietas. Los pacientes experimentan pérdida de apetito y subsiguientemente pérdida involuntaria de peso con stress físico y/o psicológico. Los pacientes no pierden intencionalmente el peso pero tampoco pueden explicar su pérdida de apetito.

La edad de estos pacientes es la más joven de estos tres grupos. Son introvertidos, pasivos y difíciles al expresar sus emociones.

La psicoterapia será desde un modelo psico-somático, insistiendo en el análisis de la regresión de estos pacientes y procurando la restauración de la relación madre-hijo. En el proceso terapéutico habrá de contarse con la ambivalencia materna. Es importante conseguir en el tratamiento mayor autonomía de la paciente.

A nuestro juicio este tipo I tiene un sustrato melancólico muy fuerte, al que ya nos hemos referido en esta investigación al hablar de la psico-patología común a toda AN. Suele darse en niños y la terapia se ha de dar contando mucho con la madre, dada la escasa simbolización del paciente por la edad. El cuadro es más grave en adolescentes que en niños.

AN Tipo II. Es restrictiva y con dieta. Los pacientes pierden peso con voluntad restrictiva de alimentarse, por fines estéticos o deportivos. Alguna experiencia de fallo en los estudios o deportes o algún complejo en las relaciones inter-personales disparan el comienzo de la AN. La pérdida de peso se ve como un gran objetivo mientras que el peso ganado se vive como un gran fallo o una gran pérdida de control. La terapia se basará en una buena relación de la paciente con el terapeuta. Su pronóstico es generalmente bueno.

Valoramos que en este tipo de pacientes prevalece una estructura neurótica sobre un rasgo melancólico, que si lo hay es muy leve y si no lo hay es una falsa AN.

AN Tipo III Bulímico- purgativa. Los pacientes comen y vomitan regularmente en el proceso. Desean intensamente estar delgados y mantienen su peso en mínimos evitando engordar. En terapia se les reconoce ambivalentes e inestables, mostrándose insatisfechos y reaccionando con fuerte agresividad hacia el terapeuta. La terapia requiere entrenamiento de nueva vida para el paciente y en casos severos tratamiento farmacológico. Se recomienda entrenarlos en mejorar sus relaciones y en terapia ocupacional, buscando su adaptación a la realidad. El pronóstico no es bueno en muchos casos.

Podemos equiparar este tipo al de la mayoría de adolescentes con AN, exactamente a las no restrictivas. El componente melancólico es muy patente, no tanto como en el tipo I. Y a nuestro juicio la terapia deberá ir dirigida a mejorar su estructura psíquica sin afrontar directamente el rasgo melancólico, que irá sanando a medida que su personalidad mejore.

Otros estudios coinciden con esta afirmación de considerar de mayor gravedad de pronóstico a estos pacientes del Tipo III comentado, que combinan el atracón y el vómito, frente a los que simplemente tienen una dieta restrictiva. Concluyen en que estos pacientes tienen una historia de mayores problemas psiquiátricos y que puede haber respecto a los pacientes restrictivos diferencias etiológicas importantes.⁽⁷⁹⁾

7. CONCLUSIONES

Definimos la Melancolía como rasgo de la personalidad temprano que surge por elaboración inadecuada de un duelo después de una Depresión, introyectando el Objeto perdido con ambivalencia. El proceso melancólico va acompañado de censura y reproche hacia sí mismo y tiende a la auto-agresión e incluso al suicidio. Ya hemos visto en este estudio que el melancólico tiene baja autoestima y una excesiva auto-exigencia, escasa elaboración simbólica con tendencia a actuar precipitadamente y desapego afectivo hacia los demás.

Pues bien: todas estas características de la Melancolía las hemos detectado en nuestras pacientes anoréxicas a lo largo de esta investigación, que por lo tanto ha cumplido esta parte de su *Objetivo*, aunque limitado a sólo 30 casos y por ello aún no generalizables sus resultados a toda la población anoréxica.

Nuestro Objetivo en esta investigación ha sido algo más amplio: no solo defender que en toda Anorexia Nervosa hay un sustrato psicopatológico de Melancolía, sino también corroborar que la Anorexia Nervosa se da en pacientes con muy diferente estructura psíquica de la personalidad. Esto último también lo hemos verificado en nuestra muestra.

El *Material y Método* que hemos empleado ha consistido en tratar de encontrar en el test de Rorschach las variables que puedan servir para medir el rasgo melancólico en la personalidad de un paciente y aplicar este test a 30 pacientes anoréxicas, que en el Rorschach han acusado el rasgo melancólico. Y demostrar a través del cuestionario MCMI-II que las pacientes anoréxicas pueden tener diferentes tipos de estructura psíquica de personalidad.

La *Población* de estudio ha sido de 30 pacientes anoréxicos, sin elección de sexo; mayores de 18 años e internos o en hospital de día. Se les ha administrado una batería de test formada por una entrevista abierta y no directiva, para abrir la comunicación; seguida del test HTP (Casa-Arbol-Persona) y concluida con el cuestionario Rorschach y el MCMI-II. También ha habido una entrevista a la madre o padres de cada paciente, que nos ha permitido un mayor conocimiento de nuestros sujetos de estudio.

Hemos diferenciado también mediante el test Rorschach la Melancolía de la Depresión o la Psicosis, respondiendo a tantas opiniones actuales que no ven diferencia entre estas patologías.

Deseamos que posteriores investigaciones a la nuestra con mayor número de casos lleven a calibrar con mayor ponderación el peso relativo de los elementos que conforman cada una de las 6 variables de la Melancolía propuestas en este estudio.

Por el momento podemos concluir que el test de Rorschach permite medir la Melancolía y que ésta existe en nuestras pacientes anoréxicas objeto de nuestra investigación. También este estudio nos ha permitido evidenciar las diferencias entre Melancolía y Psicosis o Melancolía y Depresión.

Un segundo test: el MCMI-II de Theodore Millon, nos ha permitido confirmar los distintos tipos de estructura psíquica de la personalidad que hay en las anoréxicas, independientemente del rasgo común melancólico hallado en todas ellas.

Tras analizar los resultados obtenidos en el Cuestionario MCMI-II podemos decir que la Anorexia Nervosa de nuestros pacientes se manifiesta en diferentes tipos de estructura psíquica de la personalidad y no puede equipararse a la *Depresión* o tener un origen *Psicótico*.

No hemos visto a través del cuestionario MCMI-II de Millon grandes diferencias de perfil diagnóstico entre las pacientes anoréxico-bulímicas y las anoréxico-restrictivas, salvo que en estas últimas hemos detectado mayor auto-destructividad y más casos de personalidad "Borderline". (Ver Cuadro Adjunto pág 89). En este aspecto nuestro estudio se limita apenas a 7 casos de anoréxico-restrictivas, y por tanto no puede ser concluyente.

La personalidad Borderline detectada en el MCMI-II en un 33% de las pacientes entrevistadas no ha podido ser corroborada con el test de Rorschach, que apenas muestra datos significativos de las variables que miden esta patología.

En el test MCMI-II coinciden las pacientes en considerar sus principales problemas los psíquicos seguidos de los familiares. También aunque en menor grado les preocupa la falta de confianza en sí mismos y sus dificultades para el trabajo, estudios o empleo.

Podemos así concluir que en estos 30 pacientes anoréxicos se hallan características comunes que conforman el rasgo de Melancolía. También se ve que estos pacientes muestran diferentes tipos de personalidad y sólo en algunos casos, pero no necesariamente, muestran Psicosis o Depresión.

Los resultados de nuestra investigación nos permiten no invalidar, y por lo tanto seguir pudiendo mantener, nuestra hipótesis de considerar la Anorexia Nervosa como una psicopatología de rasgo melancólico que subyace en todo paciente; y que cada paciente anoréxico tiene su propia y diferente estructura psíquica de la personalidad.

Estos resultados nos permiten esperar que estudios posteriores con muestras de población más amplias avancen en la línea de hacer extensibles nuestras conclusiones a toda la población anoréxica, y pueda así llegarse a considerar la Melancolía como sustrato psico-patológico de toda Anorexia Nervosa. Esperamos igualmente que los posibles y posteriores estudios que abunden en nuestra línea refuercen también nuestra observación acerca de los diferentes tipos de personalidad psíquica que pueden tener los pacientes anoréxicos.

ANEXO I

Composición de la encuesta: Elementos

- 1- Hoja de "Datos básicos".
- 2- Entrevista personal
- 3- Cuestionario HTP: Formulario
- 4- Cuestionario Rorschach: láminas
- 5- Cuestionario MCMI-II
- 6- Entrevista a la madre o padres del / la paciente

1- HOJA de "DATOS BASICOS"

- Cuestionario Paciente N°
- I. DATOS DEL SUJETO
- Nombre

- Edad
- Sexo
-
- Domicilio
- Tf
- Nacionalidad
- Fecha Nacimiento
- Lugar Nacimiento
- Nombre de la Madre
- Educación Años Terminados
- Título Adquirido
-

- Ocupación
- Actual-----
- Desde
- Ocupaciones
- Previa

- ASPECTO FISICO
- III-DATOS DE CONSULTA
- DERIVACION: SI ES CLINICA _____

- Paciente interno Ingreso Previo
- Seguimiento Paciente externo Intento Suicidio
- IV-TIPO: a)anoréxico restrictivo b)purgo-anoréxico /laxante, píldoras o diuréticos)
- c)anoréxico-bulímico (se atraca y vomita el menos una vez por semana)
- d)purgoanoréxico-bulímico (añade al c) laxantes, píldoras de dieta o diuréticos)
- (Criterio Mixto de clasificación DSM-IV-ICD-10)

- INDICE DE MASA CORPORAL: BMI= PESO EN KILOS
ALTURA²

- INTENTO DE SUICIDIO? CONCRETAR _____
- SINTOMAS O PROBLEMATICA QUE PRESENTA _____

- V-SITUACION DE EXAMEN

- Cooperación ___ Otras pruebas administradas
- Excelente _____
- Adecuada _____
- Ambigua _____
- Resistencial
- Relación de objeto melancólico: _____
- Comprobar estado actual: lucidez y no brote. ¿Ingreso voluntario?

Fecha:

- II. INFORMACION FAMILIAR
- Estado Civil
-

- Estructura Familiar
- Sexo Edad Ocupación
- Cónyuge

- (Actual o
- Previo)
- Padre
- Madre
- Hermanos _____ - _____
- _____
- _____
- _____

- HIJOS

-
-
-

2- ENTREVISTA personal

PACIENTE N° (cinco dígitos)

- 1) ¿Qué clase de persona eres?
- 2) ¿Qué clase de persona es (o ha sido) tu padre?
- 3) ¿Qué clase de persona es (o ha sido) tu madre?
- 4) ¿Vivieron otros adultos contigo antes de los 10 años?. Describe los.
- 5) ¿Cuál es (o era) la frase favorita de tu madre acerca de la vida?
- 6) ¿Cómo te elogia (o elogiaba) tu madre?
- 7) ¿Cómo te critica (o criticaba) tu madre?
- 8) Cuando tu madre está (o estaba) enfadada, ¿cómo se comporta (o comportaba)?
- 9) ¿Qué haces (o hacías) cuando tu madre está (o estaba) enfadada?
- 10) ¿Cuál era el consejo de tu madre cuando eras pequeña?
- 11) ¿Cuál es (o era) la frase favorita de tu padre acerca de la vida?
- 12) ¿Cómo te elogia (o elogiaba) tu padre?
- 13) ¿Cómo te criti (o criticaba) tu padre?
- 14) Cuando tu padre esta (o estaba) enfadado, ¿cómo se comporta (o comportaba)?
- 15) ¿Qué haces (o hacías) cuando tu padre está (o estaba) enfadado?
- 16) ¿Cuál era el consejo de tu padre cuando eras pequeña?
- 17) Cuando te regañaban tus padres, ¿cómo lo hacían?. ¿Suave o duramente?
- 18) ¿Por qué te regañaban? ¿Cómo lo hacían?
- 19) ¿Qué motes te pusieron de pequeña? ¿Qué significan?
- 20) Brevemente describe cómo se dirigían a tí los mayores.
- 21) ¿Qué esperaba tu madre que fueses?
- 22) ¿Qué esperaba tu padre que fueses?
- 23) ¿En qué medida te has acercado a lo que tus padres querían de tí?
- 24) ¿Qué sentimientos, pensamientos o actitudes no revelabas en tu infancia?
- 25) ¿Qué pensabas de la vida en la escuela primaria?
- 26) ¿Qué pensabas de la vida en la escuela secundaria?
- 27) ¿Qué cosa te gusta más de tí?
- 28) ¿Qué te disgusta más de tí?
- 29) ¿Qué cosa te gusta más de tu madre?
- 30) ¿Qué te disgusta más de tu madre?
- 31) ¿Cómo es tu vida sexual?. Describe brevemente.
- 32) ¿Qué cuentos infantiles te gustaban más?
- 33) ¿Qué personaje del cuento te gustaba más? ¿Por qué?
- 34) Si alguien no está de acuerdo contigo, ¿discutes o le dejas?
- 35) ¿Has perdido la ilusión por las cosas, o crees que la vida no tiene sentido?
- 36) ¿Cuándo fue la última vez que pensaste en el suicidio?
- 37) ¿Cuándo fue la última vez que deseaste la muerte de alguien?
- 38) Supón que tus problemas continúan, ¿Qué es lo peor que puede ocurrirte dentro de 5 años?
- 39) ¿A qué edad piensas morir?. ¿Cómo ocurrirá esta muerte?
- 40) Si filmaran tu vida, ¿cuál sería el título?
- 41) ¿Qué escribirían los demás en tu epitafio?
- 42) ¿Qué escribirías tú en tu epitafio?
- 43) ¿Qué síntomas físicos tienes frecuentemente?
- 44) ¿Recuerdas la última vez que te ocurrió? Describe la
- 45) Cuando estás enfadado, ¿qué cosa sientes?

