

01981
2 ej 5

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ANOREXIA NERVIOSA: UNA
INVESTIGACION PSICODINAMICA**

. T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
NOHEMI IRENE REYES PARTIDA

CIUDAD UNIVERSITARIA

1986

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

NOMBRE DEL ALUMNO: NOHEMI IRENE REYES PARTIDA

TITULO DE LA TESIS: ANOREXIA NERVIOSA: Una Investigación Psicodinámica

RESUMEN

La investigación está basada en el estudio de un caso clínico sobre anorexia nerviosa y en la compilación de datos en la literatura con respecto al tema. La hipótesis de trabajo presupone que la anorexia nerviosa se presenta en personas que no han desarrollado (o no han completado el desarrollo) del proceso de separación-individuación y que sostienen con frecuencia relaciones de doble vínculo con la persona hacia quien dirigen su dependencia.

A través de las sesiones de Psicoterapia y el material reportado en ellas se obtuvo la perspectiva de caso clínico. La técnica de Análisis de Contenido fue la que se utilizó como recurso metodológico para la prueba de hipótesis. El Análisis de Contenido es una técnica de investigación documental que consiste en el análisis objetivo y sistemático del contenido manifiesto de la comunicación, indicando lo no manifiesto. Su procedimiento consiste en, dado un material comunicativo establecer: a) de acuerdo a los objetivos con que se realiza y las características del material la fragmentación en unidades de análisis que sean semejantes entre sí; b) de acuerdo con la hipótesis, el objetivo o el problema establecer las categorías de análisis y, c) integrar sintéticamente los resultados obtenidos por el procedimiento anterior, probando (o no) la hipótesis y/o demostrando en qué medida se ha cumplido el propósito del contenido o se ha esclarecido el problema.

Al correlacionar el material clínico y efectuar el análisis de contenido, se constató que todas y cada una de las categorías de análisis se registraron en las distintas unidades de análisis, sosteniendo así nuestra hipótesis. La actuación en función de los otros, así como la incapacidad para actuar por sí mismo, la falta de diferenciación del yo con el otro y la dependencia de las decisiones de los demás presuponen por mas negativas para asumir la propia identidad, lo que habla de una falla en el concepto de sí mismo, falta de autonomía e identidad.

La reconstrucción del desarrollo inicial de esta paciente y el material de las sesiones de psicoterapia señalan como descubrimientos más importantes en primer lugar, las limitaciones que tiene para expresar las iniciativas básicas y sus deseos, y en segundo lugar, el exceso de dependencia durante la fase de práctica, dentro de la evolución del proceso de separación-individuación. En este caso de anorexia, el deseo de mantenerse delgada y la inanición representan una supuesta expresión de: fuerza, de distinción, control e independencia y una defensa contra el sentimiento de impotencia e inseguridad.

De los resultados de la investigación se concluye que en este caso estudiado no fue posible la resolución de la fase de práctica impidiendo el paso a la siguiente fase de reencamamiento para cursar y resolver algunos aspectos comunes a esta etapa como son la indecisión, la expresión de agresión, las peleas con la madre, porque en la relación temprana madre-hija no se manifestó la crisis de relación quedándose fijada en la segunda etapa de la subfase de práctica y consecuentemente se produjo la falla en el logro de la separación-individuación. Finalmente se demuestra la hipótesis de tra bajo y se concluye que en el caso de anorexia existe una falla en el proceso de separación-individuación y se da una serie de manifestaciones de doble vínculo entre madre-hija.

NOMBRE DEL ALUMNO: NOHEMI IRENE REYES PARTIDA

TITULO DE LA TESIS: ANOREXIA NERVOSA: A psychodynamic research.

ABSTRACT

The research is based in the study of a clinical case of anorexia nervosa, and the compilation of information from reference literature. The hypothesis of the investigation states that anorexia nervosa presents itself in persons who have not developed (or haven't developed fully) the separation individuation process and it also states that those persons frequently sustain double-bind relationships with the person towards whom they direct their dependency.

Through psychotherapy sessions, and the material comiled in them, a perspective of the clinical case was obtained. The technique used as a methodological resource for proving the hypothesis, was the technique of "Content Analysis". Content Analysis is a technique for documental investigation that consists in an objective and systematic analysis of the manifest contents of communication, indicatig that which is not manifest. The procedure consists in establishing, given a communicative material; a) according to the objectives of the investigation, and the characteristics of the material, a fragmentation in analysis units that are similar between themselves, b) according to the hypothesis, the objective or the problem, to establish categories for analysis, and, c) to systematically integrate the obtained results with the former procedure, thus proving (or disproving) the hypothesis and or demostrating to what extent has the purpose of content been accomplished, of the problem cleared.

When correlating the clinical material and carrying out the content analysis, it was clear that each and every one of the analytic categories were registered in the different analysis units, thus sustaining our hypotesis. Acting always according to the wishes of others, and incapacity of acting by herself, a lack of differentiation of the ego from others, and a dependency on other peoples decisions, imply negative ways of assuming her own identity, that meaning a failure in self-concept, and a lack of autonomy and identity.

The reconstruction of the initial development of this patient, and the material of the psychotherapy sessions mark as the most important discoveries, in the first place: the limitations she has for expressing basic initiatives and desires, and, in the second place, during the practice stage, the excessive dependency, in the separation-individuation process. In this case of anorexia nervosa, the desire to stay thin, and the consequent starvation represent a supposed expression of: force, decision, control and independence, and a defense against feelings of insecurity and impotence.

From the results of the investigation it can be concluded that in this studied case a solution of the practic phase was not possible, thus hindering the next phase of nearingness to follow through and resolve some common aspects at this point, such as indecision, transitional phenomena, quarrels with the mother, and the expression of aggressivity, because in the early mother-daughter relationship, the crisis of the relationship did not occur manifestly, thus leaving it fixed in the second sub-stage of practice and, consequently, there was a failure in the achievement of the separation-individuation. Finally, the hypotesis is demostrated and it is concluded that in the case of anorexia there exists a failure in the separation-individuation process and it is demonstrated in a series of manifestations of double-bind between mother and daughter.

I N D I C E

	PÁG.
INTRODUCCION.....	2
ANTECEDENTES.....	10
Definición y historia.....	10
Figura clínica.....	14
Diagnóstico.....	16
Epidemiología y predominio.....	18
Conceptualización Psicodinámica..	22
Pruebas Psicológicas.....	30
Tratamiento.....	36
METODOLOGIA.....	42
Planteamiento del problema.....	42
Formulación de hipótesis.....	43
Definición de términos.....	43
La muestra.....	47
Instrumentos.....	55
Procedimiento.....	61
APLICACION DEL ANALISIS DE CONTENIDO Y MANEJO DE LOS RESULTADOS.....	65
SUMARIO Y CONCLUSIONES.....	82
GLOSARIO.....	93
BIBLIOGRAFIA.....	96
APÉNDICE: MATERIAL DE LAS SESIONES....	107

INTRODUCCION

EL TRATAMIENTO PSICOTERAPEÚTICO HA ESTADO GRANDEMENTE INFLUENCIADO POR LAS CONCEPCIONES TEÓRICAS ACERCA DE LA NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD MENTAL; LA PSICOLOGÍA, ESPECIALMENTE LA PSICOTERAPIA, HA ENFATIZADO LA IMPORTANCIA DE LAS TEORÍAS PARA EXPLICAR EL SÍNDROME DE LAS ENFERMEDADES MENTALES. ASÍMISMO, EL USO DE LOS MÉTODOS DE TRATAMIENTO PSICOTERAPEÚTICO HAN DEMOSTRADO QUE LAS EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS TEMPRANAS, EN INTERACCIÓN CON EL EQUIPO BIOLÓGICO, JUEGAN UN PAPEL EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD Y TAMBIÉN EN LOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL.

SIGUIENDO ESTA PERSPECTIVA, ESTAMOS DE ACUERDO CON BRUCH (1932), QUIEN SEÑALA QUE SI LAS EXPERIENCIAS TEMPRANAS SON INADECUADAS Y DAÑINAS, EL PROGRESO NORMAL DEL DESARROLLO SE VERÁ INTERFERIDO Ó DISTORSIONADO, Y LAS CAPACIDADES SERÁN LIMITADAS Ó PALPABLEMENTE ANORMALES. YO PARTO DEL SUPUESTO DE QUE UN TRASTORNO EN EL DESARROLLO PUEDE OCASIONAR UNA FALLA EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN FACILITADO POR UN VÍNCULO PATOLÓGICO Y PRIMARIO CON LA MADRE, EN DONDE LA LÓGICA DE LA RELACIÓN HA ESTADO (Y/O CONTINÚA) TRASTOCADA. EN LA PRÁCTICA CLÍNICA CON PACIENTES, ESTE TRASTORNO PUEDE SER OBSERVADO Y --ANALIZADO CON UNA PRESENTACIÓN FRECUENTE EN LOS ANORÉXICOS. ÉSTE SUPUESTO SE CONCRETA TANTO EN LA PRÁCTICA HOSPITALARIA, COMO EN LA EXPERIENCIA PARTICULAR.

EN ESPECIAL, LA PRÁCTICA HOSPITALARIA COMO PSICÓLOGA CLÍNICA CON ANORÉXICAS RESULTA DRÁMATICA Y DIFÍCIL PORQUE REPRESENTA UN RETO PARA EL EQUIPO QUE TRABAJA CON ELLOS POR: LA RESISTENCIA DEL SÍNTOMA Y LA MODALIDAD CON QUE SE EXPRESA SU CUADRO. TODO ELLO REVISTE UN INTERÉS PRIMORDIAL PARA EL ESPECIALISTA, TANTO POR SU SINTOMATOLOGÍA, Y SU CUADRO PSICODINÁMICO, COMO POR EL ABORDAJE PSICOTERAPEÚTICO QUE SE TIENE QUE IMPLEMENTAR.

EVIDENTEMENTE, UNA DE MIS MOTIVACIONES PARA EL EJERCICIO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA ES, PRECISAMENTE, LA INVESTIGACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSÍQUICOS, Y DENTRO DE ESTOS, LA ANOREXIA. CON ESTA IDEA EN MENTE, ME PROPONGO REALIZAR UNA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA ACERCA DE LA ANOREXIA Y EFECTUAR UN ESTUDIO SISTEMÁTICO DEL CASO DE UNA ADOLESCENTE QUE PRESENTA ANOREXIA NERVIOSA PRIMARIA.

COMO SABEMOS, ES AMPLIAMENTE CONOCIDO EL HECHO DE QUE ESTUDIOS DE CASOS CLÍNICOS EN GENERAL EN PSICOTERAPIA, HAN TENIDO ALCANCES INDISCUTIBLES, ASÍ LO DEMUESTRAN LOS CASOS PRESENTADOS POR S. FREUD (1905, 1909, 1911, 1918). PRECISAMENTE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA RECIBIÓ DE CASOS INDIVIDUALES SU PODER EXPLICATIVO TANTO PARA EL DESARROLLO NORMAL COMO PARA LA PSICOLOGÍA.

TAMBIÉN, AUTORES COMO BELLAK Y SMITH (1956), AFIRMAN QUE LA SITUACIÓN ANALÍTICA SE PARECE A UN EXPERIMENTO CIENTÍFICO EN QUE SE INTENTA TRATAR LA CONDUCTA DEL PACIENTE COMO VARIABLE INDEPENDIENTE, ES DECIR, COMO UN VALOR, EXCEPTO EN AQUELLOS CASOS EN QUE ES MANEJADA CON UNA FORMA CONTROLADA (COMO SON LAS INTERPRETACIONES Y OTRAS ACCIONES DEL ANALISTA).

EL NÚMERO APROPIADO PARA LA MUESTRA, SEGÚN WALLERSTEIN Y SAMPON (1971) DEPENDE DEL PROPÓSITO DEL ESTUDIO, ASÍ COMO LAS CONDICIONES Y CIRCUNSTANCIAS. SEGÚN ESTOS AUTORES EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EMPEZAMOS CON $n=1$ POR LO MENOS POR DOS RAZONES: LA PRIMERA ES QUE QUIEREN TENER LA SEGURIDAD RAZONABLE DE QUE NO ESTÁN SOBRESIMPLIFICANDO EL MUNDO AL IDENTIFICAR RELACIONES SOBRESALIENTES E INVARIABLES. PREFIEREN BUSCAR ESTAS RELACIONES EN CASOS INDIVIDUALES, ESTUDIADOS INTENSIVAMENTE, PORQUE PROVEEN DE UN ANCLAJE EN LA COMPLEJIDAD DE LA REALIDAD.

PARA EL ESTUDIO DE ESTE CASO EN PARTICULAR, PARTO DE LOS SUPUESTOS TEÓRICOS REFERIDOS POR LOS SIGUIENTES AUTORES, CON LOS CUALES COMPARTO ADEMÁS, EL PUNTO DE VISTA EN CUANTO A LOS MECANISMOS PSICOLÓGICOS QUE FAVORECEN EL DESARROLLO DE LA ANO-

REXIA NERVIOSA.

DURANTE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS LA ANOREXIA NERVIOSA HA TRATADO DE SER EXPLICADA POR DIFERENTES CLINICOS; CURIOSAMENTE TAMBIÉN SE HA INCREMENTADO LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTA. SOBRE TODO SU FORMA PRIMARIA ES LA QUE VA EN AUMENTO, AFECTANDO PRINCIPALMENTE A MUCHACHAS ADOLESCENTES Y MUJERES JÓVENES PROVENIENTES DE HOGARES EDUCADOS Y PRÓSPEROS. AUTORES COMO SWIFT Y STERN (1982), MASTERSON (1977), Y BRUCH (1982) SEÑALAN COMO UN PROBLEMA BÁSICO EN LA ANOREXIA UN TRASTORNO EN EL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD Y LA PERSONALIDAD. ESTE DESCUBRIMIENTO HIZO APARENTE LA NECESIDAD DE DESARROLLAR NUEVOS MÉTODOS DE TRATAMIENTO PSICOTERAPEÚTICO, DEBIDO A LA COMPLEJIDAD DE ESTA PATOLOGÍA. PARA BRUCH EL PROBLEMA PSICOLÓGICO ESTARÍA RELACIONADO CON LAS LIMITACIONES SUBYACENTES EN EL SENTIDO DE LA IDENTIDAD Y LA AUTONOMÍA (1983).

COMO PARTE DE LOS AVANCES EN EL CONOCIMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD, SWIFT Y STERN (1983), HAN PLANTEADO UNA CLASIFICACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICODINÁMICO DE LA ANOREXIA Y LA DIVIDEN EN TRES SUBTIPOS: 1) EL BORDERLINE, 2) EL DESESTRUCTURADO, VACÍO Y 3) AQUEL QUE TIENE UNA CONFUSIÓN EN LA IDENTIDAD. LOS TRES SUBTIPOS DE CATEGORÍAS NO SON DISTINTOS, SINO PUNTOS EN LA CONTINUIDAD DINÁMICA QUE ESTÁN EN RELACIÓN CON LA CAPACIDAD DE SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN DEL PACIENTE. ESTA POSTURA ES COMPARTIDA IGUALMENTE POR MAHLER (1962), CUYA PERSPECTIVA TRATARÉ MÁS ADELANTE.

PERO EN RELACIÓN CON ESTE CRITERIO DE DIFICULTAD EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN, EN OTRO TRABAJO, BRUCH (1973) EXPLICA QUE LOS ANORÉXICOS ESTÁN RETRASADOS EN SU PROCESO DE SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN, AUNADO A LIMITACIONES IMPORTANTES EN EL YO, COMO RESULTADO DE LAS INTERACCIONES MADRE-HIJO CRÓNICAMENTE PERTURBADAS. SU FORMULACIÓN DE LA DINÁMICA SUBYACENTE DE LA ANOREXIA INCLUYE TRES FACETAS IMPORTANTES: 1) FALTA EN EL DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA EN RELACIÓN A LA FIGURA DE LOS PADRES, ESPECIALMENTE DE LA MADRE, DEBIDO A LA INTERACCIÓN Y

CONTROL EXCESIVOS, 2) ELABORACIÓN DE UN FALSO "SELF" SOBRESOCIALIZADO" Y EXAGERADAMENTE COMPLACIENTE, PERO DEFICIENTE EN CUANTO A SU PENSAMIENTO INDIVIDUAL, SENTIMIENTO Y SENSACIONES CORPORALES, Y 3) UNA VULNERABILIDAD IMPORTANTE DEL YO, LATENTE DURANTE LA NIÑEZ, PERO QUE SE ACTUALIZA EN LA ADOLESCENCIA DEBIDO A LOS MÚLTIPLES DEMANDAS NUEVAS EN ESTE PERIODO Y ESPECIALMENTE, LA INDEPENDENCIA Y SEGURIDAD REQUERIDAS PARA UN ADOLESCENTE.

OTRO TEÓRICO RECIENTE QUE HA AMPLIADO LAS NOCIONES DE -- BRUCH SOBRE LA TEMPRANA RELACIÓN DISTORSIONADA MADRE-HIJO, ES MASTERSON (1977), QUIEN HA DIRIGIDO EL PROBLEMA DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN FORMA DE UN FENÓMENO "BORDERLINE", ES DECIR, UNA TEMPRANA FALLA EN EL YO COMO RESULTADO DE LAS INTERACCIONES PADRES-HIJO CRÓNICAMENTE ALTERADAS CON INCAPACIDAD PARA QUE EL HIJO LOGRE LA SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN. ENFATIZA QUE LA MADRE ABANDONA EMOCIONALMENTE AL HIJO SI ESTE MUESTRA SIGNOS DE INDEPENDENCIA Y CONTRARIAMENTE LO RECOMPENSA, POR UN COMPORTAMIENTO INÚTIL, DEPENDIENTE E INFANTIL. DEBIDO A LA FALLA CONTINUA DE UNA SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN ADECUADA, EL AFECTO ES DIRIGIDO AL OBJETO Y NO AL SELF. ASÍ EL ANORÉXICO EVITA LA LUCHA -- POR MIEDO DE PERDER AL OBJETO. DESDE ESTE ÁNGULO EL SÍNTOMA DE LA ANOREXIA REPRESENTA LA NECESIDAD DE PERMANECER PEQUEÑOS.

PALAZOLLI, (1971) SWIFT Y STERN (1983) ESTAN DE ACUERDO CON LOS ANTERIORES AUTORES ACERCA DE LA FALLA EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN DE LOS ANORÉXICOS POR EFECTO DE LAS INTERACCIONES PADRE-HIJO DAÑADAS, Y COMO ÉSTO CONSTITUYE EL -- PRINCIPAL PROBLEMA DINÁMICO DE LA MAYORÍA DE LOS ANORÉXICOS -- HOSPITALIZADOS.

Á PARTIR DE ESTOS DESARROLLOS TEÓRICOS Y HABIENDONOS PERCATADO QUE EL FENÓMENO DE LA ANOREXIA NO SE DISTRIBUYE DE MANERA ABUNDANTE EN LA PRÁCTICA Y QUE LA ALTERNATIVA DE OBSERVAR ESTOS CUADROS Y MÁS AÚN, DE ESTUDIARLOS EN PROFUNDIDAD, ES ESCASÍSIMA POR SU Poca FRECUENCIA EN MÉXICO; EL PRESENTE REPORTE PRETENDE SER ÚTIL COMO PARTE DE UNA SERIE DE CASOS SIMILA-

RES ESTUDIADOS Y PUBLICADOS QUE A LA LARGA PERMITIRÍAN LA - COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS PLANTEADAS EN RELACIÓN CON CASOS INDIVIDUALES.

ESTE OBJETIVO PRETENDEMOS LOGRARLO A TRAVÉS DE LA PRESENTACIÓN DE UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA PRIMARIA EN UNA ADOLESCENTE DE 15 AÑOS, LA EXPOSICIÓN DE LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA Y SU SUBSECUENTE ANÁLISIS DE CONTENIDO.

LA HIPÓTESIS DE TRABAJO PRESUPONE QUE LA ANOREXIA NERVIOSA SE PRESENTA EN PERSONAS QUE NO HAN DESARROLLADO (O NO HAN COMPLETADO EL DESARROLLO) DEL PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN Y QUE SOSTIENEN CON FRECUENCIA RELACIONES DE DOBLE VÍNCULO CON LA PERSONA HACÍA QUIEN DIRIGEN SU DEPENDENCIA.

PARA TALES EFECTOS PROCEDEREMOS PRIMERAMENTE A LA DEFINICIÓN DE TÉRMINOS QUE MANEJAREMOS EN ESTE TRABAJO.

LA LITERATURA REPORTA A LA ANOREXIA NERVIOSA COMO UN SÍNDROME QUE SE CARACTERIZA POR UN RECHAZO A LA COMIDA, DETERMINADO PSICOLÓGICAMENTE. ESTE SE ENCUENTRA ASOCIADO CON UNA VARIEDAD DE DESORDENES QUE OCURREN PRINCIPALMENTE EN MUJERES JÓVENES ENTRE LOS 12 Y 25 AÑOS.

EL CONCEPTO AL QUE SE HARÁ REFERENCIA SERÁ EL DESCRITO POR EL MANUAL DE DIAGNÓSTICO DE LOS DESÓRDENES MENTALES (DSM III) DESARROLLADO EN 1980 Y QUE INCLUYE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:

- 1.- CONDUCTA DIRIGIDA HACIA LA PÉRDIDA DE PESO
- 2.- PATRONES PECULIARES EN EL MANEJO DE LA COMIDA
- 3.- PÉRDIDA DE PESO ORIGINAL EN MÁS DE UN 25%
- 4.- MIEDO INTENSO A SER OBESO
- 5.- DISTURBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL
- 6.- AMENORREA EN LAS MUJERES

MAHLER (1962) ENTIENDE POR PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN. AL PROCESO A PARTIR DEL CUAL EL SUJETO VA ADQUIRIENDO

SU PROPIA AUTONOMÍA FRENTE A OTRO SUJETO Y DEFINIENDO SU PROPIA IDENTIDAD. ASÍ, EL LOGRO EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN, IMPLICA LA ESTRUCTURACIÓN DE UNA IDENTIDAD E INDIVIDUALIDAD DEFINIDAS, EN RELACIÓN A OTROS SUJETOS DEL ENTORNO (MADRE, FAMILIA, CON-TEXTO).

CON LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA PREVIAMENTE REGISTRADAS OBTENDRÉ LA PERSPECTIVA DE LA PACIENTE, PARA POSTERIORMENTE, -REPITO, CON EL MÉTODO DE ANÁLISIS DE CONTENIDO, DEMOSTRAR MI HIPÓTESIS DE TRABAJO.

EL ANÁLISIS DE CONTENIDO ES UNA TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL QUE CONSISTE EN EL ANÁLISIS OBJETIVO Y SISTEMÁTICO DEL CONTENIDO DE UNA COMUNICACIÓN, Y PUEDE EN ALGUNOS CASOS, PARTIENDO DEL CONTENIDO MANIFIESTO DE LA COMUNICACIÓN, INDICAR LO NO MANIFIESTO.

ES UNA TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN CUYO PROCEDIMIENTO CONSISTE EN, DADO UN MATERIAL COMUNICATIVO, ESTABLECER:

A) DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS CON QUE SE REALIZA Y CARACTERÍSTICAS DE MATERIAL, LA FRAGMENTACIÓN EN UNIDADES DE ANÁLISIS QUE SEAN SEMEJANTES ENTRE SI.

B) DE ACUERDO CON LA HIPÓTESIS, EL OBJETIVO Ó EL PROBLEMA LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS PERTINENTES.

C) LA RELACIÓN DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS CON LAS CATEGORÍAS, EXTRAYENDO INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE LO QUE SE PRETENDE OBSERVAR EN CADA UNIDAD DE ANÁLISIS.

D) LA INTEGRACIÓN SISTEMÁTICA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL PROCEDIMIENTO ANTERIOR, PROBANDO (Ó NO) LA HIPÓTESIS Y/O DEMOSTRANDO EN QUÉ MEDIDA SE HA CUMPLIDO EL PROPÓSITO DEL ANÁLISIS Ó SE HA ESCLARECIDO EL PROBLEMA.

PARA LOS EFECTOS DE LA INVESTIGACIÓN, EN CADA UNIDAD DE ANÁLISIS OBSERVARÉ LA APARICIÓN DE LAS CATEGORÍAS Y REGISTRARÉ

EL DATO, PARA LUEGO PROCEDER A INTERPRETAR EL CONJUNTO DE DATOS ASÍ OBTENIDOS DE TODO EL MATERIAL.

EN EL ORDEN DE EXPOSICIÓN DE LA TESIS ABORDARÉ LOS SIGUIENTES CAPÍTULOS: UNO DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL TEMA DE QUE NOS ESTAMOS OCUPANDO HACIENDO MENCIÓN DE LOS TRABAJOS MÁS RELEVANTES; OTROS SERÍAN DE METODOLOGÍA, EL DE INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS Y FINALMENTE EL DE SUMARIO Y CONCLUSIONES.

PARA LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL TEMA, SEGUIRE UN CURSO DESDE LOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA, LA DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, ESTUDIOS ACERCA DE SU EPIDEMIOLOGÍA Y PREDOMINIO, LOS TRABAJOS ESCRITOS HASTA LA ACTUALIDAD EN RELACIÓN A LA CONCEPTUALIZACIÓN PSICODINÁMICA Y LAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO.