- 46) ¿Cuándo sentiste esto por primera vez?
- 47) Describe frente a qué situaciones demuestras estos sentimientos.
- 48) ¿Cómo desearías que fuese tu madre?
- 49) ¿Cómo desearías que fuese tu padre?
- 50) Si te concediesen un deseo, ¿qué o cómo querrías cambiar?
- 51) ¿Qué es lo que más deseas en tu vida?
- 52) ¿Qué esperas de mí? (o de la entrevista)
- 53) ¿Has hecho algún tipo de entrevista últimamente? ¿O algún tipo de consulta o tratamiento?
- 54) ¿Cómo te beneficiaste?
- 55) ¿Qué quedó sin resolver?
- 56) ¿Qué esperarías de un tratamiento ahora?
- 57) ¿Cómo sabrás que has logrado resolver tu problema?
- 58) Cuando cambies, ¿qué otros problemas pueden aparecer?
- 59) ¿Cuál es la cosa que más te hubiera gustado escuchar en tu vida?
- 60) ¿Qué es lo que nunca te dijeron y que te hubiera gustado escuchar?
- 61) ¿Cual de estas posiciones existenciales piensas que es la tuya?
- 1- Yo estoy bien y la gente en general está bien
 - 2- Yo estoy bien y la gente en general está mal
 - 3- Yo estoy mal y la gente en general está bien
 - 4- Yo estoy mal y la gente en general está mal

3. CUESTIONARIO HTP.

Paciente N° (Cinco dígitos)

Se requiere de un individuo que dibuje un árbol, una casa y una persona de uno y otro sexo. Sobre los dibujos se le hacen estas preguntas:

Interrogatorio

H (HOUSE: CASA)

- 1- ¿Cuántos pisos tiene esa casa?
- 2- ¿De qué está hecha?
3. ¿Es tu propia casa?
- 4- ¿De quién es la casa?
- 5-Mientras dibujabas, ¿en la casa de quién pensabas?
- 6- ¿Te gustaría que esa casa fuese tuya?
- 7- ¿Por qué?
- 8- Si esa casa fuese tuya y pudieses hacer con ella lo que quisiera, ¿Qué habitación escogerías para ti?. ¿Por qué?
- 9- ¿Quién te gustaría que viviese contigo en esta casa?
- 10- ¿Por qué?
- 11- La casa ¿está cerca o lejos?
- 12- ¿Está encima, debajo de ti o a tu altura?
- 13- ¿Qué clima hay alrededor de la casa?
- 14- A ti ¿Qué clima te gusta más?

T (TREE: ARBOL)

- 1- ¿Qué clase de árbol es?
- 2- ¿Qué edad tiene?
- 3- ¿Está vivo?
- 4- ¿Qué le da la impresión de estar vivo?
- 5- ¿Alguna parte del árbol está muerta?
- 6- ¿Qué le da impresión de ello?
- 7- ¿Es fuerte o débil?
- 8- ¿Es masculino o femenino?
- 9- ¿Por qué te lo parece?
- 10- Ese árbol está sólo o en un grupo de árboles?
- 11- ¿Está por encima, por debajo de tí o a tu nivel?
- 12- ¿Qué clima tiene alrededor el árbol?
- 13- ¿Sopla viento?
- 14- ¿Y antes, sopló?

P (PERSON: PERSONA

HOMBRE (En este orden si dibuja primero el hombre. En caso contrario se invierte)

1-¿Cuántos años tiene?

2-¿Quién es?

3-¿Es un conocido, un amigo o qué?

4-¿Qué pensabas mientras dibujabas?

5-¿Qué está haciendo?

6-¿Dónde está?

7-¿Qué está pensando?

8-¿Cómo se siente?

MUJER

1-¿Cuántos años tiene?

2-¿Quién es?

3-¿Es un conocido, un amigo o qué?

4-¿Qué pensabas mientras dibujabas?

5-¿Qué está haciendo?

6-¿Dónde está?

7-¿Qué está pensando?

8-¿Cómo se siente?

4- CUESTIONARIO RORSCHACH: LAMINAS



I



II



III



IV



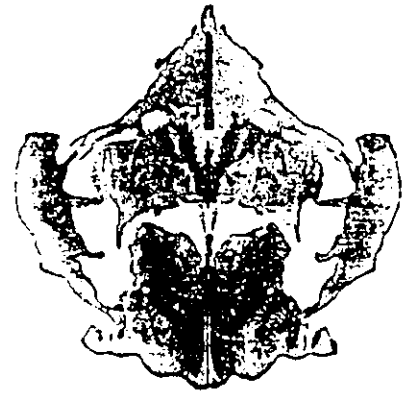
V



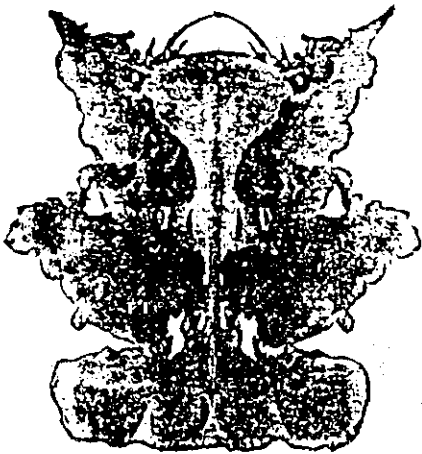
VI



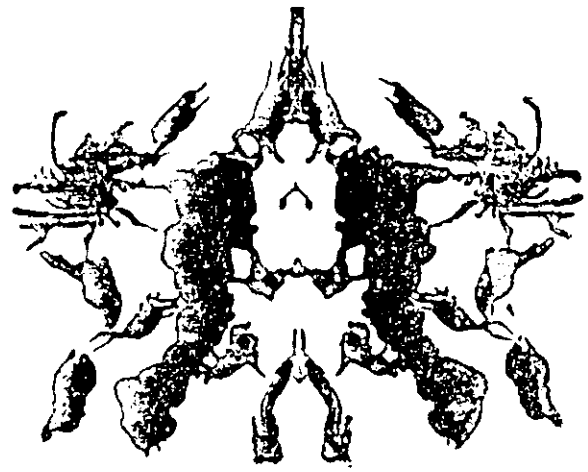
VII



VIII



Rorschach: Psychodiagnostics IX



X

Printed in U. S. A.

5- CUESTIONARIO MCMI-II



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
Laboratorio de Psicología Clínica y
Psicodiagnóstico

HOJA DE DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS Y CLINICOS

Autor: Alejandro Avila-Espada - Programa de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Salamanca.

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR ESTA HOJA

Esta hoja se le ha entregado junto con una hoja de respuestas de color naranja y un cuestionario. Rellene los datos personales que se le piden en el apartado I y a continuación rellene el apartado II. Entreguela junto con la hoja de respuestas de color naranja. Consulte cualquier duda con el evaluador.

Datos personales:

Número de identificación:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(el mismo que haya puesto en la hoja de respuestas naranja)

Fecha de hoy:

--	--	--	--	--	--

Día Mes Año

Fecha de nacimiento

--	--	--	--	--	--

Día Mes Año

Sexo: Varón / Mujer

(rodée con un círculo lo que corresponda)

- Estado Civil:
- No ha estado casado/a
 - Casado/a en 1er. matrimonio
 - Casado/a en segundo o más
 - Separado/a

- Divorciado/a
- Vive en pareja
- Viudo/a
- Otros _____
(especificar)

NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS

(Marque con una cruz el nivel más alto que haya cursado)

- ___ Primarios (hasta 5º, 6º, 7º de EGB)
- ___ Hasta 8º EGB ó Graduado Escolar
- ___ Hasta 1º, 2º, 3º de BUP ó F.P.
- ___ Hasta COU
- ___ Hasta 1º, 2º, 3º de Estudios Universitarios
- ___ Hasta 4º, 5º o más de Estudios Universit.
- ___ Otros niveles (indicar)

ENTORNO EN EL RELLENA ESTE CUESTIONARIO

(Marque con una cruz el que corresponda)

- ___ Centro docente (Escuela, Universidad, etc)
- ___ Centro de Salud (consultas)
- ___ Ingresado en un centro hospitalario o clínica
- ___ Orientación o selección profesional
- ___ Centros de detención
- ___ Otros (especificar) _____

Comunidad Autónoma y provincia

De origen: _____

Donde reside actualmente (al menos tres últimos años): _____

Observaciones

MCMÍ

MARQUE CON UNA CRUZ SUS DOS PRINCIPALES

PROBLEMAS	Primero	Segundo
Matrimonial o familiar	_____	_____
Trabajo, estudios o empleo	_____	_____
Soledad	_____	_____
Estado de ánimo	_____	_____
Confianza en sí mismo	_____	_____
Cansancio y/o enfermedad	_____	_____
Alcohol	_____	_____
Drogas	_____	_____
Problemas mentales	_____	_____
Conducta antisocial	_____	_____
Otros	_____	_____

HA TERMINADO VD. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION



INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR EL CUESTIONARIO:

1. - Sitúe todas sus contestaciones en la hoja de respuestas de color naranja que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUESTIONARIO**
2. - Para rellenar la hoja de respuestas utilice un LAPIZ blando que escriba en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario
- 3.- Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Las hemos reunido aquí para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MAS SINCERO POSIBLE .**
- 4.- No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; las hemos incluido para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
- 5.- A continuación tiene dos ejemplos que le familiarizarán con la forma de rellenar la hoja de respuestas. Si **ESTA DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe o caracteriza su forma de ser, debe de **RELLENAR COMPLETAMENTE EL RECTANGULO** correspondiente a la letra "V" (Verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, debe de rellenar completamente el rectángulo correspondiente a la letra "F" (Falso). Así:

"Soy un ser humano"

(Esta frase es verdadera para Vd. por lo que debe de rellenar completamente el rectángulo debajo de la letra V (Verdadero)

		<u>Hoja de Respuestas</u>	
V	F	V	F
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Mido más de tres metros"
(Esta frase es falsa para Vd. por lo que debe de rellenar completamente el rectángulo debajo de la letra F (Falso).

V	F	V	F
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- 6.- Procure responder a todas las cuestiones, aunque no esté totalmente seguro. Es mejor **NO DEJAR RECTANGULOS EN BLANCO**. Cuando no sea capaz de decidirse, debe de rellenar el rectángulo debajo de la correspondiente letra F (Falso).
- 7.- Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, debe borrar primero las respuesta equivocada y luego debe de rellenar, con su lapiz negro, el rectángulo correcto.
- 8.- No hay límite de tiempo para rellenar este cuestionario, pero lo mejor es hacerlo de la forma más **RAPIDA Y COMODA**, posible.
- 9.- Este cuestionario será corregido por una computadora y los resultados serán totalmente confidenciales, o, si Vd. lo prefiere, anónimos.

NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LO INDIQUEN

(1) Copyright (1976, 1981, 1983, 1985, 1987) por Theodore Millon, Reservados todos los derechos . La presente edición es una versión experimental, exclusivamente para investigación, realizada por el Programa de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Salamanca. Reservados todos los derechos de la adaptación castellana por Alejandro Avila (1988). Prohibida su reproducción y utilización comercial por cualquier medio. Las autorizaciones para investigación pueden solicitarse a Alejandro Avila- Facultad de Psicología- Universidad de Salamanca, Avda. de la Merced s/n 37005-SALAMANCA (ESPAÑA)

PREGUNTAS

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo/a, tranquilamente, que harías con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico/a y decidido/a en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso/a y egocéntrico/a.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado/a en un grupo.
9. Frecuentemente crítico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro a gusto con seguir a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro y mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable y extrovertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo un problema con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano durante las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque podrían ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que se me debería castigar por las cosas que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros/as que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso/a a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno dos años he comenzado a sentirme sólo/a y vacío/a.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto con un clima de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado/a.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.

41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No me agrada forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectas posible muchas veces entorpece mi trabajo.
47. Soy tan silencioso/a y retraído/a que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear o ligar con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila, reservada y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso/a cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado/a.
55. No soporto a las personas redichas, que lo saben todo, que piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en suicidarme.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.

CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Ultimamente me siento nervioso/a y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas 'ilegales' puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado/a.
72. No puedo dormir, y me levanto tan cansado/a como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido/a la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.

81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto/a a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño/a siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi y a mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado/a, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Ultimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no desaparecen.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y pesimista sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo a la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga intencionadamente mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto/a a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Ultimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Ultimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo/a, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado/a, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
114. Ultimamente he sentido muchos sudores y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La Ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado/a y nervioso/a en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.

121. Puedo llegar a estar muy excitado/a sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy levantado/a parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca o alrededor de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos/as.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molestan.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.

**CONTINUE EN LA PAGINA
SIGUIENTE**

131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico/a ultimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me he sentido confuso/a y preocupado/a cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas 'ilegales' me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo/a con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo/a.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno/a.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con nadie.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado/a y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que ha padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso/a y controlado/a.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño/a he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono con algo.
162. Habitualmente soy un/a andariego/a inquieto/a, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaré.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Ultimamente me siento completamente destrozado/a.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede enfrentarse a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos periodos en mi vida que he estado tan animado/a y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

Compruebe , por favor, que no ha dejado ninguna pregunta sin contestar

HA TERMINADO VD. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

MCMI-II : Copyright (1976, 1981, 1983, 1985, 1987) por Theodore Millon, Reservados todos los derechos . La presente edición es una versión experimental, exclusivamente para investigación, realizada por el Programa de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Salamanca. Reservados todos los derechos de la adaptación castellana por Alejandro Avila-Espada y Miguel García-García (1988). Prohibida su reproducción y utilización comercial por cualquier medio. Las autorizaciones para investigación pueden solicitarse a Alejandro Avila- Facultad de Psicología- Universidad de Salamanca, Avda. de la Merced s/n 37005-SALAMANCA (ESPAÑA) Teléfono (923) 294400 ext. 3319 / Fax (923) 294607



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
Facultad de Psicología
Laboratorio de Psicología Clínica
y Psicodiagnóstico

Apellidos

Nombre

Profesión

Nivel Cultural

Edad: Años Meses

TIPO DE PRUEBA

Observaciones

0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLOS

1	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--



PRUEBA

1	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	41	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	81	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	121	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	161	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	122	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	162	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	123	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	163	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	124	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	164	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	125	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	165	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	46	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	86	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	126	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	166	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	127	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	167	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	128	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	168	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	129	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	169	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	130	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	170	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	51	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	91	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	131	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	171	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	172	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	93	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	133	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	173	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	134	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	174	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	135	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	175	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	56	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	96	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	136	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	176	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	137	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	177	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	138	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	178	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	139	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	179	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	140	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	180	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	61	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	101	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	141	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	181	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	142	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	182	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	103	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	143	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	183	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	144	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	184	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	145	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	185	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	66	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	106	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	146	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	186	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	107	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	147	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	187	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	148	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	188	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	109	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	149	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	189	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	190	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	71	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	111	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	151	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	191	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	152	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	192	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	153	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	193	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	154	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	194	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	155	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	195	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	76	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	116	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	156	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	196	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	157	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	197	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	158	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	198	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	159	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	199	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	160	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	200	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6- Cuestionario a Madre (o Padres) del / la Paciente:

PACIENTE N° (Cinco dígitos)

Fecha:

1-¿Qué ha cambiado desde la anorexia en sus vidas?

2-Persona obesa en la familia

3-¿Qué clase de persona es Ud?

4-¿Qué clase de persona es su marido?

5-¿Qué clase de persona es su hija?

6-Personas que viven en la casa. Descríbalas. ¿Desde cuándo?

7-Ultima comida de su hija delante de Ud. Cuénteme.

8-Cómo fue de bebé?. Enfermedades. Cuidadores. Cuidados.

9-La actitud respecto a los ejercicios autoeróticos en general:

9-1- chupete,

9-2- biberón,

9-3- succión del pulgar,

9-4- forma de vestirlo.

9-5- La reacción 5a-a exploración y pataleo del bebé y 5b-a las incontinencias.

10-Alimentación en la infancia. recuerde un día de su hija-niña o bebé comiendo.

11-Cómo la alimentaba de bebé y cómo la bebé recibía el alimento.

12-Primeros objetos de su hija. Características (adjetivos)

13-Primeros dientes. Relación con el pecho.

14-Al nacer, relación con el pecho entonces y los primeros meses.

15-Cómo fue el embarazo.

16-Cómo fué el parto

17-Las relaciones con su hija son actualmente.

Inmejorables Buenas Regulares Malas

18-¿Cual de estas posiciones existenciales piensas que es la suya?

1-Yo estoy bien y la gente en general está bien

2-Yo estoy bien y la gente en general no está bien

3-Yo estoy mal y la gente en general está bien

4- Yo estoy mal y la gente en general está mal

ANEXO II

Entrevistas: Sujetos entrevistados.

Ejemplo de 1 caso

TESTANOR

Cuestionario Paciente N° 04115

Fecha: 23/9/97

I. DATOS DEL SUJETO

Nombre:

Eva

Edad: 20

Sexo:

Domicilio:

Tf:

Nacionalidad: española

Fecha Nacimiento: /77

Lugar Nacimiento: Madrid

Nombre de la Madre: Pilar

Educación Años Terminados: 16

II. INFORMACION FAMILIAR

Estado Civil

Estructura Familiar

Sexo Edad Ocupación

Cónyuge

(Actual o

Previo)

Padre 49 Técnica

Madre 50 Administrativa

Hermanos ___ V 19 Biología, 2° ___

F 14 BUP 1° ___

Título Adquirido: 2°

Psicología

Estudia ballet de los 6 a los 13.

Ocupación

HIJOS

Actual----Estudiante

ASPECTO FISICO: Agradable, No anoréxico.

III-DATOS DE CONSULTA

DERIVACION: SI ES CLINICA

Paciente interna en H.Niño Jesús desde los 16 años varias veces, un mes o dos. Anoréxica-Bulímica con vómitos de 2 veces/día a 1 vez/día. Ingresa en H.Dr Esquedo desde Dic 96 hasta Jun 97: desde entonces YA NO VOMITA. Sigue en Hospital de Día desde 9/6/97.

INDICE DE MASA CORPORAL: BMI= PESO EN KILOS ; BMI comienzo (14 años, ALTURA²

27 Kgs) = 11. BMI actual(46 Kgs) = 19

INTENTO DE SUICIDIO? CONCRETAR_Nunca.

SINTOMAS O PROBLEMATICA QUE PRESENTA Muy consentida. Sólo soporta la relación dual. No admite terceros.

•V-SITUACION DE EXAMEN

Cooperación Ambigua. Se resiste a iniciar entrevista por anterior experiencia negativa con Tele 5. La empezamos tarde, con poco tiempo. El Rorschah, MMCI-II y entrevista a Madre bien, en un bar confortable cerca de su casa.

Relación de objeto melancólico: Entrevista Madre. Hasta Junio (está en terapia con Dr Paz, del Hospital) ella ha querido siempre ser la ama de casa y la preferida del padre. Simbiosis con la madre y ambivalencia.

ENTREVISTA PERSONAL

PACIENTE N° : 04115

1) - ¿Qué clase de persona eres?

- Cerrada, cariñosa, sensible, cuidadosa.

2) - ¿Qué clase de persona es tu padre?

- Abierto, muy bueno, trabajador, perfeccionista.

3) - ¿Qué clase de persona es tu madre?

- Exigente, muy buena, intolerante, abierta.

4) - ¿Vivieron otros adultos contigo antes de los 10 años?. Descríbelos.

- No

5) - ¿Cuál es la frase favorita de tu madre acerca de la vida?

- Siempre dice: "hay que tener ánimo". Lo dice con esperanza.

6) - ¿Cómo te elogia tu madre?

- Diciéndome que soy bastante maja y tengo que salir de esta enfermedad.

7) - ¿Cómo te critica tu madre?

- "No tienes fuerza de voluntad"

8) - Cuando tu madre está enfadada, ¿cómo se comporta?

- No se entera: lo habla.

9) - ¿Qué haces cuando tu madre está enfadada?

- Hablar con ella.

10) - ¿Cuál era el consejo de tu madre cuando eras pequeña?

- Ninguno.

11) - ¿Cuál es la frase favorita de tu padre acerca de la vida?

- "Todo se arregla menos la muerte"

12) - ¿Cómo te elogia tu padre?

- "Qué lista eres!"

13) - ¿Cómo te critica tu padre?

- No me critica

14) - Cuando tu padre está enfadado, ¿cómo se comporta?

- No habla

15) - ¿Qué haces cuando tu padre está enfadado?

- Voy hacia él

- 16) - ¿Cuál era el consejo de tu padre cuando eras pequeña?
- Que me dedicara a escribir
- 17) - Cuando te regañaban tus padres, ¿cómo lo hacían?. ¿Suave o duramente?
- Suavemente
- 18) -¿Por qué te regañaban? ¿Cómo lo hacían?
- Porque hacía algo mal. Me reñían hablando, sin chillar.
- 19) -¿Qué motes te pusieron de pequeña? ¿Qué significan?
- Ninguno
- 20) - Brevemente describe cómo se dirigían a ti los mayores.
- "Qué maja", "Evita".
- 21) -¿Qué esperaba tu madre que fueses?
- Médico
- 22) -¿Qué esperaba tu padre que fueses?
- Lo que yo quisiera.
- 23) -¿En qué medida te has acercado a lo que tus padres querían de ti?
- En que soy feliz con lo elegido.
- 24) -¿Qué sentimientos, pensamientos o actitudes no revelabas en tu infancia?
- Que me sentía gorda.
- 25) -¿Qué pensabás de la vida en la escuela primaria?
- Que era muy bonita.
- 26) -¿Qué pensabas de la vida en la escuela secundaria?
- Que no merecía la pena. Me puse mala. Empecé con la Anorexia a los 14, que operaron a mi madre del riñón. (Según la madre a los 14). Me cuidó la abuela. Tuve que dejar ballet a los 13 y lo había empezado a los 6.
- 27) - ¿Qué cosa te gusta más de ti?
Mis ojos
- 28) -¿Qué te disgusta más de ti?
- Haber caído en esta enfermedad.
- 29) -¿Qué cosa te gusta más de tu madre?
- Su sinceridad
- 30) -¿Qué te disgusta más de tu madre?
- Nada
- 31) -¿Cómo es tu vida sexual?. Describe la brevemente.
- No tengo vida sexual.

- 32) -¿Qué cuentos infantiles te gustaban más?
- La Cenicienta.
- 33) - ¿Qué personaje del cuento te gustaba más? ¿Por qué?
- La Cenicienta, porque era muy guapa y muy buena.
- 34) -Si alguien no está de acuerdo contigo, ¿discutes o le dejas?
- Las dos cosas.
- 35) - ¿Has perdido la ilusión por las cosas, o crees que la vida no tiene sentido?
- La he recuperado hace 2 o 3 años, que estoy en terapia con el Dr. Paz.
- 36) -¿Cuándo fue la última vez que pensaste en el suicidio?
- Nunca.
- 37) -¿Cuándo fue la última vez que deseaste la muerte de alguien?
- Nunca.
- 38) -Supón que tus problemas continúan, ¿Qué es lo peor que puede ocurrirte dentro de 5 años?
- La desesperación.
- 39) -¿A qué edad piensas morir?. ¿Cómo ocurrirá esta muerte?
- Eso lo decide Dios.
- 40) -Si filmaran tu vida, ¿cuál sería el título?
- No quiero que la filmen. "Eva".
- 41) -¿Qué escribirían los demás en tu epitafio?
- "Tu familia no te olvida".
- 42) -¿Qué escribirías tú en tu epitafio?
- Nada.
- 43) -¿Qué síntomas físicos tienes frecuentemente?
- Mucho calor y preocupación.
- 44) -¿Recuerdas la última vez que te ocurrió? Descríbela.
- La semana pasada porque me dijeron que estaría aquí hasta Noviembre y yo creía haber venido sólo para 3 meses, de Julio a Septiembre.
- 45) -Cuando estás enfadada, ¿qué cosa sientes?
- Ira. Y facilidad para desenfadarme.
- 46) -¿Cuándo sentiste esto por primera vez?
- Desde pequeña.

- 47) -Describe frente a qué situaciones demuestras estos sentimientos.
- Cuando me hacen alguna faena o hay motivos de enfado con alguien.
- 48) -¿Cómo desearías que fuese tu madre?
- Como es
- 49) -¿Cómo desearías que fuese tu padre?
- Como es. Los ha hecho Dios como son.
- 50) -Si te concediesen un deseo, ¿qué o cómo querrías cambiar?
- No haber caído en la Anorexia
- 51)- ¿Qué es lo que más deseas en tu vida?
- Ser feliz
- 52) -¿Qué esperas de mí? (o de la entrevista)
- Que sirva para ayudar a la gente.
- 53) -¿Has hecho algún tipo de entrevista últimamente? ¿O algún tipo de consulta o tratamiento?
- Estoy en terapia con el Dr. Paz
- 54) -¿Cómo te beneficiaste?
- En mucho, porque aparte de mis padres es la persona en la que más confío.
- 55) -¿Qué quedó sin resolver?
Se va resolviendo.
- 56) -¿Qué esperarías de un tratamiento ahora?
- El Alta en el Hospital de Día y ver al Dr. Paz en el ambulatorio. Y que se acaben los médicos: curar.
- 57) -¿Cómo sabrás que has logrado resolver tu problema?
- Lo sentiría y mis padres lo notarían, y el Dr. Paz.
- 58) -Cuando cambies, ¿qué otros problemas pueden aparecer?
- No lo sé, en la vida hay muchos.
- 59) -¿Cuál es la cosa que más te hubiera gustado escuchar en tu vida?
- Estoy contenta con las que he escuchado.
- 60) -¿Qué es lo que nunca te dijeron y que te hubiera gustado escuchar?
- Nada
- 61) -¿Cual de estas posiciones existenciales piensas que es la tuya?
1- Yo estoy bien y la gente en general está bien
2- Yo estoy bien y la gente en general no está bien
3- Yo estoy mal y la gente en general está bien X
4- estoy bien y la gente en general está mal

INTERPRETACION ENTREVISTA PERSONAL

(Los números relacionados responden a los números de pregunta del Cuestionario realizado para esta entrevista).

8)No recuerda que la madre le aconsejara en su educación 13)ni recibe crítica alguna del padre. 24) Desde pequeña se sentía gorda y lo ocultaba. 26)La Anorexia se manifiesta al tiempo de producirse un cambio drástico en la situación familiar y el entorno: operan a su madre, muy parecida a ella, y a partir de entonces la madre comienza a engordar cambiando su aspecto físico y Eva inicia la Anorexia. Su madre detecta a la vez el comienzo manifiesto de una gran envidia de Eva a la hermana, que hasta entonces Eva la consideraba bebé y desde entonces hasta ahora rival. 31-33)Transformación en lo contrario: le gusta el personaje pobre de Cenicienta y en la vida real "todo le parece poco". 28-38-50-61) Desea curarse. 45) De su madre aprende a no mantener las actitudes de enfado. ¿Reprimida? 59-60)No siente carencia afectiva.

CUESTIONARIO HTP

PACIENTE No: 04115

Cuestionario HTP (Ver dibujo en la hoja siguiente)

Interrogatorio

H (*House: Casa*)

1 -¿Cuántos pisos tiene esa casa?

- Dos

2 -¿De qué está hecha?

- De piedra

3 -¿Es tu propia casa?

- No

4 - ¿De quién es la casa?

- No lo sé, de un pastor

5 -Mientras dibujaba, ¿en la casa de quién pensabas?

- En la de mi abuela

6 -¿Te gustaría que esa casa fuese tuya?

- No

7 -¿Por qué?

- No me gustan los pueblos con casa bajas.

8 -Si esa casa fuese tuya y pudieses hacer con ella lo que quisiera, ¿Qué habitación escogerías para ti?. ¿Por qué?

- El desván. Siempre me gustó.

9 -¿Quién te gustaría que viviese contigo en esta casa?

- Mis padres y hermanos

10 -¿Por qué?

- Son las personas que más quiero.

11 -La casa ¿está cerca o lejos?

- Lejos

12 -¿Está encima, debajo de ti o a tu altura?

- A mi altura.

13 -¿Qué clima hay alrededor de la casa?

- Fresquito



Cuestionario HTP, Continuación. (Ver dibujo en la hoja siguiente)

Interrogatorio

T (*Tree: Arbol*)

1 -¿Qué clase de árbol es?

- Sauce llorón

2 -¿Qué edad tiene?

- 10 años

3 -¿Está vivo?

- Sí

4 -¿Qué le da la impresión de estar vivo?

- Tiene las hojas muy verdes

5 -¿Alguna parte del árbol está muerta?

- No

6 -¿Qué le da impresión de ello?

- Lo intuyo

7 -¿Es fuerte o débil?

Fuerte

8 -¿Es masculino o femenino?

- Masculino

9 -¿Por qué te lo parece?

- Lo intuyo

10 -Ese árbol está sólo o en un grupo de árboles?

- En grupo

11 -¿Está por encima, por debajo de ti o a tu nivel?

- A mi nivel

12 -¿Qué clima tiene alrededor el árbol?

- Fresquito

13 -¿Sopla viento?

- No

14 -¿Y antes, sopló?

- No



Cuestionario HTP, Continuación. P (Persona:Person)(Dibuja primero la mujer)

MUJER (Ver dibujo en la pág 136)

1 -¿Cuántos años tiene?

- 13

2 -¿Quién es?

- Una amiga

3 -¿Es un conocido, un amigo o qué?

- Una amiga

4 -¿Qué pensabas mientras dibujabas?

- Que hemos perdido el contacto

5 -¿Qué está haciendo?

- Posar para un retrato

6 -¿Dónde está?

- En un estrado

7 -¿Qué está pensando?

- Estoy cansada de estar de pié

8 -¿Cómo se siente?

- Bien

HOMBRE (Ver dibujo en la página 137)

1 -¿Cuántos años tiene?

- ¿Este chico? 16

2 -¿Quién es?

- Toño

3 -¿Es un conocido, un amigo o qué?

- Un amigo

4 -¿Qué pensabas mientras dibujabas?

- Que tengo que llamarle

5 -¿Qué está haciendo?

- Posar para una foto

6 -¿Dónde está?