EN EL CAPÍTULO DE METODOLOGÍA SE DEFINIRÁN, ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS Y SUSTANCIALES PARA LOS EFECTOS DEL TRABAJO COMO SON LOS DE ANOREXIA Y PROCESO DE SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN, PROCEDIENDO ENSEGUIDA AL PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS DE TRABAJO Y LA DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS, EL PROCEDIMIENTO Y LA METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE CONTENIDO PARA DEMOSTRAR TAL PROPÓSITO.

LA INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS SERÁ SESIÓN POR SESIÓN PARA MAYOR ILUSTRACIÓN DE LA PATOLOGÍA QUE A TRAVÉS DEL DISCURSO EXPRESA LA PACIENTE.

POR ÚLTIMO EN RESULTADOS Y CONCLUSIONES ME REFERIRÉ A LOS HALLAZGOS MÁS IMPORTANTES DEL ESTUDIO CORRELACIONANDO ESTOS - CON LA TEORÍA, LA CLÍNICA Y PSICODINAMIA OBSERVADA EN EL CASO INVESTIGADO.

PIENSO QUE EL ESTUDIO PODRÍA CONTRIBUIR AL ENTENDIMIENTO Y GÉNESIS DE LA RELACIÓN PATOLÓGICA ENTRE MADRE-HIJO, SU DESARROLLO Y DINÁMICA PARA EL ESTABLECIMIENTO TEMPRANO DE TRASTORNOS EN EL DESARROLLO Y SU EXPRESIÓN FUTURA EN SÍNTOMAS. IGUALMENTE OBSERVAR ALGUNOS FENÓMENOS COMO ES EL TRASTORNO EN LA -

IMAGEN CORPORAL Y AQUELLOS OTROS QUE INTERVIENEN PARA QUE EL PROCESO DE SEPARACIÓN DEL NIÑO CON LA MADRE NO SE PUEDA EFECTUAR Y QUE CONLLEVEN A QUE EL PRIMERO NO LOGRE UNA AUTONOMÍA PROPIA, DIFERENTE.

CON LA EXPOSICIÓN DEL MATERIAL CLÍNICO SERÁ FACTIBLE PERCIBIR EN QUÉ MEDIDA EL CONTEXTO FAMILIAR OPERA PARA NO PERMITIR QUE ALGUNOS INDIVIDUOS SE DIFERENCIEN Y SE LOGRE LA INSERCIÓN DE LA ANOREXIA EN UN MIEMBRO DE UNA FAMILIA PATOLÓGICA. -

EL EJERCICIO DEL TRATAMIENTO LLEVADO A CABO CUIDADOSAMENTE PUEDE ENRIQUECER TANTO LA TEORÍA COMO LA TÉCNICA. ES A TRAVÉS DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE SE CONTRIBUYE ULTERIORMENTE A LA TEORÍA. IGUALMENTE EN EL INICIO, COMO DURANTE EL TRATAMIENTO, SE HACEN OBSERVACIONES QUE PUEDEN SER COMPARADAS CON LAS DE OTROS INVESTIGADORES. PARA LOS FINES CIENTÍFICOS TANTO LAS DIFERENCIAS COMO LAS RELACIONES SON BENEFICIOSAS PORQUE SON APORTACIONES QUE CONTRIBUYEN A LA TÉCNICA Y REVELAN FENÓMENOS TAN INTRINCADOS COMO SON LOS PROCESOS INCONSCIENTES. LA TEORÍA Y LA TÉCNICA SOBRE LA ANOREXIA NERVIOSA HAN TENIDO AVANCES ÚLTIMAMENTE, SIN EMBARGO HAN SIDO LA OBSERVACIÓN CLÍNICA Y LA TEORÍA LAS QUE HAN PERMITIDO AFINAR LA TÉCNICA, COMO LO HA DEMOSTRADO BRUCH EN SUS MÁS RECIENTES TRABAJOS, (1973, 1982).

ANTECEDENTES

EN ESTE CAPÍTULO ME PROPONGO HACER UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA CON RESPECTO A LA ANOREXIA DESDE LA HISTORIA DEL CONCEPTO HASTA LAS ÚLTIMAS APORTACIONES EN TORNO A SU DESCRIPCIÓN, ETIOLOGÍA Y PSICODINAMIA DEL TRASTORNO.

ESTA RETROSPECCIÓN HISTÓRICA TIENE UN VALOR CIENTÍFICO; PORQUE NOS ORIENTA A TRAVÉS DE SUS VICISITUDES DE LAS TEORÍAS PARA CONFRONTAR SU VALOR PASADO CON EL ACTUAL. PARA SU EXPOSICIÓN CLARA HEMOS DIVIDIDO EN VARIOS CAPÍTULOS LAS APORTACIONES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO POR DIFERENTES AUTORES, ESTOS SUBCAPÍTULOS SERÍAN: HISTORIA DEL CONCEPTO, FIGURA CLÍNICA DE LA ANOREXIA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, EPIDEMIOLOGÍA Y -- PREDOMINIO, CONCEPTUALIZACIÓN PSICODINÁMICA DE LA ANOREXIA, -- PRUEBAS PSICOLÓGICAS Y TRATAMIENTO.

DEFINICION E HISTORIA.— ES POSIBLE QUE LOS CASOS DE ANOREXIA HAYAN APARECIDO DESDE EL TIEMPO INMEMORIAL. MORTON EN 1699 - (CITADO POR HALMI, 1920) USÓ EL TÉRMINO ATROFIA NERVIOSA PARA REFERIRSE A LA PÉRDIDA DE APETITO Y DIFICULTADES DIGESTIVAS. DESCRIBIÓ LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO; AMENORRREA, PÉRDIDA DE APETITO, CONSTIPACIÓN. EL NEURÓLOGO WITT, EN 1767 HABLÓ DE ANOREXIA NERVIOSA Y ATRIBUYÓ EL DISTURBIO A UN PROBLEMA DEL NERVIIO GÁSTRICO. (CITADO POR PALAZZOLI, 1978).

EN LA MITAD DEL SIGLO XIX LA ANOREXIA EMERGIÓ COMO UNA ENTIDAD CLÍNICA MODERNA CON UNA DEFINIDA SINTOMATOLOGÍA. EL PRIMERO EN DESCRIBIRLA FUÉ LASÉGUE EN PARÍS Y, GULL DE LONDRES EN 1873. LASÉGUE (1873) PUBLICÓ EL ARTÍCULO "LA ANOREXIA HISTÉRICA" EN EL CUAL PROPUSO QUE EL TÉRMINO ANOREXIA REEMPLAZARA AL DE INANICIÓN. DE ACUERDO CON ÉL, LA ETIOLOGÍA ERA UN PECULIAR ESTADO MENTAL Y PERVERSIÓN INTELECTUAL RESULTADO DE LOS DISTURBIOS EMOCIONALES. SUGIRIÓ QUE SE LE DISTINGUIERA DE LA HISTERIA, Y LA DENOMINÓ ANOREXIA NERVIOSA. ESTE AUTOR RECONO-

CIÓ EL INVOLUCRAMIENTO DE LA FAMILIA Y RECOMENDÓ AISLAMIENTO DEL PACIENTE CON RELACIÓN A LA FAMILIA COMO FACTOR NECESARIO PARA EL TRATAMIENTO.

UNA DÉCADA DESPUÉS HUCHARD (DECOURT, 1964) SUGIRIÓ EL NOMBRE ANOREXIA "MENTALE" QUE ES EL TÉRMINO PARA ESTE DESORDEN ACTUALMENTE UTILIZADO EN FRANCIA. MAS TARDE, SOLLIER (1891) DISTINGUIÓ ENTRE LA ANOREXIA PRIMARIA Y LA SECUNDARIA PORQUE ESTA ÚLTIMA SE ASOCIABA CON SÍNTOMAS HISTÉRICOS.

EN 1903 JANET DESCRIBIÓ LAS FORMAS HISTÉRICAS Y OBSESIVAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA. POSTERIORMENTE, FREUD EN SU CORRESPONDENCIA CON FLIESS, (1954) SOSTUVO QUE LA ANOREXIA ESTABA RELACIONADA CON LA MELANCOLÍA Y QUE SE PRESENTABA PRINCIPALMENTE EN JÓVENES MUJERES CARENTES DE UN ADECUADO DESARROLLO SEXUAL. TAMBIÉN LLEGÓ A TAL CONCLUSIÓN EN SU ESTUDIO SOBRE DORA (1905) QUIEN ERA UNA ADOLESCENTE QUE PERDIÓ EL APETITO TRAS DE SU ENCUENTRO CON HERR.

DEJERINE Y GAUCKLER (1915) DIFERENCIARON LA ANOREXIA MENTAL ASOCIADA CON ESTADOS DEPRESIVOS O PSICÓTICOS DE LA ANOREXIA MENTAL PRIMARIA. EN 1914 SIMMONDS REPORTÓ UNA GLÁNDULA PITUITARIA DESTRUIDA EN UNA MUJER QUE MURIÓ DE EXTENUACIÓN, ASÍ LA ANOREXIA NERVIOSA FUÉ ERRÓNEAMENTE DIAGNÓSTICADA EN MUCHOS CASOS DESDE 1914 HASTA HACE COMO 20 AÑOS COMO LA ENFERMEDAD DE SIMMONDS. AL FINAL DE LOS 1930 RYLE (1939) RICHARDSON (1939) PROPORCIONARON EVIDENCIA DE QUE LA ANOREXIA NERVIOSA Y LA ENFERMEDAD DE SIMMONDS ERAN ENTIDADES SEPARADAS.

EN LAS SIGUIENTES DÉCADAS VARIAS FORMULACIONES PSICOANALÍTICAS SE HICIERON SIN EMBARGO ESTAS FORMULACIONES NO CONTRIBUYERON A LA NOSOLOGÍA DE ESTE SÍNDROME. RECIENTEMENTE BLISS Y BRANCH (1960) RECOMENDARON QUE CUALQUIER PERSONA CON UNA PÉRDIDA DE PESO DE 12 KILOS DEBIDA A CUALQUIER CLASE DE CONDICIÓN PSICOLÓGICA, SE DIAGNOSTICARA COMO ENFERMA DE MALNUTRICIÓN NERVIOSA. THOMA (1963), DESCRIBIÓ LA ANOREXIA NERVIOSA COMO UN SÍNDROME PSIQUIÁTRICO DISCRETO CLARAMENTE DISTINTO DE LA ANORE

XIA O PÉRDIDA DE PESO, SECUNDARIA A ANSIEDAD FÓBICA, DEPRESIÓN SEVERA O ESQUIZOFRENIA. IGUALMENTE EN 1963 KING POSTULÓ UNA FORMA PRIMARIA DE ANOREXIA NERVIOSA Y DISTINGUIÓ LA ANOREXIA DE LA DEPRESIÓN INTENSA. YA EN 1962 ENFATIZÓ LA DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN LA VERDADERA ANOREXIA NERVIOSA.

EN CAMBIO CRISP (1967) SUGIRIÓ UNA FOBIA DEL PESO Y MIEDO AL DESARROLLO CORPORAL QUE OCURRE EN LA PUBERTAD COMO CARACTERÍSTICA DE LA FORMA PRIMARIA DE ANOREXIA NERVIOSA.

MÁS TARDE, RUSSELL (1969) PROPUSO QUE UNA MALA FUNCIÓN - HIPOTALÁMICA PODRÍA SER EL FACTOR ORIGINADOR DE LA ANOREXIA - NERVIOSA. EL PLANTEÓ UNA POSIBILIDAD DE QUE LA ACTITUD ANORMAL HACIA LA COMIDA Y LA IMAGEN CORPORAL PUEDE SER ENGENDRADA POR UN DISTURBIO DE LA FUNCIÓN NEURAL, INTERFIRIENDO SIMULTÁNEAMENTE CON MECANISMOS QUE CONTROLAN EL CONSUMO DE ALIMENTOS Y LA REGULACIÓN DE LA MENSTRUACIÓN.

EN EL SIMPOSIO SOBRE LA ANOREXIA DE GOTTINGER EN 1965 SE HICIERON DIFERENTES CONTRIBUCIONES AL PROBLEMA QUE FUERON PUBLICADAS EN UNA MONOGRAFÍA DE LA CLÍNICA DALLY DE LONDRES. EN ELLA DIVIDEN A LOS PACIENTES ANOREXICOS EN 3 CATEGORÍAS, GRUPO OBSESIVO, GRUPO HISTÉRICO Y GRUPO CON ETIOLOGÍA MIXTA. SE SUGIERE QUE LOS DOS PRIMEROS REPRESENTAN LA FORMA PRIMARIA, MIENTRAS QUE EL TERCER GRUPO REPRESENTA LA FORMA SECUNDARIA.

HISTORIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA

AUTOR	AÑO	CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ANOREXIA
MORTON	1689	Atrofia Nerviosa
WITT	1767	Disturbio del nervio gástrico
LASEGUE	1873	Anorexia Nerviosa
GULL	1874	Un Estado Mórbido Mental "Nervioso"
HUCHARD	1884	Anorexia Mentale
JANET	1903	Tipo Histérico y Obsesivo
FREUD	1905	Asociada con Melancolía
SIMMONDS	1914	Caquexia Pituitaria
RYLE, RICHARDSON	1936 - 1939	Caquexia Pituitaria se distingue de la Anorexia por su Origen Psicológico
WALLER	1940	Formulaciones Psicoanalíticas de Deseos de Impregnación Oral.
BERLIN	1951	Deseos Oral-Sádicos y Formación Reactiva en Contra de Deseos de Incorporación
BLISS Y BRANCH	1960	Malnutrición Nerviosa Criterio de una Pérdida de 12 kilos de Peso
BRUCH	1962	Distorsión de la Imagen Corporal
THOMA	1963	Anorexia Nerviosa como un Síndrome Discreto
KING	1963	Distinguió la Anorexia Nerviosa Primaria de la Depresión Profunda
CRISP	1967	Fobia al Peso y Miedo al Desarrollo Corporal en la Pubertad
RUSSELL	1969	Mal Función Hipotálamica
BRUCH	1977	Limitaciones en el Sentido de Identidad y Autonomía.

FIGURA CLINICA. EL IMPULSO INICIAL DE LA ANOREXIA NERVIOSA OCURRE ENTRE LOS 10 Y 30 AÑOS DE EDAD. AUNQUE HAY CASOS REPORTADOS DEL DESARROLLO DE ESTA ENFERMEDAD ENTRE LOS 10 AÑOS, ES POCO COMÚN ESTE HECHO ANTES DE LOS 10 Ó DESPUÉS DE LOS 30 AÑOS DE EDAD Y MUCHAS VECES LOS CASOS FUERA DE ESTE RANGO DE EDAD NO SON TÍPICOS Y SU DIAGNÓSTICO CUESTIONABLE. DESDE LOS 13 AÑOS LA FRECUENCIA SE INCREMENTA RÁPIDAMENTE, CON EL MÁXIMO DE FRECUENCIA ENTRE LOS 17 Y 18 AÑOS DE EDAD (HALMI, 1980). EL 85 POR CIENTO DE LAS PACIENTES ANOREXICAS DESARROLLAN LA ENFERMEDAD ENTRE LOS 13 Y 20 AÑOS.

CASÍ TODO EL COMPORTAMIENTO ABERRANTE HACIA LA PÉRDIDA DE PESO OCURRE EN SECRETO. LOS PACIENTES ANOREXICOS GENERALMENTE SE REHUSAN A COMER CON SUS FAMILIARES Ó EN LUGARES PÚBLICOS. PIERDEN PESO POR UNA REDUCCIÓN DRÁSTICA EN EL CONSUMO TOTAL DE ALIMENTOS, CON UNA DISMINUCIÓN DESPROPORCIONADA EN ALTOS CARBOHIDRATOS.

PARECIERA SER QUE LA TENDENCIA A SOBREESTIMAR EL CUERPO NO PUEDE SER CONSIDERADA COMO UN FACTOR CARACTERÍSTICO DE LA ANOREXIA. CASPER Y SUS INVESTIGADORES (1979) DESCUBRIERON QUE EL GRADO DE DISTURBIO DE LA IMAGEN CORPORAL SE RELACIONABA CON LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD. ADEMÁS DE ESTOS AUTORES CRISP Y KALUCY (1976) HAN PROPORCIONADO EVIDENCIA EXPERIMENTAL EN CUANTO A UNA RELACIÓN ENTRE UNA MAYOR NEGACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y UNA MAYOR DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL. NOSOTROS HEMOS OBSERVADO QUE LOS PACIENTES PUEDEN DEMOSTRAR SU PREOCUPACIÓN POR LA FIGURA DE SU CUERPO MIRANDO SEGUIDO SUS IMAGENES EN UN ESPEJO.

IGUALMENTE, UN TEMOR INTENSO A GANAR PESO Y SER OBESO ES TÁ PRESENTE EN TODOS LOS PACIENTES CON ESTA ENFERMEDAD. ESTE MIEDO INDUDABLEMENTE CONTRIBUYE A SU DESINTÉRÉS Y A SU RESISTENCIA A LA TERAPIA.

SINTOMATOLOGÍA CARACTERIZADA POR TENDENCIA A LA DEPRESIÓN (ATAQUES DE LLANTO, INSOMNIO, Y HASTA INTENTO DE SUICIDIO) PUE

DEN APARECER EN EL CUADRO ASÍ COMO UN COMPORTAMIENTO OBSESIVO COMPULSIVO Y ANSIEDAD SON LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA. TAMBIÉN QUEJAS DE TIPO SOMÁTICO, ESPECIALMENTE MALESTARES EPIGÁSTRICOS PUEDEN PRESENTARSE.

ALGUNOS AUTORES REPORTAN PROBLEMAS DENTRO DEL ÁREA PSICOSEXUAL. UNA GRAN MAYORÍA DE ADOLESCENTES ANORÉXICOS TIENEN UN DESARROLLO SEXUAL Y PSICOSOCIAL TARDÍO Y LOS ADULTOS MUCHAS VECES TIENEN UN INTERÉS EN EL SEXO MARCADAMENTE DISMINUIDO.

GENERALMENTE VAN A CONSULTA CUANDO LA PÉRDIDA DE PESO ES NOTABLE. MIENTRAS LA PÉRDIDA DE PESO SE VUELVE PROFUNDA APARECEN SEÑALES FÍSICAS COMO: LA HIPOTERMIA, EDEMA DEPENDIENTE, BRADICARDIA, HIPOTENSIÓN, PELO "LANUGO" (APARICIÓN DE CABELLO TIPO NEONATAL) Y UNA VARIEDAD DE CAMBIOS METABÓLICOS.

LA AMENORREA ES UNA CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DE LA ANOREXIA. UN ESTUDIO LLEVADO A CABO POR HALMI EN 1978 CON MUJERES ANORÉXICAS EN ETAPAS DE INANICIÓN MOSTRÓ UN PATRÓN DE SECRECIÓN DE UNA HORMONA QUE SE ASEMEEJA AL PATRÓN ENCONTRADO EN NIÑOS PRE-PUBERES O PÚBERES. ESTE PATRÓN REGRESIVO DE SECRECIÓN DE LH SE CAMBIA A UN PATRÓN DE SECRECIÓN MÁS MADURA CON LA GANANCIA DE PESO.

ALGUNOS CAMBIO METABÓLICOS DE ÉSTAS PERSONAS ESTÁN EN RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO DE LOS MISMOS PACIENTES. POR EJEMPLO ALGUNOS SE PROVOCAN EL VÓMITO O ABUSAN DE LOS PURGANTES Ó DIURETICOS Y GENERALMENTE NIEGAN ESTE COMPORTAMIENTO.

EN CUANTO A PERSONALIDAD, LOS ANORÉXICOS REGULARMENTE SON RESERVADOS, NIEGAN SUS SÍNTOMAS Y SE RESISTEN AL TRATAMIENTO. LA MAYORÍA DE LAS VECES ES NECESARIO TENER UNA CONFIRMACIÓN DE LA HISTORIA POR LOS PROPIOS FAMILIARES.

LA MANIFESTACIÓN INICIAL DEL TRASTORNO SE EXPRESA CON LOS PRIMEROS INTENTOS POR LLEVAR UNA DIETA Y SEÑALES DE PÉRDIDA DE PESO. LA HISTORIA DE LA NIÑEZ Y PRE ENFERMEDAD RESULTA RELEVANTE PORQUE SE HA ENCONTRADO QUE TIENEN UNA PERSONALIDAD PRE

MORBIDA (BRUCH, 1973, HALMI 1979).

EL EXÁMEN MENTAL SE VUELVE UN INSTRUMENTO DE VITAL TRASCENDENCIA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA ANOREXIA Y OTROS DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS COMO ESTADOS DEPRESIVOS Ó DE ANSIEDAD, NEUROSIS FÓBICA, ESQUIZOFRENIA DONDE PUEDE EXISTIR UNA PÉRDIDA DE PESO. AL INTERROGARSELES (FEIGHNER 1972, -- HALMI 1974) SE LES PUEDE ENCONTRAR CON UN ESTADO DE ALERTA - NORMAL, REFERIR CONOCIMIENTOS VASTOS SOBRE EL TEMA DE LA ALIMENTACIÓN ASÍ COMO PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA Y EL PESO. SU CURSO DEL PENSAMIENTO SUELE SER RÁPIDO Y TIENDEN A NEGAR LA MAYORÍA DE LOS SIGNOS QUE SON OBSERVADOS POR OTROS. ESTA NEGACIÓN DE LA SERIEDAD DE LA ENFERMEDAD GENERALMENTE ES EL RASGO MÁS IMPORTANTE DEL CUADRO MENTAL.

DIAGNOSTICO.- BIEN SABEMOS QUE PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO ES NECESARIO LA CONCORDANCIA GENERAL ENTRE LOS CRITERIOS EN LOS QUE SE FUNDA EL TRASTORNO EN CUESTIÓN. LOS DOS GRUPOS DE CRITERIOS MÁS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA SON LOS DE FEIGHNER Y COLABORADORES (1974) Y LA ASOCIACIÓN PSIQUIATRICA NORTEAMERICANA (DSM III, 1980).

PARA EL EFECTO DE ESTA INVESTIGACIÓN UTILIZAREMOS EL CRITERIO DESCRITO EN EL DSM III. DE ACUERDO CON ESTE DIAGNÓSTICO SÓLO DEBE HACERSE DESPUÉS DE ENCONTRAR LOS FACTORES ESENCIALES QUE SE ENLISTAN A CONTINUACIÓN:

- 1.- CONDUCTA DIRIGIDA HACIA LA PÉRDIDA DE PESO
- 2.- PATRONES PECULIARES EN EL MANEJO DE LA COMIDA
- 3.- PÉRDIDA DE PESO
- 4.- MIEDO INTENSO A SER OBESO
- 5.- DISTURBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL
- 6.- AMENORREA EN MUJERES

EN UN ARTÍCULO RECIENTE HALMI (1983) INTENTA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO EN BASE A SEÑALES VISUALES RECONOCIDAS Y DES-

CRIBE LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

- A.- DETERMINACIÓN DE LLEVAR UNA DIETA PARA LOGRAR UNA DELGADEZ EXTREMA, QUE EN LA MISMA ES UNA SEÑAL DEL DESEO DE CAMBIAR LA FORMA DEL CUERPO.
- B.- ÁMENORREA TEMPRANA.
- C.- UNA CUALIDAD IMPULSIVA PARA MANTENER LA ANOREXIA.
- D.- EVASIÓN ACTIVA DE LA SEXUALIDAD.
- E.- IMAGEN CORPORAL DISTORSIONADA.

OTRO DE LOS INVESTIGADORES QUE HA PRESENTADO UN NUEVO CRITERIO ES HILDE BRUCH (1965) AL PROPONER "INCANSABLE BÚSQUEDA DE LA DELGADEZ".

BRUCH (1962) PROPONE EL TÉRMINO DE ANOREXIA PRIMARIA Y - HACE UNA ACLARACIÓN DE QUE EL TÉRMINO "ANOREXIA" NERVIOSA ES UN TÉRMINO ERRÓNEO. LOS PACIENTES CON ESTÁ ALTERACIÓN NO SUFREN DE PÉRDIDA DE APETITO. EN CAMBIO EN LA ANOREXIA PRIMARIA LAS PACIENTES DELIBERADAMENTE, EN APARIENCIA VOLUNTARIAMENTE RESTRINGEN SU ALIMENTACIÓN Y SE EXCEDEN EN EJERCICIO EN UN ESFUERZO POR LOGRAR LA DELGADEZ MÁXIMA COMO UNA PROTECCIÓN CONTRA EL TEMIDO DESTINO DE VOLVERSE GORDAS. ELLOS TIENEN VERDADERO PÁNICO DE QUE PUEDAN PERDER CONTROL SOBRE SU ALIMENTACIÓN YA QUE SE SIENTEN INSEGUROS EN CUANTO A LA IDENTIFICACIÓN DEL HAMBRE. ESTA FALLA EN LA CONCIENCIA DEL HAMBRE PERMITE QUE LA FUNCIÓN ALIMENTICIA ESTÉ AL SERVICIO DE LA PSEUDOSOLUCIÓN DE SUS PROBLEMAS DE AJUSTE Y PERSONALIDAD. PERO LA ENFERMEDAD BÁSICA NO ES PRINCIPALMENTE UN TRASTORNO EN EL APETITO A PESAR DE LAS ALTERACIONES DRAMÁTICAS EN LA CONDUCTA ALIMENTICIA Y A PESAR DE QUE LAS CONSECUENCIAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DE LA SEVERA DESNUTRICIÓN DOMINAN EL CUADRO CLÍNICO MANIFIESTO. EL TRASTORNO PSICOLÓGICO CARACTERÍSTICO DE ACUERDO CON BRUCH -- (1977) ESTÁ RELACIONADO CON LIMITACIONES SUBYACENTES EN EL SENTIDO DEL YO, LA IDENTIDAD Y LA AUTONOMÍA.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. - Es extremadamente importante determinar que el paciente no tenga ninguna enfermedad médica que cause la pérdida de peso. Bajo raras circunstancias un paciente puede presentar anorexia nerviosa como alguna otra enfermedad que contribuya a la pérdida de peso. En tal situación el diagnóstico de la anorexia nerviosa se hace bajo el criterio - positivo para la anorexia nerviosa, y tanto la enfermedad como la anorexia nerviosa deben ser tratados.