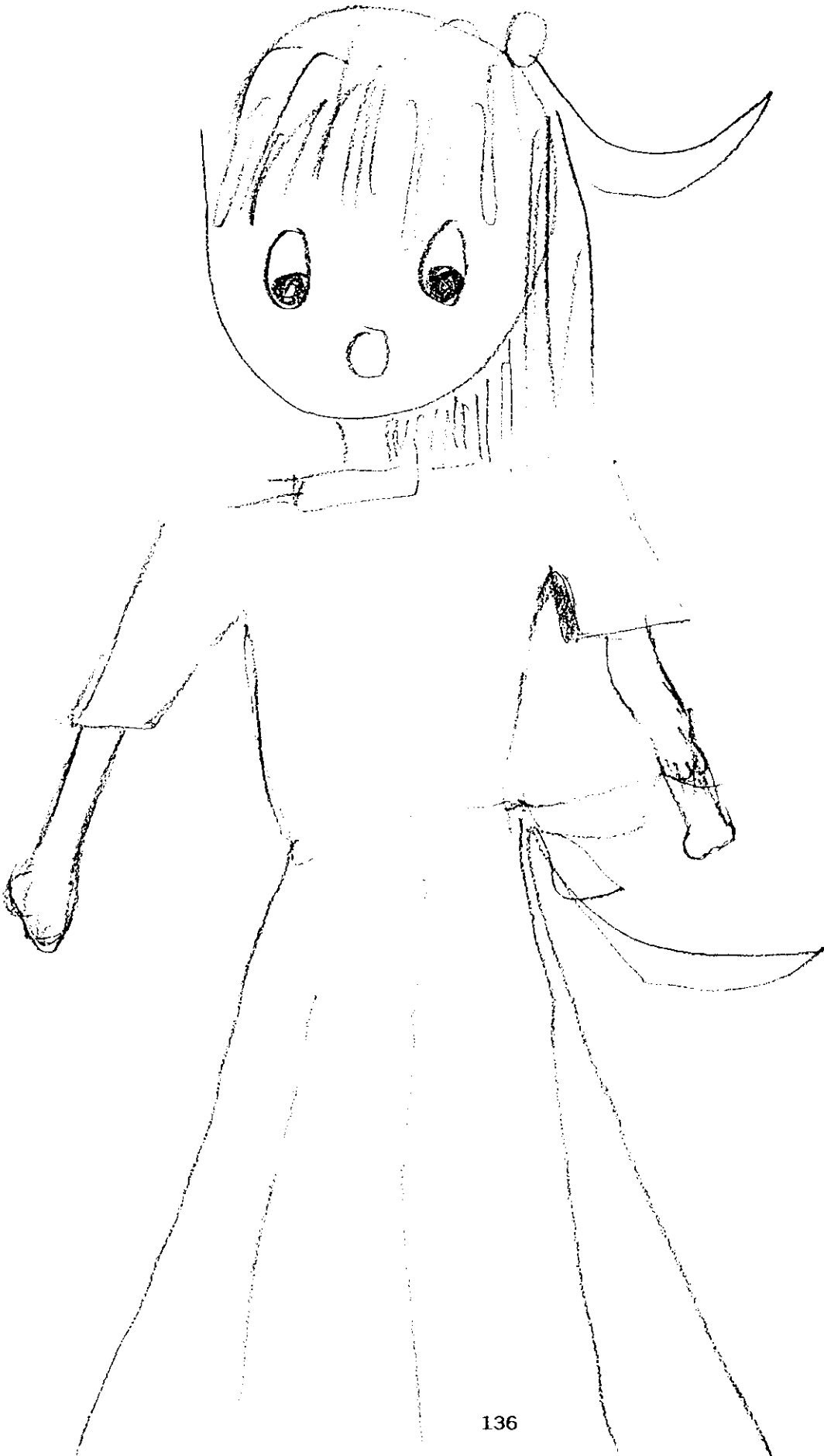
- Jugando al fútbol

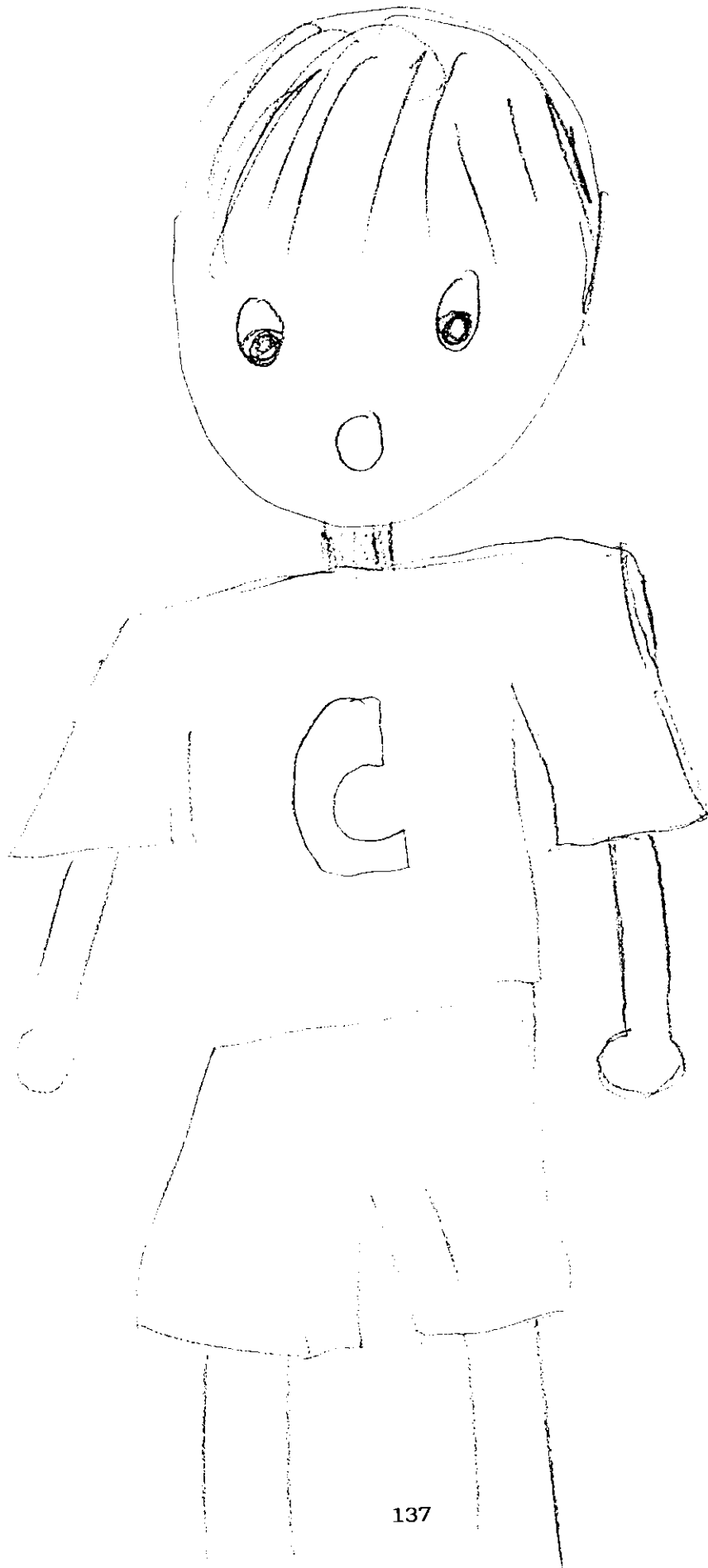
7 -¿Qué está pensando?

- "Voy a salir fenómeno".

8 -¿Cómo se siente?

- Feliz





INTERPRETACION HTP

H- House

(Puerta muy grande) Excesiva dependencia de los demás.(Ventanas desnudas) Interactuación descortés, provoca líos. (Refuerzo con dibujo de detalles) Falta de seguridad.5)Shock y fuerte rechazo a la casa de la abuela, donde inició la anorexia a los 13 años

T- Tree

(La copa sobrepasa la hoja) Inmersión en la fantasía.

(Edad adscrita) Fijación pre-púber

P- Person

(Edad adscrita) Fijación pre-púber. (Tamaño) Se siente grande en su ambiente.

(Trazos rígidos) Control rígido y endeble, con cierta despersonalización y falta de autoconfianza (trazos débiles en la figura femenina). (Cabeza grande) Inmersión en la fantasía. (Puños cerrados) Agresión reprimida.

(Boca oval y abierta) Oral-erótica, dependiente.

CUESTIONARIO RORSCHACH

RORSCHACH 04115

RESPUESTA

1. Una mariposa

2. Un murciélago

3. Una mujer con alas

II

4. Un gato

III

5. Un escarabajo

6. Una araña

IV

7. Un árbol

8. Un bicho raro

V

9. Esto sí que parece un murciélago

ENCUESTA

E: (Repite respuesta)

S: Sí, porque tiene las alas (señala con el dedo) y tiene el cuerpo, y parece que está volando porque está con las alas extendidas.

E: (R.r.)

S: Sí, físicamente. En el color negro

E: (R.r.)

S: Esto del centro es el cuerpo y alrededor son como dos alas. Parece una mujer con alas.

E: (R.r.)

S: Tiene los ojitos (D2), la boca (D3), la nariz (D4). Es como la cara de un gato (señala con los dedos)

E: (R.r.)

S: Sí, lo vi al revés.. Porque tiene patas (D5) y cabeza (D7) y parece que está andando.

E: (R.r.)

S: Por lo mismo (también al revés): las patas, la cabeza y la forma que tiene. Parece que está caminando, lo mismo que el escarabajo.

E: (R.r.)

S: Sí, por el tronco (D1) y todo lo que hay alrededor (D7) que lo veo como las hojas. Parece un sauce llorón, que son los que más me gustan. Se caen las hojas, cuelgan.

E: (R.r.)

S: Porque no sabía, es lo más difícil de asemejar, parece algo raro. No lo asemejo a otra cosa. Es extravagante por la forma.

E: (R.r.)

S: Sí, es lo que es. Exacta toda la forma.

VI

10. La piel de un tigre aplastado de alfombra. Parece un tigre

E: (R.r.)

S: Por la cara, y como está aplastado (pone la mano abierta, boca abajo) me ha parecido una alfombra de lujo No aparenta volumen (señala el contorno de arriba con los dedos)

VII

11. Dos ardillas mirándose

E: (R.r.)

S: Porque tienen la forma de ardilla y están una frente a otra: ardilla y ardilla (señala)

VIII

12. Un cuadro abstracto de colores

E: (R.r.)

S: No se me parece a nada y como he visto colores lo he pensado.

IX

13. Un fuego sobre el mar. Es un poco imposible, pero....

E: (R.r.)

S: Un fuego la parte de arriba (D11). La parte azul que va debajo es el mar (D1) y lo que hay debajo (D6) la tierra: en fuego sobre el mar. El mar por el color azul y la tierra por el color.

X

14. La entrada de un palacio

E: (R.r.)

S: Sí, porque es como una puerta muy adornada por los colores. Me parece muy bonita (toda la lámina)

RORSCHACH INTERPRETATION ASSISTANCE PROGRAM

by

John E. Exner, Jr., PhD

-- Subject Information --

Client	:		File Name	:	ANOR15
Gender	:	Female	Race	:	White
Date of Birth	:	01/15/1977	Group	:	4
Age	:	20	Category	:	1
Education	:	16	ID	:	15
Marital Status	:	Lives with someone			
TestDate	:	00/23/1997			
			Tester Gender	:	F
			Cooperation	:	Excellent

Copyright (c) 1976, 1985, 1990, 1994, 1995 by
Psychological Assessment Resources, Inc.
All rights reserved.

TEST DATE: 23 1997 - GRP: 4 CAT: 1 ID: 15 FILE:ANOR15
 NAME: eva AGE: 20 SEX:F RACE:W MS:Lives w ED:16

SEQUENCE OF SCORES

CARD NO	LOC	#	DETERMINANT(S)	(2)	CONTENT(S)	POP Z	SPECIAL SCORES
I	1	Wo	1 FMao		A	P 1.0	
	2	Wo	1 FC'o		A	P 1.0	
	3	Wo	1 Fo		(H)	1.0	
II	4	Wo	1 F-		Ad	4.5	
III	5	Do	FMa-		A		
	6	Do	FMa-		A		PSV
IV	7	Wo	1 mpo		Bt	2.0	PER
	8	Wo	1 Fo		A	2.0	
V	9	Wo	1 Fo		A	P 1.0	
VI	10	Wo	1 Fo		Ad	P 2.5	
VII	11	D+	FMp-	2	A	3.0	
VIII	12	Wv	1 CFo		Art		
IX	13	Wo	1 CFu		Fi,Na	5.5	
X	14	Wo	1 FCu		Art	5.5	

SUMMARY OF APPROACH

I:W.W.W	VI:W
II:W	VII:D
III:D.D	VIII:W
IV:W.W	IX:W
V:W	X:W

Copyright (c) 1976, 1985, 1990 by John E. Exner, Jr.

LOCATION FEATURES	DETERMINANTS	CONTENTS	S-CONSTELLATION
	BLENDS	SINGLE	NO..FV+VF+V+FD>2
Zf = 11		H = 0, 0	NO..Co1-Shd B1>0
ZSum = 29.0		(H) = 1, 0	YES..Ego<.31,>.44
ZEst = 34.5		Hd = 0, 0	NO..MOR > 3
		(Hd)= 0, 0	YES..Zd > +- 3.5
		Hx = 0, 0	YES..es > EA
W = 11		A = 7, 0	YES..CF+C > FC
(Wv = 1)		(A) = 0, 0	YES..X+Z < .70
D = 3		Ad = 2, 0	NO..S > 3
Dd = 0		(Ad)= 0, 0	NO..P < 3 or > 8
S = 0		An = 0, 0	YES..Pure H < 2
		Art = 2, 0	YES..R < 17
DQ		Ay = 0, 0	7.....TOTAL
.....(FQ-)		B1 = 0, 0	
+ = 1 (1)		Bt = 1, 0	SPECIAL SCORINGS
o = 12 (3)		Cg = 0, 0	Lv1 Lv2
v/+ = 0 (0)		Cl = 0, 0	DV = 0x1 0x2
v = 1 (0)		Ex = 0, 0	INC = 0x2 0x4
		Fd = 0, 0	DR = 0x3 0x6
		Fi = 1, 0	FAB = 0x4 0x7
		Ge = 0, 0	ALOG = 0x5
		Hh = 0, 0	CON = 0x7
		Ls = 0, 0	Raw Sum6 = 0
		Na = 0, 1	Wgtd Sum6 = 0
		Sc = 0, 0	
		Sx = 0, 0	AB = 0 CP = 0
		Xy = 0, 0	AG = 0 MOR = 0
		Id = 0, 0	CFB = 0 PER = 1
			COP = 0 PSV = 1
		(2) = 1	

FORM QUALITY

	FQx	FQf	MQual	SQx
+ = 0	0	0	0	0
o = 8	4	0	0	0
u = 2	0	0	0	0
- = 4	1	0	0	0
none= 0	--	0	0	0

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

R = 14	L = 0.56	FC:CF+C = 1: 2	COP = 0	AG = 0
EB = 0: 2.5	EA = 2.5	Pure C = 0	Food = 0	
eb = 5: 1	es = 6	SumC':WSumC= 1:2.5	Isolate/R =0.21	
	Adj es = 6	Afr = -0.27	H:(H)Hd(Hd)= 0: 1	
	Adj D = -1	S = 0	(HHd):(AAd)= 1: 0	
FM = 4	C' = 1	Blends:R= 0:14	H+A:Hd+Ad = 8: 2	
m = 1	T = 0	GP = 0		
	V = 0			
	Y = 0			
a:p = 3: 2	Sum6 = 0	P = 4	Zf = 11	3r+(2)/R=0.07
Ma:Mp = 0: 0	Lv2 = 0	X+Z =0.57	Zd = -5.5	Fr+rF = 0
2AB+Art+Ay= 2	WSum6 = 0	F+Z =0.80	W:D:Dd =11: 3: 0	FD = 0
M- = 0	Mnone = 0	X-Z =0.29	W:M =11: 0	An+Xy = 0
		S-Z =0.00	DQ+ = 1	MOR = 0
		KuZ =0.14	DQv = 1	

SCZI = 2 DEPI = 3 CDI = 4* S-CON = 7 HVI = No OBS = No

SCZI (Schizophrenia Index): Positive if 4 or more conditions are true

- YES (X+Z {0.57} < .61 and S-Z {0.00} < .41) or (X+Z {0.57} < .50)
 No (X-Z {0.29} > .29)
 YES (FQ- {4} >= FQu {2}) or (FQ- {4} > FQo {8} + FQ+ {0})
 No (Sum Level 2 Sp. Sc. {0} > 1) and (FAB2 {0} > 0)
 No (Raw Sum of 6 Spec. Scores {0} > 6 or
 (Weighted Sum of 6 Sp. Sc. {0} > 17)
 No (M- {0} > 1) or (X-Z {0.29} > .40)

DEPI (Depression Index): Positive if 5 or more conditions are true

- No (FV+VF+V {0} > 0) or (FD {0} > 2)
 No (Col-Shd Blends {0} > 0) or (S {0} > 2)
 YES (3r+(2)/R {0.07} > .44 and Fr+rF {0} = 0) or (3r+(2)/R {0.07} < .33)
 YES (Afr {0.27} < .46) or (Blends {0} < 4)
 No (SumShading {1} > FM+m {5}) or (SumC' {1} > 2)
 No (MOR {0} > 2) or (2AB+(Art+Ay) {2} > 3)
 YES (COP {0} < 2) or (Isolate/R {0.21} > .24)

CDI (Coping Deficit Index): Positive if 4 or more conditions are true

- YES (EA {2.5} < 6) or (AdjD {-1} < 0)
 YES (COP {0} < 2) and (AG {0} < 2)
 YES (Weighted Sum C {2.5} < 2.5) or (Afr {0.27} < .46)
 YES (Passive {2} > Active + 1 {4}) or (Pure H {0} < 2)
 No (Sum T {0} > 1) or (Isolate/R {0.21} > .24) or (Food {0} > 0)

HV (Hypervigilance Index): Positive if condition (1) is true and
 4 or more of conditions (2) to (8) are true

- YES (1) FT+TF+T {0} = 0
 No (2) Zf {11} > 12
 No (3) Zd [-5.5] > +3.5
 No (4) S {0} > 3
 No (5) H+(H)+Hd+(Hd) {1} > 6
 No (6) (H)+(A)+(Hd)+(Ad) {1} > 3
 No (7) H+A:Hd+Ad {8:2} < 4:1
 No (8) Gg {0} > 3

OBS (Obsessive Style Index):

- No (1) Dd {0} > 3
 No (2) Zf {11} > 12
 No (3) Zd [-5.5] > +3.0
 No (4) Populars {4} > 7
 No (5) FQ+ {0} > 1

Positive if 1 or more of the following are true:

- No Conditions (1) to (5) are all true
 No 2 or more of conditions (1) to (4) are true and FQ+ {0} > 3
 No 3 or more of conditions (1) to (5) are true and X+Z {0.57} > .89
 No FQ+ {0} > 3 and X+Z {0.57} > .89

Interpretive hypotheses for the Rorschach protocol
utilizing the Comprehensive System

The following computer-based interpretation is derived primarily from the interpretive rules described in "The Rorschach: A Comprehensive System, Volume 2: Interpretation (Second Edition)." The rules are developed mainly from the structural data of the protocol and include only modest consideration of the sequence of scores and the verbal material. The following statements represent hypotheses concerning various personality features and psychological functions. These hypotheses should be used as a guide for the interpreter to facilitate a more comprehensive interpretation of the record.

This record appears to be interpretively useful.

CONSTELLATIONS

SCZI = 2	DEPI = 3	CDI = 4*	S-CON = 7	HVI = No	OBS = No
----------	----------	----------	-----------	----------	----------

INTERPRETIVE SEARCH STRATEGY

Positive Key Variable(s)	Interpretive Search Sequence
1. CDI > 3	Controls -> Affect -> Self Perception -> Interpersonal Perception -> Processing -> Mediation -> Ideation

CAPACITY FOR CONTROL AND TOLERANCE FOR STRESS

EB = 0: 2.5	EA = 2.5	D = -1
eb = 5: 1	es = 6	Adj es = 6
FM = 4	C' = 1	T = 0
m = 1	V = 0	Y = 0
		CDI = 4*

1. Data concerning controls are not sufficient enough to make meaningful interpretive statements.

AFFECT

		Blends	
DEPI	= 3	EBPer	= 2.5
EB	= 0: 2.5	FG:CF+G	= 1: 2
eb	= 5: 1	Pure C	= 0
		SumC':WSumC	= 1:2.5
C'= 1	T= 0	Afr	= 0.27
V = 0	Y= 0	S	= 0
		Blends/R=	0: 14
		CP	= 0

2. Ordinarily, she tends to intermingle feelings with thinking during problem solving or decision making activities. People such as this are more prone to use and be influenced by emotion than others, and they generally prefer to test hypotheses and assumptions through trial and error behaviors. Usually, they are more tolerant of, and less concerned with making problem solving mistakes because of their preference for trial and error routines. On the other hand, the emotional impact of chronic failure is often more intense than is usually the case for other people. People with this style are more inclined to display feelings and are less concerned about carefully modulating or controlling those displays. She is not very flexible about the use of this coping style and persists in merging emotions into her thinking during decision making activity, even in situations in which a more ideational approach could be much more effective. In other words, very little decision making occurs that is not markedly influenced by emotion.

3. She has a marked tendency to avoid emotional stimuli. People such as this usually are quite uncomfortable around emotion and as a result, often become much more socially constrained or even isolated.

4. She is not very stringent about modulating emotional discharges. This is not necessarily a negative finding, especially if there are no problems with controls. Instead, it reflects a person who tends to be more obvious or intense in expressing feelings.

SELF PERCEPTION

$3r+(2)/R = 0.07$	FD = 0	MOR = 0	Hx = 0	An+Xy = 0
$Fr+rF = 0$	Sum V = 0	H:(H)+Hd+(Hd) = 0: 1		Sx = 0
Responses to be read				
MOR Responses	FQ- Responses	M Responses	FM Responses	m Responses
	4, 5, 6,11		1, 5, 6,11	7

5. Her estimate of her personal worth tends to be more negative than should be the case. She regards herself less favorably when she compares herself to others. This tendency to judge oneself unfavorably is often a precursor to feelings of futility and can give rise to episodes of depression.

6. She does not seem to be very introspective. In other words, she is less involved with self awareness than is usually the case.

7. She probably does not have a very well developed understanding of people. In turn, this leads to a rather naive or even distorted conceptualization of the self. This is extremely unusual for an adult and bodes poorly for efforts at effective social adjustment.

8. There is reason to believe that some minus responses are the result of projection. Projected material, especially in minus answers, will be rather obvious. The minus responses in this record are numbers 4, 5, 6, and 11.

9. The movement responses often contain very important projected self representations. Responses containing M include 0; those containing FM are 1, 5, 6, and 11; and those with m are 7.

INTERPERSONAL PERCEPTION AND RELATIONS

CVL = 4*	a:p = 3: 2	T = 0	Human Cont = 1	Pure H = 0
HVI = Neg	Food = 0	PER = 1	COP = 0	AG = 0
Isolate/R = 0.21				
Responses to be read				
Human Movement with Pair			Human Contents	
11		3		

10. She apparently is less socially mature than might be expected. She is the type of person who is prone to experience frequent difficulties interacting with the environment, and these difficulties often extend into the interpersonal sphere. As a result, her relationships tend to be more superficial and less easily sustained. She is likely to back away from social intercourse and settle for a routine of limited, superficial relationships. When this does not happen her ineptness makes her quite vulnerable to rejection by others. People such as this are often regarded by others as being more distant, guarded, inept, or helpless in dealing with others. They tend to be less sensitive to the needs and interests of others and they often have histories marked by social chaos and interpersonal dissatisfaction.

11. Her interests in, and expectations concerning needs for closeness are dissimilar to those of most people. This does not mean that she fails to have such needs. However, she tends to be more conservative than might be expected in close interpersonal situations, especially those involving tactile exchange. People such as this are overly concerned with personal space and much more cautious about building or maintaining close emotional ties with others.

12. She is not as interested in people as are most adults. This limited interest suggests that most of her relations with others will be quite superficial. This is not surprising as other data suggest that she is somewhat emotionally withdrawn.

13. It is probable that she does not perceive or anticipate positive interactions among people as a routine event. People such as this tend to feel less secure or less comfortable in interpersonal situations and they are often regarded by others as being more distant or aloof. Although this does not preclude mature and/or deep relationships, such people are not perceived by others as being noticeably gregarious and they often remain more in the periphery during group interactions.

14. The movement responses that are scored for a pair, (2), often contain very important projected representations that can be useful in expanding information concerning interpersonal perception. Responses containing M that contain a pair include 0; those containing FM that include a pair are 11; and those with m that also have a pair are 0.

15. The nouns and adjectives that have been used to describe the human or human-like figures often convey some impression about how the subject perceives others. Responses containing human content are 3.

INFORMATION PROCESSING

L = 0.56	W:D:Dd = 11: 3: 0	Zd = -5.5	DQ+ = 1
Zf = 11	W:M = 11: 0	PSV = 1	DQv/+ = 0
HVI = No	OBS = No		DQv = 1
Location Sequencing			
I : W.W.W		VI : W	
II : W		VII : D	
III : D.D		VIII : W	
IV : W.W		IX : W	
V : W		X : W	

16 Her processing activity is marked by underincorporation, that is, she tends to scan stimulus fields hastily and haphazardly, often neglecting critical bits or cues in a stimulus field. Underincorporation creates a potential for faulty mediation that can lead to less effective behavior patterns.

17. She seems to be as willing to process the complexities of a new stimulus field about as much as is expected at this age. This indicates a positive motivation to deal with new information effectively.

18. She is highly motivated and makes a considerable effort in processing, especially when the information involved relates to problem solving or decision making. This feature can be an asset provided adequate resources are available. However, it can be a liability if resources are limited or if the quality, efficiency, or consistency of the processing is substandard.

19. The quality of her processing is not very complex or sophisticated. Instead, it tends to be simplistic and quite conservative. This is not uncommon among those with cognitive limitations, but it is much more unusual when there are no cognitive deficiencies.

20. At times, she has some difficulty shifting attention. This is not a serious problem but occasionally can produce less efficient processing activities.

21. Her processing habits appear to be regular and predictable.

COGNITIVE MEDIATION

Lambda = 0.56	OBS = Neg	Minus Responses
P = 4	X+Z = 0.57	
FQx+ = 0	F+Z = 0.80	4, 5, 6, 11
FQxo = 8	XuZ = 0.14	
FQxu = 2	X-Z = 0.29	
FQx- = 4	S-Z = 0.00	
FQxnone = 0	CONFAB = 0	

22. It appears as if she has some chronic and pervasive problems that promote perceptual inaccuracy and/or mediational distortion. This contributes to difficulties in reality testing and often produces behaviors that are inappropriate for the situation.

23. An important preoccupation appears to be provoking mediational distortion as most of her minus answers include Ad and A.

IDEATION

		Critical Special Scores	
EB = 0: 2.5	EBPer = 2.5	DV = 0	DV2 = 0
eb = 5: 1	MOR = 0	INC = 0	INC2 = 0
FM= 4 m= 1	2AB+Art+Ay= 2	DR = 0	DR2 = 0
γ = 3: 2	MQual- = 0	FAB = 0	FAB2 = 0
ha:Mp= 0: 0	MQualNone = 0	ALOG = 0	
Responses with Special Scores		CON = 0	Raw Sum6 = 0
No Responses with critical Spec. Scores.		SCZI = 2	Wgtd Sum6 = 0

24. She tends to merge her feelings with her thinking during problem solving activity. This does not mean that her thinking becomes less consistent or more illogical as a result. However, the impact of emotion on her thinking often leads to complex patterns of ideation. People such as this tend to be more accepting of logic systems that are not precise or marked by greater ambiguity. They prefer to engage in trial and error activity during problem solving to obtain feedback regarding their decisions. She is not very flexible about the use of this coping style. In other words, she persists in using a markedly emotional-intuitive

approach even when it might be more efficient to push feelings aside and thoughtfully evaluate possibilities before taking action or reaching a decision.

25. The level of ideational activity that is not directly in the focus of attention, appears to be within acceptable limits and should not create any unusual interference with attention and/or concentration.

GENERAL SUMMARY

She has some serious problems concerning perceptual accuracy that contribute significantly to difficulties in reality testing. She processes information hastily and haphazardly and often neglects critical cues in a stimulus field. She is an intuitive person for whom feelings are very influential in her thinking. She prefers to use a trial and error approach when involved in problem solving and decision making. She tends to regard herself less favorably when she compares herself to others. Her conception of herself is not well developed and is probably rather distorted. She is the type of person who is prone to experience frequent difficulties when interacting with the environment and these difficulties often extend into the interpersonal sphere. As a result, her relationships tend to be more superficial and less easily sustained. She is cautious about interpersonal relations and does not usually anticipate being close to others. She seems to be less interested in people than might be expected.

* * * End * * *

INTERPRETACION RORSCHACH

Poca capacidad para el stress que le dificulta implementar decisiones. Impulsividad que le hace vulnerable al descontrol y a la desorganización. Es más efectiva en ambiente familiar donde la demanda es predecible. Tiene pocos recursos para su edad y poca madurez. Dificultades en lo interpersonal y descontrol consiguiente. Influida por las emociones en sus decisiones, que las toma por ensayo-error y están muy marcadas por lo emocional. No modula las descargas emocionales. Por lo que evita estos estímulos y se aísla socialmente.