La pérdida de peso, comportamiento alimenticio peculiar y el vómito pueden ocurrir en varios desórdenes psiquiátricos. La pérdida de peso frecuentemente ocurre en desórdenes depresivos. Estos desórdenes y la anorexia nerviosa tienen varios rasgos comunes, tales como el sentimiento de depresión, ataques de llanto, insomnio, meditaciones obsesivas y, ocasionalmente pensamiento suicidas. Hay sin embargo varios factores distintivos entre estos desórdenes. Generalmente un paciente con un desorden depresivo tiene una disminución del apetito, mientras que un anoréxico niega la existencia de un apetito anormal. - Exclusivamente en las etapas severas de la anorexia nerviosa es cuando el paciente realmente tiene una disminución del apetito. Así también, la hiperactividad vista en la anorexia - nerviosa difiere de la actividad agitada observada en los desórdenes depresivos. Mucha de la actividad del anoréxico es planeada y ritualista, con ejercicios, y programas de ciclismo aspectos que no aparecen en los depresivos.

Los trastornos somáticos no son diagnóstico frecuente en adolescentes aunque puede ser posible en el grupo de adolescentes tardíos. La pérdida de peso y vómito pueden ocurrir en trastornos psicósomáticos pero generalmente la pérdida de peso no es tan severa como la anorexia, este tipo de paciente no está preocupado por la pérdida de peso como el anoréxico.

La amenorrea rara vez es un síntoma persistente en trastornos psicósomáticos. Los esquizofrénicos usualmente no tienen decepciones por la comida, difícilmente están preocupados.

CON EL MIEDO A LA OBESIDAD O PREOCUPADOS POR LOS CONTENIDOS - CALÓRICOS, TAMPOCO PRESENTAN LA HIPERACTIVIDAD NOTADA EN UN - PACIENTE ANORÉXICO.

MIENTRAS HAY UN MAYOR ACUERDO EN EL CRITERIO DEPRESIVO - DEL SÍNDROME CLÍNICO, HAY UNA MAYOR VARIEDAD DE OPINIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PERSONALIDAD Y LOS NIVELES DE ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD DE LOS ANORÉXICOS. ALGUNOS CLÍNICOS PRESUMEN QUE LA PRESENCIA DE ANOREXIA INDICA UN DIAGNÓSTICO PARTICULAR DE PERSONALIDAD. OTROS ARGUYEN QUE EL SÍNDROME ANORÉXICO PUEDE SER MANIFESTADO EN VARIOS NIVELES DE ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD.

DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD COMO TRASTORNO ESQUIZOIDE, TRASTORNO BORDERLINE, TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD HISTÉRICA Y TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL HAN SIDO SEÑALADOS CON ANOREXIA NERVIOSA POR STROZBER (1981).

EPIDEMIOLOGIA Y PREDOMINIO.- EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS LOS ESTUDIOS CON RESPECTO A LA EDAD DE PRESENTACIÓN DE LA ANOREXIA VARIAN. POR EJEMPLO, MORGAN Y RUSSELL (1975), HALMI (1974), HAN MOSTRADO QUE LA INCIDENCIA DE ANOREXIA EN PACIENTES MAYORES - DE 25 Ó 30 AÑOS NO ES COMÚN.

FEIGHNER Y OTROS (1972) HAN INSISTIDO EN UN CRITERIO DE EDAD NO MAYOR DE 25 AÑOS PARA EL DIAGNÓSTICO.

EN UN TRABAJO RECIENTE, UNA DISTRIBUCIÓN BIMODAL DE EDAD DE INICIO FUE ENTRE LOS 14.5 Y LOS 18 AÑOS (HALMI, 1973) ES INTERESANTE NOTAR QUE ESTAS EDADES COINCIDEN CON EL TIEMPO EN QUE LOS ADOLESCENTES EMPIEZAN A TENER MAYOR INDEPENDENCIA DE SU FAMILIA.

AL ESTUDIAR LA ANOREXIA KENDELL (1973) REPORTÓ 7 CASOS - DE HOMBRES. EN EL MISMO ARTÍCULO LA INCIDENCIA DE ESTE DESOR

DEN EN EL NORDESTE DE ESCOCIA DURANTE LOS AÑOS DE 1966-1976 SE REPORTÓ COMO PORCENTAJE DE 1.6 POR 100.000.

LA MÁS ALTA INCIDENCIA ES PROBABLEMENTE EL ESTUDIO DE PREVALENCIA REALIZADO POR CRISP, PALMER Y KALUCY (1976). ELLOS REPORTAN CASOS DE ANOREXIA SEVERA EN 200 NIÑAS ENTRE LOS 14 Y 18 AÑOS DE EDAD EN UNA ESCUELA INGLESA DE INTERNAS.

EN OTRO TRABAJO HALMI (1974) DESCRIBE EL INICIO DE LA ANOREXIA USUALMENTE ENTRE LOS 15 AÑOS EN UN 85% DE TODAS LAS 94 PACIENTES ESTUDIADAS QUE DESARROLLARON ANOREXIA CUYA EDAD FLUJ TUABA ENTRE LOS 13 Y 20 AÑOS.

AL ESTUDIAR 24 CASOS DE ANOREXIA KENDALL (1973) REPORTÓ 7 HOMBRES (PROPORCIÓN INCREÍBLEMENTE ALTA) Y 16 MUJERES, 7 DE LAS CUALES ERAN MENORES DE 15 AÑOS, Y 3 MAYORES DE 34. OTROS ESTUDIOS HAN MOSTRADO QUE LA ANOREXIA OCURRE MÁS FRECUENTEMENTE ENTRE LOS 15 Y 25 AÑOS DE EDAD.

LOS REPORTES EN TORNO A LA INCIDENCIA DE LA ANOREXIA SEÑALAN QUE EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, ESTA SE HA INCREMENTADO. ASÍ LO DEMUESTRAN ESTA SERIE DE TRABAJOS PUBLICADOS.

THEANDER (1970) CALCULÓ LA INCIDENCIA DE ANOREXIA EN UNA REGIÓN DEL SUR DE SUECIA SOBRE UN PERIODO DE 30 AÑOS DE 1930 A 1960 COMO DE 0.24 POR 100.000 HABITANTES POR AÑO. CALCULÓ ESTA INCIDENCIA GENERAL EN MUJERES SOLAMENTE. TAMBIÉN NOTÓ QUE HABÍA UN ALTO INCREMENTO DURANTE LAS 3 DÉCADAS Y QUE EN LA ÚLTIMA DÉCADA (1951-1960) LA INCIDENCIA FUÉ DE 0.45 POR 100.000.

EL APARENTE INCREMENTO EN LA INCIDENCIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA TAMBIÉN SE REPORTÓ POR HALMI (1974), AL REFERIR QUE ENTRE 1920 Y 1954, 43 PACIENTES (1.3 CASOS AL AÑO) DE ANOREXIA NERVIOSA FUERON DIAGNÓSTICADOS EN HOSPITALES Y CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE IOWA. DE 1955 A 1971, 51 PACIENTES ANORÉXICOS (3 CASOS POR AÑO) FUERON VISTOS. DUDLEY (1973) OBSERVÓ QUE EL NÚMERO DE CASOS DE ANOREXIA NERVIOSA SE INCREMENTARON ENORME-

MENTE DE 0 EN 1966, A 13 EN 1971, EN EL CENTRO DE SALUD ESTUDIANTIL EN LA UNIVERSIDAD DE MANCHESTER.

KIDD Y WOOD (1966) AL REALIZAR UN ESTUDIO EN EL NOROESTE DE ESCOCIA REFIEREN UNA FRECUENCIA RELATIVA DE 0.24% DE ANOREXIA EN UNA POBLACIÓN DE 1240 MUJÉRES REFERIDAS A CUIDADO PSIQUIÁTRICO EN TÉRMINO DE UN AÑO.

THEANDER (1970) INVESTIGANDO EL TOTAL DE UNA POBLACIÓN DE UNA REGIÓN DE 494,384 HABITANTES, ESTIMO LA INCIDENCIA DE ANOREXIA REFERIDA A LOS PSIQUIATRAS DE 0.61 POR 100,000 HABITANTES.

TANTO KIDD COMO WOOD (1966) COMO KENDELL (1973) ANALIZAN DO LOS DATOS DE TRES PSIQUIÁTRICOS DE SCOTLAND, INGLATERRA Y ESTADOS UNIDOS. DESCUBRIERON UNA INCIDENCIA ANUAL DE 0.37% POR 100,000 HABITANTES DE UNA CIUDAD DE NUEVA YORK. EL REGISTRO EN INGLATERRA FUÉ ESTIMADO EN 0.66% POR 100,000 HABITANTES EN UN AÑO Y EL DE 1.6 POR 100,000 HABITANTES EN SCOTLAND.

A PARTIR DE UN REGISTRO PSIQUIÁTRICO CRISP (1976) INVESTIGÓ POBLACIONES DE ESCUELAS DE NIÑOS Y LA PREVALENCIA ESTUDIADA FUE DE UN CASO POR 200 NIÑOS (4.6% POR 100) DE TODAS LAS ESCUELAS, Y DE UNA EN 100 (10.5 CASOS POR 1000 DE NIÑOS MAYORES DE 16 AÑOS).

LA ANOREXIA OCURRE PREDOMINANTEMENTE EN MUJERES. EL PORCENTAJE DE ANORÉXICOS EN UNA POBLACIÓN DE 1000 MUJERES ESTUDIADAS VARIABA ENTRE 4 Y 6% (HALMI 1983). ESTOS RESULTADOS EN UN ESTUDIO PREVIO DE ESTA MISMA AUTORA (1974) EFECTUADO CON 96 PACIENTES, DE LOS CUALES SOLO 6 ERAN HOMBRES (6%). ESTE PORCENTAJE EN HOMBRES ES SIMILAR AL REPORTADO POR DECOURT (1964) Y FLECK (1965) DE UN 5% Y AL 4% HALLADO POR DALLY (1969).

CONCEPTUALIZACION PSICODINAMICA DE LA ANOREXIA NERVIOSA.-
 LA CONCEPTUALIZACIÓN PSICODINÁMICA DE LA ANOREXIA NERVIOSA HA SIDO PARALELA AL DESARROLLO DEL PENSAMIENTO PSICOANALÍTICO, _ (KERNBERG, 1980). EN LA PRIMERA PARTE DE ESTE SIGLO LA ANOREXIA FUÉ ENTENDIDA COMO UNA ADAPTACIÓN DEFENSIVA HACIA FANTASIAS INCONSCIENTES ALTAMENTE INSTINTIVAS (MASSERMAN, 1941). - ESTE PUNTO DE VISTA FUE CONCENSADO POR WALLER Y COLABORADORES (1940) QUIENES SENTÍAN QUE PARA EL ANORÉXICO EL COMER SE IGUALABA CON EL DESEO Y MIEDO A LA FECUNDACION ORAL POR EL PADRE. LA TEORÍA DE LA FECUNDACIÓN ORAL FUÉ CUESTIONADA RELATIVAMENTE PRONTO POR PSICÓLOGOS DEL YO (EISSLER, 1943; MEYER, 1957) Y HA SIDO SUPLANTADA ACTUALMENTE POR LA TEORÍA INTERPERSONAL DE HILDE DE BRUCH (1973, 1978).

EN RESPUESTA A ESTE PUNTO ANTERIOR, BRUCH (1969) ESCRIBIÓ QUE MUCHOS PACIENTES ANORÉXICOS ESTAN RETRASADOS EN TODOS LOS ASPECTOS DE LA INDIVIDUACIÓN Y EL PROBLEMA DE SEXO ESTÁ REALMENTE FUERA DE SU ALCANCE. ELLA PERCIBE, AL ANORÉXICO COMO UN SER CON LIMITACIONES IMPORTANTES DEL YO RESULTANTES DE INTERACCIONES MADRE-HIJO CRÓNICAMENTE PERTURBADAS.

EN SUS TRABAJOS SOURS (1968, 1979, 1980) DESCRIBE TRES -- VARIÉDADES FUNDAMENTALES DE ESTE SÍNDROME, LAS CUALES VARIAN -- TANTO EN EL PRONÓSTICO COMO EL TRATAMIENTO. LA GRAVEDAD DECECE DEL PRIMERO AL TERCER GRUPO Y LAS DIFERENCIAS CUANTITATIVAS QUEDAN REFERIDAS A LAS VICISITUDES DE LOS PACIENTES ADOLESCENTES DURANTE EL PROCESO DE SEPARACION INDIVIDUACIÓN. EL PRIMER GRUPO, MÁS NUMEROSO Y DE MAYOR GRAVEDAD, CORRESPONDE A MUJERES PÚBERES ENTRE BORDERLINE Y PSICÓTICAS, CON POBRE ESTRUCTURA YOICA, FIJACIONES MUY TEMPRANAS Y AGUDA DEPENDENCIA ORAL DEL OBJETO PRIMARIO. TAMBIÉN INCLUYE EN LA FENOMENOLOGÍA LA IDENTIFICACIÓN DE LA ADOLESCENTE CON UNA MADRE OMNIPOTENTE Y -- CONECTA SU REITERADO ANHELO POR ELLA, DURANTE EL DESARROLLO, CON LAS DIFICULTADES Y TROPIEZOS EN EL LOGRO DE SEPARACIÓN Y -- AUTONOMÍA. DESCRIBE LA EXISTENCIA EN ESTOS PACIENTES, DE PODEROSAS FUERZAS QUE LAS IMPULSAN HACIA LA REUNIÓN Y FUSIÓN CON

UN OBJETO MATERNO ARCAICO. DESCRIBE EN SUS HISTORIAS LA PERMANENTE VINCULACIÓN CON UNA MADRE DOMINANTE Y CONTROLADORA QUE CONDICIONA SUMISIÓN PASIVA A SU VEZ QUE PERFECCIÓN SUPREMA EN LA RELACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LA MADRE CON LA HIJA. EXPLICA QUE TAL CONTROL INTERFIERE SECUNDARIAMENTE EN EL DESARROLLO DE LA FASE DE INDIVIDUACIÓN SEPARACIÓN Y PROMUEVE UNA FUSIÓN EN LA QUE LOS AFECTOS DE LA HIJA ESTAN ATRAPADOS EN SUS EXPERIENCIAS CORPORALES ORGÁNICAS.

PARA COHLER, (1975) LA ANOREXIA NERVIOSA ES UNA EXPRESIÓN SIMBÓLICA DE UNA NECESIDAD DESESPERADA DE LA PACIENTE POR MAN TENER EL CONTROL SOBRE UN MUNDO INTERPERSONAL E INTRAPSÍQUICO, EL CUAL ES SENTIDO MÁS ALLA DE SU CONTROL. ENTIENDE ESTE DISTURBIO COMO EL RESULTADO DE UNA VIDA EN LA CUAL, CASI DESDE EL NACIMIENTO LAS SEÑALES DEL CUERPO HAN SIDO DISTORSIONADAS Y NEGADAS, PUES LAS SENSACIONES ORDINARIAS DE HAMBRE Y SATISFACCIÓN NO SON CORRECTAMENTE PERCIBIDAS Y NO PROVEEN EL SIGNIFICADO DEL SEÑALAMIENTO FISIOLÓGICO DE PELIGRO. EN SUS DESCRIPCIONES ACERCA DEL TRASTORNO EXPLICA QUE EL PACIENTE ANORÉXICO SE SIENTE ABRUMADO POR SU MADRE CONTROLADORA QUIEN INCORPORA A SU HIJA DENTRO DE SU PSIQUE Y LA USA PARA SUS PROPIOS FINES. EN ESTA FORMA POCAS VECES, EN EL FUTURO DEL PACIENTE, EXISTE COMO UNA PERSONA EN SU DERECHO PROPIO, EXISTE SÓLO COMO UN SIGNIFICADO PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE SU MADRE (QUIEN A SU VEZ SE SIENTE CONTROLADA POR SU PROPIA MADRE). NO SIENDO CAPAZ DE TENER DIFERENCIACIÓN O INDIVIDUACIÓN CON RESPECTO A SU MADRE, ENTONCES CONCLUYE: EL ANORÉXICO DESARROLLA EL SENTIMIENTO DE QUE ELLA ES SOLAMENTE UN ASPECTO DE LA PERSONALIDAD DE SU MADRE, Y COMO ESTA, UN DÍA SERÁ TRANSFORMADA EN SU MADRE; UNA METAMORFOSIS QUE TEME Y QUE DESEA.

LA FORMULACIÓN DE BRUCH (1969) ACERCA DE LA DINÁMICA SUBYACENTE DE LA ANOREXIA INCLUYE TRES FACETAS IMPORTANTES:

A) UNA FALLA EN EL DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA EN RELACIÓN A LA FIGURA DE LOS PADRES, ESPECIALMENTE DE LA MADRE DEBIDO A LA INTERVENCIÓN DE ÉSTOS Y AL CONTROL EXCESIVO; B) LA ELABORA

CIÓN DE UN "FALSO SELF" SOBRESOCIALIZADO Y EXAGERADAMENTE --- COMPLACIENTE COMO UNA DEFENSA CONTRA EL JUICIO DE LOS PADRES, PERO DEFICIENTE EN CUANTO AL PENSAMIENTO INDIVIDUAL, SENTIMIENTOS Y SENSACIONES QUE DAN SENTIDO A LA VIDA; C) UNA VULNERABILIDAD IMPORTANTE DEL YO, LATENTE EN LA NIÑEZ, PERO QUE SE ACTUALIZA EN LA ADOLESCENCIA DEBIDO A LAS MÚLTIPLES DEMANDAS DE ESTE PERIODO Y ESPECIALMENTE POR LA MAYOR INDEPENDENCIA Y SEGURIDAD REQUERIDAS.

OTROS DOS TEÓRICOS RECIENTES QUE HAN AMPLIADO LAS NOCIONES DE BRUCH SOBRE LA RELACIÓN TEMPRANA Y DISTORSIONADA MADRE HIJO, SON PALAZZOLI (1978) Y MASTERSON (1977). PALAZZOLI UTILIZA UN ESQUEMA DE RELACIONES CON EL OBJETO Y PLANTEA LA HIPÓTESIS DE QUE DEBIDO A UNA RELACIÓN PRIMARIA INICIALMENTE DEFECTUOSA CON LA MADRE QUE ES INTRUSA, CARENTE DE BRINDAR UNA RESPUESTA EMOCIONAL, Y COMPLACIENTE, EL NIÑO INTROYECTA, A TRAVÉS DE LA EXPERIENCIA CORPÓREA DE SER CHUPADO POR LA MADRE, UN OBJETO "MALO" Y SÁDICO. EXPLICA QUE CON LAS CRECIENTES TENDENCIAS DE LA LIBIDO DE LA ADOLESCENCIA Y LA IMPORTANTE TAREA DE LA SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN EN PUERTA, EL CUERPO ANORÉXICO LLEGA PLENAMENTE A IDENTIFICARSE CON LA "MADRE MALA" Y HACE UN INTENTO POR CONQUISTAR Y CONTROLAR SU PROPIO CUERPO CON RUDEZA HASTA EL PUNTO DE MORIRSE DE HAMBRE.

MASTERSON (1977) HA DIRIGIDO EL PROBLEMA DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN TÉRMINOS DE UN FENÓMENO BORDERLINE, ES DECIR, CON UNA FALLA EN EL YO, RESULTANTE DE LAS INTERACCIONES ENTRE PADRES E HIJOS CRÓNICAMENTE PERTURBADAS, CONSTITUIDAS EN EL PROCESO DE LA SEPARACIÓN DE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA. ASÍ LA MADRE ABANDONA AL HIJO EMOCIONALMENTE SI MUESTRA SIGNOS DE INDEPENDENCIA, Y CONTRARIAMENTE LO RECOMPENSA POR SU COMPORTAMIENTO INÚTIL DEPENDIENTE E INFANTIL. DEBIDO A ESTA FALLA CONTINUA DE UNA SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN ADECUADA, EL AFECTO ES DIRIGIDO AL OBJETO, NO AL SELF, YA QUE LOS INTENTOS DE LUCHA Y MAESTRÍA SON ENFRENTADOS POR EL MIEDO DE PERDER AL OBJETO, EL PACIENTE EVITA INTENTOS DE LUCHA Y EN CONSECUENCIA SE SIEN

TE INCAPAZ DE LUCHAR POR SÍ MISMO. DESDE ESTE ÁNGULO LOS SÍN TOMAS DE LA ANOREXIA REPRESENTAN LA NECESIDAD DE PERMANECER - PEQUEÑOS Y ANIÑADOS POR MIEDO A ENFRENTARSE A UNA DEPRESIÓN - PROFUNDA DE ABANDONO QUE RESULTARÍA SI LA INDIVIDUALIDAD FUERA INTENTADA.

SWIFT Y STERN (1982) ESTÁN DE ACUERDO CON ESTOS TEÓRICOS EN QUE LA FALLA DE SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN RESULTANTE DE LAS INTERACCIONES PADRES HIJO CRÓNICAMENTE DAÑADAS, CONSTITUYE EL PRINCIPAL PROBLEMA DINÁMICO DE LA MAYORÍA DE LOS ANORÉXICOS - HOSPITALIZADOS... SIN EMBARGO PARA ELLOS EL GRADO DE LA PATOLOGÍA PUEDE VARIAR GRANDEMENTE DE PACIENTE A PACIENTE. POR EJEMPLO EN EL CASO DE UN DESARROLLO DE UN FALSO SELF; PARA ALGUNOS ANORÉXICOS, ÉSTE ES EXTRAORDINARIAMENTE RÍGIDO Y DOMINA LA PERSONALIDAD ENTERA, MIENTRAS QUE PARA OTROS, ES UNA MÁSCARA SOCIAL, UNA PERSONA SOBREDesarrollada. ESTO MISMO APARENTA SER VÁLIDO EN CUANTO AL GRADO DE LA AUTONOMÍA PSICOLÓGICA OBTENIDA POR DIFERENTES PACIENTES. ELLOS CONSIDERAN QUE ALGUNOS DE LOS FACTORES QUE PUEDEN CONTRIBUIR A LA SEVERIDAD DEL TRASTORNO SON:

1) LA ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA, PARTICULARMENTE EL GRADO DE ENREDO PATOLÓGICO DE LA FAMILIA. DE ACUERDO CON ESTO, LAS FAMILIAS ALTAMENTE ENREDADAS NIEGAN CON VIGOR EL CONFLICTO, EN TANTO QUE LAS FAMILIAS DE ANORÉXICOS MENOS ENREDADAS ESTÁN INVADIDAS POR EL CONFLICTO ABIERTO QUE ELLOS ENCUENTRAN CRÓNICAMENTE DIFÍCIL DE RESOLVER. EXISTE EVIDENCIA DE QUE LA SEGUNDA CLASE DE FAMILIA ESTÁ ASOCIADA CON UN MEJOR RESULTADO A LARGO PLAZO.

2) LA CONFIGURACIÓN DEFENSIVA LUCHADORA HABITUAL DEL PACIENTE. ALGUNOS PACIENTES MANIFIESTAN DEFENSAS DE RELATIVO "ALTO NIVEL" REPRESIÓN, FORMACIÓN REACTIVA, AISLAMIENTO DEL AFECTO. EN TANTO OTROS CONFÍAN TOTALMENTE EN LAS DEFENSAS DE BAJO NIVEL, POR EJEMPLO PROYECCIÓN, FRAGMENTACIÓN Y TRANSFORMACIÓN EN LO CONTRARIO.

3) EL NIVEL DE DESARROLLO NARCISITA Y ESPECIALMENTE LA - ADECUACIÓN RELATIVA DE LA REGULACIÓN DE LA AUTOESTIMA. ESTO ES IMPORTANTE DE SER EVALUADO UNA VEZ QUE EL PESO DEL PACIENTE HA VUELTO A SER NORMAL YA QUE UNA REGULACIÓN INADECUADA - PUEDE PREDECIR VULNERABILIDAD PARA VOLVER A DARSE.

4) LA CAPACIDAD PARA RELACIONES MADURAS CON EL OBJETO, - ES DECIR, LA CAPACIDAD PARA MANTENER RELACIONES TOTALES CON OBJETOS, NO PARCIALES.

5) EL TIPO Y GRADO DE CARÁCTER MANIFESTADO POR EL PACIENTE.