Se percibe negativamente, es muy introspectiva y se basa más en lo imaginario que en lo real, por lo que distorsiona la visión propia y ajena. Dificultades en lo interpersonal con relaciones superficiales y poco maduras para su edad. No experimenta la necesidad de intimar por el discomfort que le produce, especialmente en su espacio personal evitando la relación táctil. Tiene poco interés en la gente. No anticipa la interacción ni es grupal ni gregaria. Está motivada y se esfuerza en el proceso informativo y de toma de decisiones. Su proceso cognitivo es muy simple y de poco esfuerzo para integrar información sofisticada. Percibe los estímulos con hostilidad, como los niños más que los adultos, con lo que reduce lo mediacional y es poco efectiva en patrones de conducta. Poco convencional de forma significativa. Desatiende las expectativas sociales. Por distorsión perceptiva y mediacional. Es ambigua en las decisiones, marcadas por los sentimientos, que tienen un directo impacto en sus pensamientos.

CUESTIONARIO MCMI-II



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
Laboratorio de Psicología Clínica y
Psicodiagnóstico

HOJA DE DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS Y CLINICOS

Autor: Alejandro Avila-Espada - Programa de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Salamanca.

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR ESTA HOJA

Esta hoja se le ha entregado junto con una hoja de respuestas de color naranja y un cuestionario. Rellene los datos personales que se le piden en el apartado I y a continuación rellene el apartado II. Entreguela junto con la hoja de respuestas de color naranja. Consulte cualquier duda con el evaluador.

Datos personales:

Número de identificación:

				0	4	1	1	5
--	--	--	--	---	---	---	---	---

(el mismo que haya puesto en la hoja de respuestas naranja)

Fecha de hoy:

2	5	0	9	9	7
---	---	---	---	---	---

Día Mes Año

Sexo: Varón / Mujer

(rodée con un círculo lo que corresponda)

Fecha de nacimiento

1	5	0	1	7	7
---	---	---	---	---	---

Día Mes Año

Estado

No ha estado casado/a

Divorciado/a

Civil:

Casado/a en 1er. matrimonio

Vive en pareja

Casado/a en segundo o más

Viudo/a

Separado/a

Otros _____

(especificar)

NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS

(Marque con una cruz el nivel más alto que haya cursado)

___ Primarios (hasta 5º, 6º, 7º de EGB)

___ Hasta 8º EGB ó Graduado Escolar

___ Hasta 1º, 2º, 3º de BUP ó F.P.

___ Hasta COU

Hasta 1º, 2º, 3º de Estudios Universitarios

___ Hasta 4º, 5º o más de Estudios Universit.

___ Otros niveles (indicar)

ENTORNO EN EL RELLENA ESTE CUESTIONARIO

(Marque con una cruz el que corresponda)

___ Centro docente (Escuela, Universidad, etc)

___ Centro de Salud (consultas)

___ Ingresado en un centro hospitalario o clínica

___ Orientación o selección profesional

___ Centros de detención

___ Otros (especificar) _____

Comunidad Autónoma y provincia

De origen: _____

Donde reside actualmente (al menos tres últimos años): _____

Observaciones

CONTINUE AL DORSO, SI SE LO INDICA EL EXAMINADOR

MCMII

MARQUE CON UNA CRUZ SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS

	Primero	Segundo
Matrimonial o familiar	_____	_____
Trabajo, estudios o empleo	_____	_____
Soledad	_____	_____
Estado de ánimo	_____	_____
Confianza en sí mismo	_____	→ <u>2º</u>
Cansancio y/o enfermedad	_____	_____
Alcohol	_____	_____
Drogas	_____	_____
Problemas mentales	→ <u>1º</u>	_____
Conducta antisocial	_____	_____
Otros	_____	_____

HA TERMINADO VD. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
Facultad de Psicología
Laboratorio de Psicología Clínica
y Psicodiagnóstico

Apellidos

Nombre EVA

Profesión

Nivel Cultural PSICOLOGÍA (2º)

Edad: Años 20 Meses 9

TIPO DE PRUEBA

Observaciones

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLOS

1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04115



PRUEBA

1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	121	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	161	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	122	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	162	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	123	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	163	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	124	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	164	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	125	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	165	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	126	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	166	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	127	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	167	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	128	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	168	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	129	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	169	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	130	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	170	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	171	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	172	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	93	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	133	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	173	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	134	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	174	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	135	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	175	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	136	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	176	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	137	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	177	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	138	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	178	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	139	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	179	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	140	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	180	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	101	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	141	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	181	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	142	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	182	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	103	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	143	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	183	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	144	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	184	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	145	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	185	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	146	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	186	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	107	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	147	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	187	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	148	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	188	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	109	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	149	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	189	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	190	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	111	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	151	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	191	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	152	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	192	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	153	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	193	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	154	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	194	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	155	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	195	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	156	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	196	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	157	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	197	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	158	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	198	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	159	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	199	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	160	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	200	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Compruebe siempre en cada contestación si el número de la pregunta corresponde con el número donde Vd. marca la respuesta.

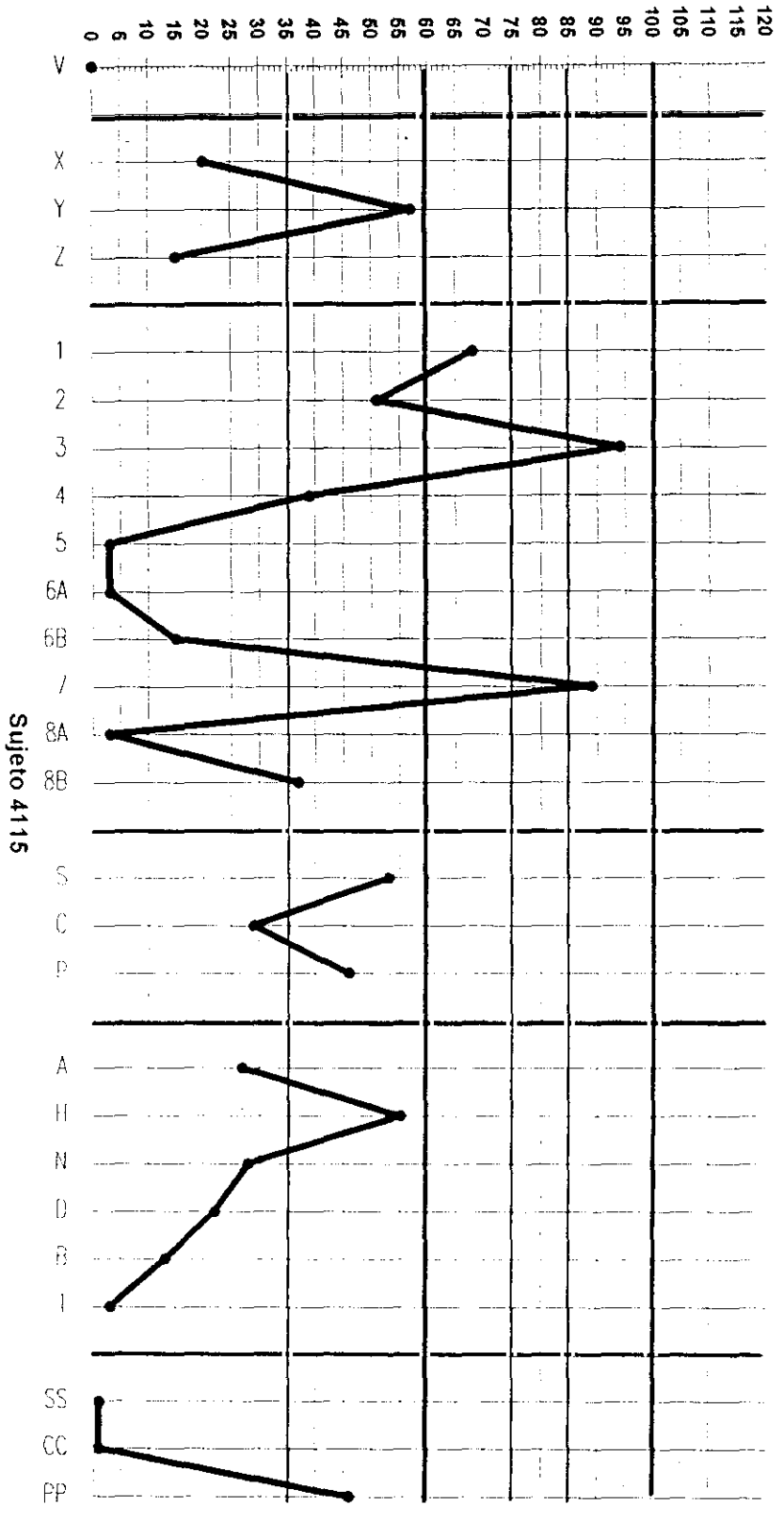
MCGMI-II

INVENTARIO
CLINICO MULTIAIXIAL
DE TH. MILLON - (II)

Autor: Theodore Millon (©) 1977, 1982, 1983, 1987). Adaptación española:
Alejandro Avila Espada y Fernando Jiménez Gómez. Laboratorio de Psicología
Clínica y Psico diagnóstica. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.

HOJA DE PERFIL

MCGMI-II





Laboratorio de Psicología Clínica
y Psicodiagnóstico
Universidad de Salamanca

Sujeto 4115

MCMII-II

Inventario Multiaxial Clínico de T. Millon (II)
Autor: Theodore Millon ((c) 1977, 1982, 1983, 1987).
Adaptación española: Alejandro Avila Espada y
Fernando Jiménez Gómez.

Tasas Base ajustadas

ESCALAS DEL MCMII-II

Indicadores de control:

- V - Validez (< 2)
- X - SINCERIDAD
- Y.- DESEABILIDAD
- Z.- ALTERACION

ESCALAS BASICAS (1-8)

- 1.- ESQUIZOIDE (301.20)
- 2.- FOBICA (Evitativa) (301.82)
- 3.- DEPENDIENTE(Sumisa) (301.60)
- 4.- HISTRIONICA (301.50)
- 5.- NARCISISTA (301.81)
- 6A.- ANTISOCIAL (301.70)
- 6B.- AGRESIVO/SADICA (301.88)
- 7.- COMPULSIVA (Rígida) (301.40)
- 8A PASIVO/AGRESIVA(301.84)
- 8B- AUTODESTRUCTIVA
(Masoquista)(301.90)

PERSONALIDAD PATOLÓGICA

- S.- ESQUIZOTIPICA (301.22)
- C.- LIMITE (Borderline) (301.83)
- P.- PARANOIDE (301.00)

SÍNDROMES CLINICOS (gravedad moderada)

- A.- ANSIEDAD
- H.- HISTERIFORME
(tipo somatoforme)
- N.- HIPOMANIA
- D.- NEUROSIS DEPRESIVA
(Distimia)
- B.- ABUSO DE ALCOHOL
- T.- ABUSO DE DROGAS

SÍNDROMES CLINICOS (gravedad severa)

- SS.- PENSAMIENTO
PSICOTICO
- CC.- DEPRESION MAYOR
- PP.- TRASTORNO DELIRANTE

	P.T.
V	0
X	20
Y	57
Z	15
1	68
2	51
3	94
4	39
5	3
6A	3
6B	15
7	89
8A	3
8B	37
S	53
C	29
P	46
A	27
H	55
N	28
D	22
B	13
T	3
SS	1
CC	1
PP	46

Test MCM12 aplicado a 4115, Mujer de 20 años, grupo CABET, en fecha 14 NOV 97

1) ESCALAS DE VALIDEZ:	<u>PD</u>	<u>Baremo</u>
V-Validez	0.00	50
Y-Deseabilidad	12.00	57
Z-Alteración	1.00	15
2) E. BASICAS DE TRAST. PDAD:	<u>PD</u>	<u>Baremo</u>
1-Esquizoide	19.00	65
2-Fóbica (Evitativa)	10.00	48
3-Dependiente	38.00	91
4-Histriónica	17.00	36
5-Narcisista	14.00	0
6A-Antisocial	3.00	0
6B-Agresivo/sádica	12.00	12
7-Compulsiva	44.00	86
8A-Pasivo/agresiva	4.00	0
8B-Autodestructiva	8.00	34
3) TRAST. PDAD. PATOLOGICA:	<u>PD</u>	<u>Baremo</u>
S-Esquizotípica	11.00	44
C-Límite (borderline)	6.00	20
P-Paranoide	11.00	43
4) SINDROMES CLÍNICOS:	<u>PD</u>	<u>Baremo</u>
A-Ansiedad	3.00	5
H-Histeriforme (somatof.)	5.00	35
N-Hipomanía	10.00	25
D-Neurosis depresiva	4.00	0
B-Abuso Alcohol	8.00	10
T-Abuso drogas	4.00	0
SS-Pensamiento Psicótico	2.00	0
CC-Depresión Mayor	1.00	0
PP-Delirio psicótico	7.00	45

0 DM y 0 BI, sobre un total de 175 ítems.

Totales 254.00

CUESTIONARIO A MADRE O PADRES: Paciente N° 04115

(Responde la madre)

1 -¿Qué ha cambiado desde la Anorexia en sus vidas?

- Todo gira alrededor de ella siempre. Y la enfermedad destroza el trabajo y la unión entre hermanos. Y hace que esté pendiente de ella o hay problema. A solas conmigo o con otros en la casa todo es perfecto. Pero si hay uno más se estropea.

2 -Persona obesa en la familia

- Yo, aunque era muy delgada antes de casarme. Pero engordé tras la operación de riñón. Eva tenía 11 años y lo pasó mal, me vio sufrir mucho. Inició la Anorexia a los 12. Yo enfermé de riñón y tuve un tumor de 1,5 Kgs en costillas, con mucho reposo mientras Eva estaba con la abuela paterna: incubaba Anorexia y al año la internan. Está mejor y engordando desde Diciembre del 96.

3 -¿Qué clase de persona es Ud.?

- Me veo protectora: no me preocupo nada de mí desde hace años, porque quiero que todos tengan todo y no me da tiempo.: desde que Eva está enferma, como si tuviera miedo de que les pase algo. Mi suegra me culpa a mí. Yo he dejado de dar cursos en el trabajo, y de quedar con amigas.

4 -¿Qué clase de persona es su marido?

- Muy protector y un poco perfeccionista. Muy buena persona. Me da total libertad económica.

5 -¿Qué clase de persona es su hija?

- Ahora no pero hasta hace poco y como enferma mental producía en casa continuos follones.

6 -Personas que viven en la casa. Descríbalas. ¿Desde cuándo?

- Una empleada en casa durante 10 años, cuando nació Ana (6 a 16 años de Eva con servicio). Quedó embarazada y se fue. Tuvimos dos o tres, pero mal. No nos acoplábamos, no tendría yo servicio si ahora pudiese volver a decidir. A los 16 años de Eva despedí a la última porque no vigilaba y Eva tiraba las comidas.

7 -Ultima comida de su hija delante de Ud. Cuénteme.

- El sábado. No hay problema con la dieta del Hospital. Hago la compra sin problemas: pinto y pollo en salsa, al peso. Dice: "Papá, pésamelo". La última vez el padre le dijo: "te lo ha pesado mamá y punto"

8 -Cómo fue de bebé?. Enfermedades. Cuidadores. Cuidados.

- Eva fue una niña muy deseada, yo he tenido antes dos abortos y en la familia de Pedro no había niños. Es su ojo derecho. Demasiado cuidada veo ahora. Y demasiada protección. Con pediatra particular. Ana se crió sola y normal.

9 - La actitud respecto a los ejercicios autoeróticos en general:

9-1. Chupete,

- No lo utilizó mucho tiempo, no lo quería.

9-2. Biberón,

- Tampoco mucho. Al año y medio, antes de nacer el niño, ya estaba comiendo.

9-3. Succión del pulgar,

- No hubo con eso problema ninguno.

9-4 -Forma de vestirla y actitud de la niña hacia el vestido.

- Tenía trajes monísimos, comprado por las tías. Pienso mucho que se le compraba muchísima ropa. Y las mejores muñecas del mercado, las tías le traían de todo: ni ropa interior compraba yo. Y pienso que fui débil, que tenía que haber cortado aquello. Fui cómoda. En la Anorexia seguía pidiendo de todo. A sus 18 años comencé a cortar exigencias de Pedro y Ana, 17 y 12 años.

9-5 - La reacción (9-5-a) a0 exploración y pataleo del bebé y (9-5-b) a las incontinencias.

- Empezó pronto a hablar y a no hacerse pís.

10 -Alimentación en la infancia. recuerde un día de su hija-niña o bebé comiendo.

- Le encantaba una vaso de leche con unas magdalenas. Las recuerda con papel negro y dice. "Qué buenas estaban!" Tenía 5 o seis años y aún comía muy bien. También le gustaban los filetes con patatas fritas, que ahora le vuelven a gustar. A los 12 años Eva no estaba gordita, pero le dijeron gordita en ballet.

Cuando estuvo mal el año pasado me rechazaba totalmente estando Pedro y yo juntos, buscando guerra (diciendo: "mamá ha hecho esto"), para separarnos. Ana dándose cuenta ha llegado a decir: "Quieres que los papás se separen y discutan". "Sola con Mamá", o "Sola con Papá". Desde que está mejor. "Sola con Mamá". Hasta Junio, ella quería ser la ama de casa y la preferida de su padre. Desde Junio es capaz de cogerme del brazo y besarme al irse. Pero aún tiene envidia cuando me compro ropa.

11-Cómo la alimentaba de bebé y cómo la bebé recibía el alimento.

- Normal, no encuentro nada destacable.

12 -Primeros objetos de su hija. Características (adjetivos).

- Tenía una habitación llena de muñecas, era horrible aquello.

13 -Primeros dientes. Relación con el pecho.

- Le dolían muchísimo. Pasaba muy malas noches.

14 -Al nacer, relación con el pecho entonces y los primeros meses.

- Tomó pecho 6 meses, muy tragona: pecho y biberón. Lo dejó ella sola, sin problema.

15 -Cómo fue el embarazo.

- Con reposo absoluto para evitar aborto, que había tenido dos abortos antes al cuarto mes y yo quería tener la niña.

16 -Cómo fue el parto

- Normal

17 -Las relaciones con su hija son actualmente.

Inmejorables Buenas Regulares X Malas

Regulares, aunque han mejorado. Antes íbamos al Corte Inglés cada una por su sitio en cuanto yo no compraba. A los 18 me robaba y vendió joyas mías para comprar tonterías. Su hermano Pedro, de un año menos, es muy responsable y Eva se lleva bien con él, pero ninguna chica le parece bien para Pedro. No le puede ver con una de la mano.

18 -¿Cual de estas posiciones existenciales piensas que es la suya?

1-Yo estoy bien y la gente en general está bien

2-Yo estoy bien y la gente en general no está bien

3-Yo estoy mal y la gente en general está bien X

4-estoy mal y la gente en general está mal

INTERPRETACION ENTREVISTA A LA MADRE O LOS PADRES DEL PACIENTE

(Los números relacionados responden a los números de pregunta del Cuestionario utilizado en la entrevista)

1-10-17) Relación perfecta a solas con la madre . Imposible para Eva cualquier relación de tres en la casa. 11) E imposible ver a su padre junto a su madre 17) o a su hermano con cualquier chica. 2) 12 años de Eva. Operación de la madre y Anorexia de ella. La madre engorda ostensiblemente y ella adelgaza. 3-6) La madre está en actitud de total desprendimiento (y engordando) y Eva de total exigencia (y adelgazando). 8) Hija muy esperada, deseada, y querida. 9) La madre se reconoce débil permitiendo excesiva abundancia de cuidados y regalos a la hija por parte de la familia. 10) Ambivalencia: Sola con mamá o sola con papá?. Deseo de que la madre deje al padre para dedicarse a ella. Ella quería ser el ama de casa y la preferida de su padre. Solo desde Junio es capaz de coger del brazo a la madre y besarla al irse, pero aún tiene envidia cuando la madre se compra ropa.

ANEXO III
Casos Clínicos
-Inés

INES : INFORME CLINICO
Un caso de Anorexia Nervosa

PREAMBULO

Considero que la Anorexia Nervosa tiene siempre un sustrato de Melancolía, entendiéndolo por tal una "inadecuada elaboración narcisista de la pérdida que aparece como tal rasgo narcisista después de una depresión (estado más que rasgo) y sustituyendo al duelo, incorporando al objeto que se ha de abandonar y hacia el que hay ambivalencia".

INFORME CLINICO

A) Madrid, Diciembre 1997 a Junio 1998

En Febrero de 1997 viene Inés a consulta. Tiene 14 años, 1.68 mts. de estatura y 38 kgs de peso. Viene acompañada de sus padres, cansados de verla comer mal y de su difícil carácter. La veo capaz de iniciar un psicoanálisis y se lo propongo, esperando sea el medio de encontrar motivaciones inconscientes a su manifestación somática de Anorexia Nervosa.

Está obsesionada por la comida y el mínimo alimento lo recibe como peligro de gordura. No le gustan sus facciones y trata de mejorar el resto de su cuerpo no engordando. Tiene miedo a su desarrollo juvenil que supone va a ser tosco y excesivo, desastrado y poco femenino por lo que se adelanta a los resultados cerrando el desarrollo a su feminidad. Presenta amenorrea desde hace 6 meses.

Aconsejo a sus padres que acudan a "ADANER", asociación de padres de anoréxicos, para contener allí la ansiedad que les lleva a irrumpir en mi consulta con Inés varias veces y siempre que lo intentan pongo a Inés en conocimiento de visitas o llamadas. Ellos en ADANER van sintiéndose atendidos y dejando a su hija venir a análisis sin entrometerse en ello.

Inés siempre comienza la sesión contándome un enfado con su familia, del que siempre se siente culpable. Poco a poco va limitando su culpabilidad y reconociendo algunas reclamaciones justas: pide en la familia, por ejemplo, respeto a su intimidad en su propio cuarto, y derecho a pequeños secretos. Va discriminando entre las muestras de cariño del padre que pueden inquietarle por invasoras y las lógicas de cualquier padre expresivo. Conseguir esto en su paso de niña a mujer le resulta relajante. También va determinando su lugar en el triángulo edípico, no metiéndose como juez o parte en los conflictos entre dos miembros de la familia ni permitiendo intromisiones inadecuadas de otros miembros. Analizamos el síntoma anoréxico como vehículo de intromisión en la relación de los padres, pues ante fuertes discusiones del padre hacia la madre que le producen a Inés una gran ansiedad de separación, con sueños y fantasías de pérdida, ella irrumpe en la discusión sollozando porque está muy gorda y no se gusta, provocando con ello el cese de la discusión parental y la conversión de la riña en una fuerte unión entre los padres para afrontar la Anorexia de Inés, cesando también la angustia de ella por la riña parental.

En esta intromisión en la relación de los padres Inés llega a fantasear el deseo de que el padre pegue a la madre, para tomar ella postura de defensora y apartar al padre de la relación.

No se gusta. Tira la comida. Está irritable, con cambios de humor que al analizarlos justifica desahogándose, diciendo que le atormentan dos voces interiores: la que más teme le prohíbe comer. La otra más dulce le anima a comer para darse gusto y dar gusto a la madre. A la primera voz la teme tanto que a veces evita un bocadillo por no oírla y llega a tirarlo.

Le digo que vamos a escuchar qué dicen las dos voces, y sale de la consulta sintiéndose aliviada.

Comprendo que un episodio delirante no es necesariamente psicótico y sí puede adquirir la dimensión de un síntoma neurótico. El neurótico fantasea, el psicótico delira en contraimpulsión del otro, para su propio goce. El neurótico fantasea al servicio del otro. La fantasía histérica tiene la estructura de una pesadilla angustiante, provoca más angustia que goce. El delirio psicótico, por el contrario, está al servicio del placer.⁽⁵¹⁾

Inés comienza a desanudar el embrollo del doble mensaje familiar que se inició al comenzar la adolescencia: "no engordes como una vaca" pero "no hagas locuras por adelgazar", y la necesidad de atender el doble mensaje. En análisis concluye: "si hago caso a la voz buena va a salir la mala a hacerme daño, no puedo aguantarla y por eso me pongo insoportable y la pago con los demás". Le explico que su irritabilidad obedece a esa dificultad de equilibrio y que la voz buena sale cuando aflora el deseo de comer...o mejor dicho el deseo en general.

Poco a poco se va permitiendo los deseos ("deseo estudiar literatura, aunque mi padre considere mejor las carreras técnicas") y concretamente el deseo de comer, y se toma un helado y viene muy satisfecha a decírmelo. Un día viene triunfante a la consulta: "He estado con mis padres y mi hermana en una hamburguesería. Cuando me he tomado la hamburguesa mi padre ha llorado de alegría".

Va permitiéndose analizar sus deseos vitales y sus temores en conflicto, se atreve a soportar conflictos de relación y a irlos resolviendo. Se permite explicitar deseos: "deseo ser abogada", "me gusta la literatura aunque mi padre me crea más inteligente si elijo Ciencias".

Elabora el duelo de abandonar la niñez para ser mujer. Va admitiendo la evolución a adulto de sus amigos y de ella misma, aunque conlleva pérdida. Y las discusiones entre sus padres. Afronta los continuos cambios de aficiones en la pandilla y el paso del juego al baile en la discoteca o de la lectura de cuentos a la de un libro de Filosofía, admitiendo las ganancias y pérdidas que conlleva.

Durante este tiempo ha recuperado la menstruación y ha ganado 10 Kgs. Su BMI (Índice de Masa Corporal = $\text{Peso}/\text{talla}^2$) ha pasado de ser 14 a 17, acercándose a la normalidad que está entre 20 y 25.

Ante su mejoría la madre se acerca a consulta planteándose el final de la terapia, que es costosa. Yo le aclaro que Inés está en plena estructuración de su personalidad y reelaborando actitudes y valores. Le aconsejo que le deje terminar su psicoanálisis durante al menos 2 años más , cuando también haya consolidado su proceso evolutivo.

B) Julio 1998

Después de un año asintomática en su Anorexia y recuperando peso hacia la normalidad Inés es internada en clínica con fuerte dolor por falsa alarma de apendicitis. Tras las pruebas oportunas el diagnóstico es de "gastritis atrófica" y "duodenitis". Ambas patologías suelen presentarse en anemias, déficits del complejo vitamínico B o simple déficit de ingesta. Así, todo apunta a un nuevo síntoma anoréxico.

Al tiempo las sesiones de análisis muestran a través de sueños dificultades y conflictos ideológicos con la madre, que comienza a preparar el ajuar de boda de Inés y considera relación amorosa la que mantiene su hija de simple amistad con un compañero. Intenta la madre salir con frecuencia e intimar con su hija, que dista mucho de buscar confidencias amistosas con su madre. Inés señala sus pocos deseos de pensar actualmente en una relación formal y sus ganas de autonomía personal.

Estas tensiones en la relación con su madre la llevan a sueños de ahogo. También sueña que su madre va a morir, con el sentimiento de culpa consiguiente. Aclara: "cuando desean tantas cosas para mí y yo no las quiero hacer me siento mala".

Queda pues todavía mucho por elaborar en su paso de adolescente a adulta y en su separación natural de la madre. Sí vamos comprobando que su evolución psíquica favorable es paralela a la paulatina curación de su Anorexia Nervosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Conferencia oída a Pedro Guilló Fernández, Miembro Vocal de la FEAP, en 1996 en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid.
- (2) Wiederman-MW; Pryor-T. *A comparison of ever-married and never-married women with anorexia nervosa or bulimia nervosa*. Int-J-Eat-Disord. 1997. 22 (4): 395-401
- (3) Lester-RJ. *The (dis)embodied self in anorexia nervosa*. Soc-Sci-Med. 1997. 44 (4):479-89.
- (4) Katzman,M.A; Lee S. *Beyond Body Image: The Integration of Feminist and Transcultural Theories in the Understanding of Self Starvation*.Int J Eat Disord. 1997. 22 (4):385-394.
- (5) Abou-Saleh-MT; Younis-Y; Karim-L. *Anorexia nervosa in an Arab culture*. Int-J-Eat-Disord. 1998. 23 (2): 207-12.
- (6) Gutiérrez-Fisac, Juan L. *Obesidad y nivel socioeconómico*. Rev Medicina Clínica. 1998.10. 347-355
- (7) Martínez-González, MA. López Azpiazu, I. Kearney, J. Kearney, M. Gibney, M. Martínez, JA. *Definition of healthy eating in the Spanish adult population: a national sample in a pan-European survey*. " Rev Public Health. 1998. 112 (2), 95-101.
- (8) Rogers-L; Resnick-MD; Mitchell-JE; Blum-RW. (1997). *The relationship between socioeconomic status and eating -disordered behaviors in a community sample of adolescent girls*. Int-J-Eat-Disord. 1997. 22(1): 15-23.
- (9) Argente J., Caballo N., Barrios V., Muñoz, M.T., Pozo J., Chowen J.A., Morandé G., Hernández,M. *Múltiple Endocrine Abnormalities of the Growth Hormone and Insulin-Like Growth Factor Axis in Patients with Anorexia Nervosa: Effect of hort-and Long-Term Weight Recuperation*. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 1997. 82 (7). 2084-92.
- (10) Davis-C. *Eating disorders and hyperactivity: a psychobiological perspective*. Can-J-Psychiatry. 1997. 42 (2):168-75.
- (11) Madruga Acerete D, Morandé Lavín, G, Martínez Orgado, J. Caspir Pérez, F. *El pediatra y la anorexia nerviosa* . An. Esp. Pediatr. 1991. 34 (1): 62-67.
- (12) Moreiras-Varela, O; Carbajal, A; Núñez, C; Morandé, G. *Modelo dietético de un grupo de adolescentes con anorexia nerviosa y bulimia*. Nutrición Clínica. Dietética Hospitalaria. 1989. 9 (3). 80-87.
- (13) Turón Gil, JV. (1996). *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Ed. Masson. Barcelona.