PROPONEN LA HIPÓTESIS GENERAL DE QUE ANOREXIA NERVIOSA ES UN TRASTORNO "FANTASMA" CON MANIFESTACIONES QUE VARÍAN DES DE UN INTERÉS NORMADO CULTURALMENTE POR EL PESO, LA DIETA, LA APARIENCIA HASTA LA PREOCUPACIÓN INTENSAMENTE MORBIDA QUE CARACTERIZA A LOS HOSPITALIZADOS. POR LO TANTO EXISTEN GRADOS VARIADOS DE SEVERIDAD EN LA POBLACIÓN GENERAL.

ESTOS AUTORES PIENSAN QUE TODAS LAS ADOLESCENTES CON SÍN TOMAS ANORÉXICOS OPUESTAS A UN INTERÉS ESPECÍFICO DE LA EDAD SON GENTES EN CONFLICTO; EL TIPO Y EL GRADO DEL PROBLEMA PUEDE VARIAR ENORMEMENTE. ASÍ EL INTERÉS POR LA APARIENCIA ANORÉXICA PUEDE EXISTIR COMO UN FENÓMENO FANTASMA. EN FUNCIÓN DE ESTE CRITERIO PROPONEN UNA CLASIFICACIÓN DE CUATRO GRUPOS, LOS CUALES VARIARÍAN DE ACUERDO: AL MOMENTO DE LA IMPLANTACIÓN DE INTENTOS POR LLEGAR A LA DELGADEZ EXTREMA, INTERÉS POR LA DIETA, EL PESO, ETC.

GRUPO A:- REUNIRÍA JOVENCITAS INSATISFECHAS CON SU FIGURA Y CON SU PESO, QUE HACEN DIETA PERIÓDICAMENTE.

GRUPO B:- ESTARÍA COMPUESTO POR "COMEDORES RESTRINGIDOS". ELLOS SON PERSONAS MUY CONSCIENTES DE LO QUE COMEN Y COMO LO COMEN, OCUPANDO SU PENSAMIENTO Y TIEMPO A LA COMIDA. FRECUENTEMENTE ESTÁN A DIETA PERO NO LLEGAN A LOS EXTREMOS DE LA MORBIDEZ. ESTOS AUTORES CREEN QUE EL COMER CON RESTRICCIÓN PUEDE SER UN IMPORTANTE FACTOR DE PREDISPOSICIÓN A LA VORACIDAD.

GRUPO C:- ESTARÍA CONSTITUIDO POR CASOS LEVES DE ANOREXIA QUE PUEDEN SER TRATADOS CON ÉXITO.

GRUPO D:- REPRESENTADO POR LOS CLÁSICOS ANORÉXICOS QUE REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN. SE DIFERENCIAN DE LOS ANORÉXICOS LEVES EN LA SEVERIDAD Y TENACIDAD DE SUS SÍNTOMAS QUE INDICAN UNA PATOLOGÍA SUBYACENTE MÁS SERIA. DENTRO DE ESTE GRUPO HAN DIFERENCIADO 3 SUBGRUPOS PSICODINÁMICOS DE ANORÉXICOS JUVENILES. ESTOS SUBGRUPOS SATISFACEN EL CRITERIO DE BRUCH PARA LA ANOREXIA NERVIOSA PRIMARIA: 1) EL SENTIMIENTO PARALIZADOR DE INEFECTIVIDAD; 2) PERTURBACIÓN DE LAS PROPORCIONES ILUSORIAS EN LA IMAGEN DEL CUERPO Y EL CONCEPTO DEL CUERPO Y, 3) TRASTORNO EN LA PERCEPCIÓN Y LA INTERPRETACIÓN COGNITIVA DE ESTÍMULO PROVENIENTES DEL CUERPO ESPECIALMENTE NECESIDAD DE NUTRICIÓN.

SU CLASIFICACIÓN ENTONCES INTENTA INCLUIR A ANORÉXICOS PRIMARIOS, Y SERÍAN LOS SIGUIENTES:

1) ANORÉXICO BORDERLINE.- SON ANORÉXICOS PRIMARIOS QUE DEMUESTRAN UNA ORGANIZACIÓN BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD, -- (KERNBERG, 1975). EL PROBLEMA CENTRAL ESTARÍA ALREDEDOR DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES CAMBIANTES Y TURBULENTAS. LA CALIDAD CAMBIANTE DE LAS RELACIONES DEL OBJETO ES HIPOTETIZADA COMO SECUNDARIA A LA FALLA EN EL LOGRO DE LA CONSTANCIA DEL OBJETO, FALTA DE COHESIVIDAD DEL SELF.

ENCONTRARON QUE EL CRITERIO DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE GUNDERSON Y SINGER (1975) ERA ÚTIL EN LA DISTINCIÓN DE ANORÉXICOS BORDERLINE Y NO BORDERLINE ASÍ UN ANORÉXICO BORDERLINE PODRÍA REUNIR LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

- A) CONDUCTAS IMPULSIVAS
- B) AFECTIVIDAD INTENSA (RABIA PERSISTENTE, DEPRESIÓN INTENSIFICADA POR LOS INTENTOS DIRIGIDOS A GANAR PESO).
- C) ADAPTACIÓN SOCIAL, HISTORIA EN LOS LOGROS ACADÉMICOS SÓLIDOS

- D) BREVES EPISODIOS PSICÓTICOS
- E) CAMBIO HACIA UN PROCESO PRIMARIO DE PENSAMIENTOS EN - LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS
- F) RELACIONES CAÓTICAS Y LÁBILES A LA RUPTURA.

EN ESTOS PACIENTES BORDERLINE LAS PREOCUPACIONES ANORÉXICAS Y SU SINTOMATOLOGÍA REPRESENTAN UN INTENTO RESTITUTIVO -- PARA DEFENDERSE CONTRA LA FRAGMENTACIÓN DEL SELF. LA VULNERABILIDAD DEL YO SE DEBE APARENTEMENTE A LOS EXTRAORDINARIAMENTE ALTOS NIVELES DE TENSIÓN QUE ESTOS PACIENTES EXPERIMENTAN CONSTANTEMENTE, QUE DATAN DE LA FALTA PARENTAL EN CALMAR, CON TENER, LOS ESTADOS AFECTIVOS DISFORICOS DEL INFANTE.

2) ANORÉXICO VACIO, DE ESTRUCTURA INFERIOR.- ESTE ES - COMPARABLE CON EL ANORÉXICO PRIMARIO DESCRITO POR BRUCH ---- (1978). SU SINTOMATOLOGÍA, COMO LA AUTORA LO HA REMARCADO, PUEDE SER ENTENDIDA COMO UN INTENTO DESADAPTIVO PARA ESTABLECER ALGÚN SENTIDO DE AUTOVALORARSE, EN CONTRAPOSICIÓN CON EL ANORÉXICO BORDERLINE EN QUIENES LA PREOCUPACIÓN ANORÉXICA SIRVE PARA RESGUARDAR LA FRAGMENTACIÓN DEL SELF. LOS AUTORES DE LA CLASIFICACIÓN UTILIZAN EL TÉRMINO "VACIO DE ESTRUCTURA INFERIOR" PORQUE DESCRIBE VÍVIDAMENTE LA IMPRESIÓN SUBJETIVA - QUE PARECEN "VACIOS", Y POR PARECER SER PSICOLÓGICAMENTE IMPRODUCTIVOS Y DÉBILES, SU TENDENCIA A NEGAR LOS PROBLEMAS Y FANTASIA LIMITADA. POR "ESTRUCTURA INFERIOR" SE REFIEREN A LA - RELATIVA INMADUREZ DEL DESARROLLO DEL YO, SUPER YO, COMO REMINISCENCIA DE UN NIÑO EN LA EDAD DE LA LATENCIA Y DISTINTIVAMENTE PRE-ADOLESCENTE. EL PROCESO PSICOLÓGICO DE LA SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN SE ESTANCÓ CLARAMENTE EN LAS PRIMERAS ETAPAS. PARECEN CONSUMIDOS EN HACER A UN LADO LA RABIA PRIMITIVA HACIA LAS INTROYECCIONES PARENTALES Y DE MANTENER UN SELF SOCIALMENTE ACEPTABLE PERO VACIO Y FALSO. ÉSTO ES COMÚN A -- TODOS LOS ANORÉXICOS PERO ENTRE LOS VACIOS, DE ESTRUCTURA INFERIOR ESTO ES LLEVADO AL EXTREMO.

ENCUENTRAN COMO PROBLEMA CENTRAL EN ESTE GRUPO UNA FALLA CONSTANTE DURANTE LA LINEA DE DESARROLLO DE LA SEPARACIÓN IN-

DIVIDUACIÓN. LA TAREA DE LOGRAR UNA MAYOR AUTONOMÍA PSICOLÓGICA HA SIDO IMPOSIBLE DEBIDO AL REPUDIO INCONSCIENTE DE LA AGRESIÓN QUE ES ESENCIAL PARA QUE OCURRA LA INDIVIDUACIÓN PSICOLÓGICA.

3) EL ANORÉXICO CONFLICTUADO EMOCIONALMENTE, CONFUNDIDO CON SU IDENTIDAD.- LOS DESCRIBEN COMO ADOLESCENTES NEURÓTICOS CON FUERTES DIFICULTADES DE IDENTIDAD. COMPARADO CON EL GRUPO DE LOS "VACIOS", SUS ESTRUCTURAS PSÍQUICAS (ELLO, YO, SUPER YO) ESTAN RAZONABLEMENTE BIEN DESARROLLADOS Y EXPERIMENTAN UN CONFLICTO DOLOROSO ENTRE SU IMPULSO DE VIDA, LA AGRESIÓN Y SU SUPER YO REPRESIVO. OTRA DIFERENCIA IMPORTANTE ES UNA FANTASÍA ACTIVA Y EXPRESADA. LOS ESTADOS AFECTIVOS SON INTENSOS Y FRECUENTES PERO ALTAMENTE CAMBIANTES PREDOMINANDO LA FURIA, LA DEPRESIÓN Y LA CONFUSIÓN. DE LOS TRES GRUPOS ESTE TIPO ES EL MEJOR PRONÓSTICO PARA UN TRATAMIENTO.

EN CUANTO A SU PERSONALIDAD BRUCH (1982) DESCRIBE: ESTAS JÓVENES SE SIENTEN DESVALIDAS E INEFECTIVAS EN LA CONDUCCIÓN DE SUS PROPIAS VIDAS Y LA SEVERA DISCIPLINA SOBRE SU CUERPO REPRESENTA UN ESFUERZO DESESPERADO CONTRA EL PÁNICO DE PERDER EL PODER, PSQUIÁTRICAMENTE ESTA CONDICIÓN PARECE SER MÁS ANÁLOGA A ESTADOS DE LOCURA, DE NARCISMO O ESQUIZOFRENIA QUE UNA NEUROSIS

SIN EMBARGO STROBER (1981) DESCRIBE UNO DE LOS ASPECTOS SORPRENDENTES DE ESTA ENFERMEDAD, OCURRE EN INDIVIDUOS QUIENES DE ACUERDO A REPORTES FAMILIARES Y ESCOLARES HAN SIDO EXCEPCIONALMENTE BUENOS, EXITOSOS Y EL PRINCIPIO DE LA ANOREXIA VA -- ACOMPAÑADO DE CAMBIOS MARCADOS EN LA CONDUCTA Y LOS NIÑOS DÓCILES SE TORNAN NEGATIVISTAS, DESCONFIADOS, RECHAZAN SISTEMÁTICAMENTE AYUDA Y CUIDADO E INSISTEN EN SU DESEO DE SER TAN DELGADOS COMO ELLOS QUIEREN.

EN UN ESTUDIO DE 1982 BRUCH DESCRIBE A LOS ANORÉXICOS; COMO PERSONAS CON UNA PERCEPCIÓN DE SUS EXPERIENCIAS CORPORALES ALTERADAS, DESCONFIADOS, INCAPACES DE IDENTIFICAR ADECUADAMENTE

SUS PROPIAS SENSACIONES Y SENTIMIENTOS. ES DECIR NO SE QUEJAN DE SU PÉRDIDA DE PESO Y DICEN "NO VERLA" COMO ANORMAL O FEA, POR EL CONTRARIO SE IDENTIFICAN CON SU APARIENCIA DE ESQUELETO Y LA MANTIENEN ACTIVAMENTE. EL DESEO DE MANTENERSE DELGADO MANIFIESTA, ASI UNA EXPRESIÓN DE FUERZA E INDEPENDENCIA Y UNA DEFENSA CONTRA EL SENTIMIENTO DE NO TENER UNA PERSONALIDAD PROPIA, DE SENTIRSE SIN PODER E INEFECTIVOS. EXPLICA QUE GENERALMENTE LA ENFERMEDAD LLEGA A MANIFESTARSE CUANDO ESTOS INDIVIDUOS SE ENFRENTAN CON NUEVAS EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS. AL SENTIRSE POCO PREPARADOS PARA CRECER MÁS ALLA DE SUS FAMILIAS INMEDIATAS Y PARA COMPROMETERSE EN RELACIONES CON SUS COMPAÑERAS. TIENEN LIMITACIONES EN SU SENTIDO DE LA AUTONOMÍA Y PRESENTAN DIFICULTAD EN LA TOMA DE DECISIONES.