- (14) Marcos.A, Varela P, Santacruz I, Muñoz-Vélez, A. Morandé, G. *Nutritional status and immunocompetence in eating disorders. A comparative study.* European Journal of Clinical Nutrition. 1993. 47. June: 787-793
- (15) Marocco-Muttini-C. *Psychogenic esting disorders and the family set-up.* Título original: *Disturbi alimentari psiogeni e costellazione familiare.* Fuente: Minerva-psichiatr. 1993. 34 (4):225-9.
- (16) Marocco-Muttini-C . *The father's role and dysorexia.* Título original: *Ruolo paterno e disoressia.* Fuente: Minerva-Psichiatr. 1993. 34 (3):159-62.
- (17) Pantano-M; Grave-RD; Oliosi-M; Bartocci-C; Todisco-P; Marchi-S. *Family backgrounds and eating disorders.*Psychopathology. 1997. 30 (3). 163-9.
- (18) Lyon-M; Chatoor-I; Atkins-D; Silber-T; Mosimann-J; Gray-J. (1997) *Testing the hypothesis of the multidimensional model of anorexia nervosa in adolescents.* Adolescence. 1997. 32 (125):101-11
- (19) Britto-DJ; Meyers-DH; Smith-JJ; Palmer-RL. *Anorexia nervosa and bulimia nervosa: sibling sex ratio and birth rank -a catchment area study.* Int-J-Eat-Disord. 1997. 21 (4): 335-40.
- (20) Caparrós, N. Sanfeliú, I; (1997). *La Anorexia, una locura del Cuerpo.* Biblioteca Nueva. Madrid.
- (21) Mahler, M. (1990). *Estudios 2. Separación-individuación.* Ed. Paidós. Psicología Profunda. Buenos Aires.
- (22) Bowers-WA; Andersen-AE. *Inpatient treatment of anorexia nervosa: review and recomendations.* Harv-Rev-Psychiatry. 1994. 2 (4): 193-203
- (23) Chinchilla Moreno, A. (1994). *Anorexia y Bulimia Nerviosas* .Ediciones Ergón. Madrid.
- (24) Minuchin, S.; Rosman, B.L. y Baker,L (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context.* London, Havard University Press.
Citado por Chinchilla Moreno, A.⁽²³⁾
- (25) Selvini, M. (1988). *The anoretic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy,* Fam. Proc.. 27 (2) 129-148.
Citado por Chinchilla Moreno, A.⁽²³⁾
- (26) Baravalle, G. Jorge, Carlos H. Vaccarezza Laura, E. (1993). *Anorexia. Teoría y Clinica psicoanalítica.* Ed. Paidós. Barcelona.

- (27) Mingote Adan, J.C. Mati Felipo, F. Perez Díaz, P. Denia Ruiz, F. Lara, J. (1989). *Psicoterapia Psicoanalítica Grupal de pacientes psicósomáticos*. Anales de Psiquiatría. Suplemento I. Comunicación presentada al X Congreso Mundial del Colegio Internacional de Medicina Psico-somática.
- (28) Balint, M. (1993). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*". Título original. The basic fault. Therapeutic Aspects of Regression, publicado por Tavistock Publications. Londres y N.York. (Traducción de Alberto Luis Bixio). Ediciones Paidós. Barcelona.
- (29) Avila, A; Gutiérrez Sanchez, G. *La psicoterapia psicoanalítica. Elementos conceptuales y modelos de sus procesos*. Boletín de Psicología. 1995. (46):11-35.
- (30) Lacan, J; (1983). *El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis. 1954-55*. Editorial Paidós Barcelona.
- (31) Morandé, G. Bayo, C. Carrera, M. Rodríguez Canto, F. *Anorexia Nerviosa en adolescentes. Una aproximación clínica y terapéutica*. Psicopatología. Madrid. 1991. Vol II (79-82).
- (32) Anónimo. (1996). *Delgadina*. Romancero. 329-331. Ed. Paloma Díaz-Más. Dirección: Francisco Rico. Biblioteca Clásica. Ed. Crítica. Barcelona.
- (33) Michelena, M: 1998. Comunicación personal.
- (34) Herreros García, M.L. y Morales Zaragoza, M.L.(1973). *Lo femenino y la vida instintiva*. Ed. Planeta. Barcelona.
- (35) Thorwald Dethlefsen y Rüdiger Dahlke. (1996). *La enfermedad como camino*. Ed Plaza y Janés. Barcelona.
- (36) Morandé Lavín, G. (1997). *Un peligro llamado anorexia*. Ed. Temas de Hoy.
- (37) Morandé, G. Casa, J. *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia Nerviosa, Bulimia y casos afines*. Rev. Pediatría Integral. 1996. 2 (3) 243-260.
- (38) Burness E. Moore, M.D. y Bernard D. Fine, M.D. (1997). *Términos y conceptos psicoanalíticos*. Trad. Cecilio Paniagua. Biblioteca Nueva, Madrid.
- (39) Kestemberg, E.; Kestemberg, J. Y Decobert, S. (1972). *La faim et le corps*, París. PUF.
(Citado por Caparrós, N y Sanfeliú, I.⁽²⁰⁾)
- (40) Kestemberg, J. (1975). *Children and parents: Psychoanalytic studies in development*, N.York, Aronson
(Citado por Caparrós, N y Sanfeliú, I.⁽²⁰⁾)

- (41) Fernández Núñez, J. M.; Sendín González, C, Paulino Herrera, A y Lozano Izquierdo, C. "Doctor, el niño no me come" , como demanda de consulta. Atención Primaria 1997. 20 (10). Dic. 58-62.
- (42) Jeammet, J. Conferencia: *La toma a cargo psicoanalítico en los TCA*. Jornadas sobre trastornos de la conducta alimentaria. Madrid 1997. 1er Congreso de AETCA, 10-12 Septiembre.
- (43) Freud, Sigmund; (1986). (Traducción del alemán). Ed. Biblioteca Nueva. Tomo VI. Madrid.
 -(1914). *Introducción al Narcisismo*.
 -(1915). *Duelo y Melancolía*
- (44) American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson. Barcelona.
- (45) Parker-G; Roussos-J; Eysers-K; Wilhelm-K; Mitchell-P; Hadzi-Pavlovic-D. *How distinct is 'distinct quality' of mood?*. Psychol- Med. 1997. 27 (2): 445-53.
- (46) Pueyo, A. (1997) *Manual de Psicología Diferencial*. Ed. Isabel Capella. Madrid.
- (47) Laplanche, J. Pontalis, J-B. (1983). *Diccionario de Psicoanálisis*. Ed. Labor . Barcelona-Madrid.
- (48) Bleichmar, H. (1983). *El narcisismo. Estudio sobre la enunciación y gramática del inconsciente*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.
- (49) Morales Domínguez, José F. (1994). *Metodología de la Psicología*. UNED.
- (50) Soane, J y colaboradores. (1994). *Psicología Matemática I*. UNED.
- (51) Redero San Román, J.M . *¿Delirios en las Neurosis?*. Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría. En-Marzo . 1997. 17 (61): 63-74.
- (52) Hammer, Emanuel F. (1992). *Test proyectivos gráficos*. Título original: *The clinical application of projective drawings*, publicado por Charles C. Thomas, Publisher, Illinois. (Traducción de Alberto Brodesky). Ediciones Paidós-Barcelona.
- (53) John E. Exner. Jr Sendín C. (1995). *Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprensivo*. Título original: *The Rorschach: A Comprehensive System*. Vol. 2. Cáp 14 y 15. (Traducción: Manuel Esbert Ramírez). Editorial Psimática. Madrid.
- (54) Millon, Theodore; (1992). *Inventario multiaxial clínico-I. Manual para el MCMI-II*. (Versión española: Avila Espada Alejandro y Jiménez Gómez, Fernando). Universidad de Salamanca.
- (55) Avila Espada, A. Herrero Sánchez, J. *La personalidad y sus trastornos: Aproximación a la obra de Theodore Millon*. Clínica y Salud. 1995. 8 (2): 131-159.

⁽⁵⁶⁾ Ferro, P; Cocciante-Q. *Il Rorschach nell'anoressia mentale. Studio di 10 casi.* Inglés: *Rorschach test in mental anorexia: a study of 10 patients.* Rev Psichiaria - dell'infanzia- e-dell'adolescenza. 1993. 60 (4-5): 327-336.

⁽⁵⁷⁾ Bruch, H. (1973). *Eating disorders*, N. York, Basic Books.
(1978), *The golden cage, The enigma of Anorexia nervosa*, Havard Univ. Press, Cambridge Mass.
(1988), *Conversations with Anorexics*, N York, Basic Books.
(Citado por Caparrós, N y Sanfeliú, I.⁽²⁰⁾)

⁽⁵⁸⁾ Lasègue, CH. 1873: *De la anorexia histérica.* Traducción castellana en Revista de la Asociación Española de Neuropsi. 1981. Núm 1, mayo-agosto, páginas 101-110.
(Citado por Caparrós, N y Sanfeliú, I.⁽²⁰⁾)

⁽⁵⁹⁾ Gull, W. (1874). *Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica.* Trans. Clin. Soc., 7, págs. 22-28.
(Citado por Caparrós, N y Sanfeliú, I.⁽²⁰⁾)

⁽⁶⁰⁾ Freud, S (1986). *Obras Completas.* Biblioteca Nueva. Madrid. 1972

⁽⁶¹⁾ Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective.* N. York, Brunner Mazel.
(Citado por Chinchilla Moreno, A.⁽²³⁾)

⁽⁶²⁾ Favaro, A. Santonastaso, P. *Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates.* Acta Psychiatr Scand. Munksgaard 1997; 95: 508-514 .

⁽⁶³⁾ Abraham, K. (1907-1925). *Oeuvres complètes.* Tomo I y II. París, Payot. 1965.
(Citado por Caparrós, N y Sanfeliú, I.⁽²⁰⁾)

⁽⁶⁴⁾ Klein, M. (1928). *Early stages on the Oedipus conflict*, en "Love, guilt and reparation and other works". Londres. Hogarth Press. 1975. Cap. 7. Págs. 136-69. (Obras Completas. Vol 2).

⁽⁶⁵⁾ Steiger-H, Jabalpurwala-S; Champagne-J; Stotland-S. (1997). *A controlled study of trait narcissism in anorexia and bulimia nervosa.* Int-J-Eat-Disord. 1997. 22 (2):173-8

⁽⁶⁶⁾ Tordjman-S; Zittoun-C; Ferrari-P; Flament-M; Jeammet-P. *A comparative study of defense styles of bulimic, anorexic and normal females.* Isr-J-Psychiatry-Relat-Sci; 1997. 34 (3):222-7.

⁽⁶⁷⁾ Thiel-A; Jacobi-C; Hortsmann-S; Paul-T; Nutzinger-DO; Schussler-G. *A german version of the Eating Disorder Inventory EDI-2.* Psychother-Psychosom-Med- P. 1997. 47 (9-10). 365-76.

- ⁽⁶⁸⁾ Tiller-JM; Sloane-G; Schmidt-U; Troop-N; Power-M; Treasure-JL. *Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Int-J-Eat-Disord. 1997. 21 (1):31-8
- ⁽⁶⁹⁾Blanz-BJ; Detzner-U; Lay-B; Rose-F; Schmidt-MH. *The intellectual functioning of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Eur-Child-Adolesc-Psychiatry. 1997. 6 (3): 129-35.
- ⁽⁷⁰⁾López-Ibor Aliño, Juan J. Y Cervera Enguix, Salvador.. *La entidad nosológica de la bulimia nerviosa*. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 1991. 19, 6 (304-325).
- ⁽⁷¹⁾ Thiel-A. *Are psychotropic drugs necessary for the treatment of anorexia and bulimia nervosa?*. Psychoter-Psychosom-Med-Psychol. 1997. 47 (9-19):332-45.
- ⁽⁷²⁾ Pollice-C ; Kaye-WH; Greeno-CG; Weltzin-TE. *Relationship of depression, anxiety, and obsessiveness to state of illness in anorexia nervosa*. Int-J-Eat-Disord. 1997. 21 (4):367-76.
- ⁽⁷³⁾ Smith-Gj; Amner-G; Jhonsson-P; Franck-A. *Alexithymia in patients with eating disorders: an investigation using a new projective technique*. Percept-Mot-Skills. 1997. 85 (1): 247-256.
- ⁽⁷⁴⁾Sifneos. P.E. *The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients*. Psychotherapy and Psychosomatics. 1973. 22,255-262
Citado por Smith-Gj; Amner-G; Jhonsson-P; Franck-A.⁽⁷³⁾
- ⁽⁷⁵⁾Lanzi-G; Rossi-G; Balottin-U; Brisone-G; Citterio-A; Leonardi-G; Martelli-T; Scelsa-B; Tebaldi-C; Zambrino-CA. *Eating behavior disorders. Epidemiologic study of 434 adolescents*. Ti Original: Disturbi del comportamento alimentare. Studio epidemiologico di 434 adolescents. Minerva-Pediatr. 1997. 29 (6): 249-60.
- ⁽⁷⁶⁾Wiederman, MW; Pryor, TL. *MCMI-II personality scale scores among women with anorexia nervosa or bulimia nervosa*. J-Pers-Assess. 1997. 69 (3): 508-16
- ⁽⁷⁷⁾Haley, J. *Los síntomas y las relaciones humanas.*, en *Estrategias en psicoterapia*. Ed. Toray. 1996, pág 1-23.
Citado por Chinchilla Moreno, A. ⁽²³⁾
- ⁽⁷⁸⁾Denda-K; Kitagawa-N, Shimanaka-S. *Estudio clínico de AN severa: terapia de hiper-alimentación intravenosa*. Seishin-Shinkeigaku-Zasshi. 1997. 99 (4): 198-214. Japón.
- ⁽⁷⁹⁾ Spurrell-EB; Wilfley-DE; Tanofsky-MB; Brownell-KD. *Age on onset for binge eating: are there different pathways to binge eating?* Int-J-Eat-Disord. 1997. 21 (1): 55-65

TESIS DOCTORAL

Isabel Cabetas Hernández.

FE DE ERRATAS.

A introducir en la publicación de mi trabajo si es posible cambiando la expresión equivocada en la página 51 de manera directa. Y en caso de que no lo fuera haciendo fácil al lector advertir la errata con toda seguridad, por la precisión conceptual que ello supone.

Pág. 51. Ultimo Párrafo. Línea 5.

En vez de:

“los rasgos son modificables por so ser estructurantes.”

Es correcto decir:

“los rasgos son modificables en cuanto a paliables”.