DE ACUERDO CON BRUCH (1982) LOS PACIENTES ANORÉXICOS TIENEN DEFICIENCIAS EN SU SENTIDO DE SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN Y SE SIENTEN CONTROLADOS POR FUERZAS EXTERNAS Y DESVALIDOS ANTE EL IMPACTO DE SUS PROPIAS NECESIDADES CORPORALES. EN UN ESFUERZO COMPENSATORIO EXCEDEN SU CONTROL A TRAVÉS DE LA FALTA DE ALIMENTACIÓN. SI EXISTE Poca INDEPENDENCIA DURANTE LA FASE DE INDIVIDUACIÓN Y SEPARACIÓN, Ó SI ÉSTA NO ES ESTIMULADA Ó ES PROHIBIDA, EL NIÑO PERMANECERÁ ATADO A SUS PADRES, PRIVADO DE LA AUTONOMÍA Y DE LA HABILIDAD DE TOMAR DECISIONES. POR LO TANTO, LA OBEDIENCIA Y CONFORMISMO CARACTERIZAN LA CONDUCTA DEL PACIENTE EN RELACIÓN CON LOS ADULTOS.

PARA DUPONT *1 RESULTA CLARO COMO EN ESTOS PACIENTES EXISTE UN SENTIMIENTO PLACENTERO Y OMNIPOTENTE POR LOGRAR DOMINIO SOBRE LAS FUNCIONES CORPORALES Y LA VIDA INSTINTIVA.

PRUEBAS PSICOLÓGICAS.- POCOS REPORTES DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS EN LA ANOREXIA NERVIOSA HAN SIDO PUBLICADAS. SMART Y OTROS (1976) ENCONTRARON QUE EL COEFICIENTE INTELLECTUAL EN 22 MUJERES ANORÉXICAS ERA DE 109.4 EN LAS MATRICES PROGRESIVAS - STANDAR DE RAVEN. EN EL INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK.

*1. En su trabajo acerca del Enigma de la Psicosis. En vías de publicación.

ESTAS MISMAS PACIENTES RESULTARON SER SIGNIFICATIVAMENTE MÁS NEURÓTICAS Y MENOS EXTROVERTIDAS QUE PERSONAS NORMALES; Y EN EL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE CATELL DEMOSTRARON SER SIGNIFICATIVAMENTE MÁS ANSIOSAS, MENOS EXTROVERTIDAS Y MÁS INDEPENDIENTES QUE PERSONAS NORMALES. EN RELACIÓN AL INVENTARIO OBSESIONAL LEYTON LOS PUNTAJES DE SÍNTOMAS, RESISTENCIA E INTERFERENCIA FUERON SIGNIFICATIVAMENTE MÁS ALTOS QUE AQUELLAS PERSONAS NORMALES.

ASÍ EL PERFIL DE PERSONALIDAD QUE EMERGIÓ DE AQUELLAS -- PRUEBAS PSICOLÓGICAS FUÉ: EL DE UNA PERSONA ALTAMENTE NEURÓTICA CON RASGOS OBSESIVOS SEVEROS E INTELIGENCIA PROMEDIO.

UNA DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS REGISTROS DE ROSCHARCH EN 45 PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA REALIZADO POR THEILGARD - (1965) QUIEN MANIFESTÓ LA IMPOSIBILIDAD DE AGRUPAR A LOS PACIENTES BAJO CATEGORÍAS PSIQUIÁTRICAS TRADICIONALES. DE ESTOS PROTOCOLOS DESCUBRIÓ UNA DIFICULTAD PARA CREAR UN CONTACTO -- EMOCIONAL ESPONTÁNEO. EN CAMBIO TOLERABAN LAS EMOCIONES SOLO SI ERAN RESTRINGIDAS Y CONTROLADAS. LAS RELACIONES DE OBJETO DE MUCHOS DE LOS PACIENTES PARECÍAN MARCADAS POR NARCISMO Y MASOQUISMO, Y PRESENTABAN CIERTOS MECANISMOS DE DEFENSA EN COMÚN. POR EJEMPLO; HABÍA UNA TENDENCIA GENERAL A REFORZAR LA REPRESIÓN CON FORMACIÓN REACTIVA Y, PARA USAR EL AISLAMIENTO, ESPECIALMENTE EN FORMA DE INTELLECTUALIZACIÓN. COMO UN TERCIO DE LOS PACIENTES SE INCLINABAN A USAR MECANISMOS OBSESIVO-COMPULSIVO; OTRO TERCIO TENÍA PERSONALIDADES QUE PARECÍAN HISTÉRICAS Y SE CARACTERIZABAN PRINCIPALMENTE POR NEGACIÓN, REPRESIÓN E INHIBICIÓN. SIN EMBARGO ERA EVIDENTE QUE NINGUNO DE LOS PACIENTES REPRESENTABA UN PROTOTIPO DE UNA NEUROSIS OBSESIVO -- COMPULSIVA Ó DE UNA PERSONALIDAD GENUINAMENTE HISTÉRICA. LOS PACIENTES QUE PARECÍAN OBSESIVO-COMPULSIVOS SE CARACTERIZABAN POR UNA INTELLECTUALIZACIÓN MÁS PEDANTE; PERFECCIONISMO, MEDITACIÓN Y RÍGIDEZ. LOS QUE PARECÍAN HISTÉRICOS ERAN IRREFLEXIVOS, INGENUOS, INFANTILES DEPENDIENTES Y CAUSABAN MÁS SIMPATÍA. MUY POCOS MOSTRABAN UN PANORAMA EN EL ROSCHARCH ARMÓNICO

SO REFLEJABAN RASGOS TANTO HISTÉRICOS COMO OBSESIVO-COMPULSIVOS. UN ANÁLISIS DE LOS CONTENIDOS DE LAS INTERPRETACIONES DE ROSCHARCH REVELARON MUCHAS RESPUESTAS AGRESIVAS, ESPECIALMENTE DE TIPO ORAL -MUCHOS ANIMALES DE RAPIÑA, COMO COCODRILOS, PULPOS, CANGREJOS, ARAÑAS; PERSONAS PELEANDO UNAS CON OTRAS Y ASÍ SUCESIVAMENTE.

THEILGARD (1965) DESCUBRIÓ QUE UN RASGO OBVIO DE LA PRUEBA DE PERCEPCIÓN TEMÁTICA (TAT) ERA LA ACTITUD INFANTIL DEPENDIENTE DE LAS FIGURAS PRINCIPALES HACIA SUS PARIENTES. MUCHAS VECES, HABÍA UNA CONFORMIDAD TOTALMENTE INTRANSIGENTE A LAS AMBICIONES Y DESEOS DE LOS PADRES.

INTERPRETÓ EL RESULTADO DEL TAT COMO REFLEJO DE UNA FIJACIÓN INFANTIL A LA MADRE MARCADA POR AMBIVALENCIA Y SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD. MUCHAS VECES LA FIGURA MATERNA APARECÍA DENTRO DE ÉSTE MISMO, COMO UNA PERSONA BASTANTE DISTINTA, UNA FIGURA TRABAJADORA, SACRIFICADA Y PROTECTORA Y TAMBIÉN COMO LA MADRE MALA Y DOMINANTE. LAS FIGURAS DE AUTORIDAD TALES COMO MAESTRO, DIRECTORES Y POLICÍA ESTABAN MUY REPRESENTADAS. LOS HOMBRES ERAN FRECUENTEMENTE DESCRITOS COMO MALVADOS Y BRU TALES Ó COMO ADORABLES DON JUANES. MUCHAS HISTORIAS LLEVABAN LA MARCA DE AUTO-BIENESTAR Y TENÍAN UNA CONSIDERABLE INVERSIÓN EN UNA ACTITUD ASCÉTICA. ESTAS HISTORIAS REFLEJABAN LA PREOCUPACIÓN DEL PACIENTE POR LA COMIDA. MUCHAS VECES, POCOS CIRCUNSTANCIAS SE ENFATIZABAN EN LOS TEMAS, JUNTO CON LAS DIFICULTADES DE PROVEER ALIMENTO Y EL PELIGRO DE QUE SE ACABEN LAS PROVISIONES.

TENDENCIA MENOS PRONUNCIADA HACIA LA REGRESIÓN INFANTIL, PASIVIDAD Y REPRESIÓN SEXUAL, FUERON DESCUBIERTAS POR PIERLOOT Y OTROS (1975), ASOCIADAS CON UN MEJOR RESULTADO PRONÓSTICO, DENTRO DE LA PRUEBA DEL T.A.T.

SUGERMAN Y KURASH (1980) EN UN ESTUDIO EFECTUADO CON EL RORSCHARCH ENCONTRARON QUE LOS ANORÉXICOS PRODUCEN MÁS RESPUESTAS DE CONTAMINACIÓN QUE EL GRUPO CONTROL.

EN UNA INVESTIGACIÓN QUE COMPARÓ ESQUIZOFRÉNICOS HOSPITALIZADOS Y ANORÉXICOS EN DOS MEDIDAS PSICODIAGNÓSTICAS COMO EL RORSCHARCH Y WAIS, SMALL Y OTROS (1982) DEMOSTRARON A TRAVÉS DE LOS RESULTADOS QUE LOS ANORÉXICOS TIENEN SIGNIFICATIVAMENTE UN IQ MAS BRILLANTE Y, ESPECIALMENTE LOS SUBTEST DE VOCABULARIO Y SEMEJANZAS SON MÁS ALTOS, QUE LOS ESQUIZOFRÉNICOS. SUS HIPÓTESIS EN CUANTO A QUE HABÍA DIFERENCIAS ENTRE ANORÉXICOS Y ESQUIZOFRÉNICOS EN RELACIÓN A UNA MAYOR ORGANIZACIÓN, EMOTIVIDAD Y CAPACIDAD COGNITIVAS SE CONFIRMARON. EN ESTA FORMA -- SEÑALAN QUE LA ESTRUCTURA DEL YO EN LOS ANORÉXICOS ESTABA MÁS ORGANIZADA QUE LOS ESQUIZOFRÉNICOS. EL USO DEL SOMBRADO DE -- EL RORSCHARCH FUÉ MAYOR EN EL GRUPO DE LOS ANORÉXICOS SUGIRIENDO QUE ÉSTOS EN RELACIÓN CON LOS ESQUIZOFRÉNICOS SON MÁS SENSIBLES A LAS NECESIDADES DE AFECTO.

CASPER Y OTROS (1980) COMPARARON UN GRUPO DE ANORÉXICOS -- EXCLUSIVAMENTE, CON OTROS ANORÉXICOS CON BULIMIA UTILIZANDO LA PRUEBA DE MMPI. LOS RESULTADOS ENCONTRADOS DEMOSTRARON QUE EN EL SEGUNDO GRUPO LAS ESCALAS DE PSICOPATÍA, DEPRESIÓN Y PSICASENIA Y ESQUIZOFRENIA ERAN MÁS ALTAS, EN RELACIÓN CON LOS ANORÉXICOS PUROS.

EL ESTUDIO DE NORMAN Y HERZOG (1983) EN DONDE HACEN UNA VALORACIÓN CON EL MMPI ENTRE GRUPOS DE PACIENTES CON DESÓRDEN EN LA ALIMENTACIÓN.

- A) BULÍMICOS
- B) ANORÉXICOS
- C) ANORÉXICOS CON BULIMIA

SEÑALAN LOS SIGUIENTES HALLAZGOS: EN EL SEGUNDO GRUPO --- (ANORÉXICOS PUROS) LA ESCALA DE DEPRESIÓN FUÉ LA MÁS ALTA, EN TANTO QUE EN LOS BULÍMICOS FUE LA DE PSICOPATÍA. SUS RESULTADOS EN GENERAL REVELARON QUE HAY 1) UNA CONSTELACIÓN SIMILAR EN LA PERSONALIDAD DE CADA UNO DE LOS TRASTORNOS, 2) QUE LA DEPRESIÓN ES MÁS ALTA EN AMBOS GRUPOS DE ANORÉXICOS Y LA ESCA-

LA DE PSICOPATÍA PARA AMBOS GRUPOS DE BULIMIA. COMO VEMOS LA DEPRESIÓN FUÉ LA ESCALA MÁS ALTA EN AMBOS GRUPOS DE ANORÉXICOS. ELLOS CONCLUYEN COMO ESTOS DATOS REAFIRMAN EL HALLAZGO CLÍNICO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA MAYOR EN LOS ANORÉXICOS PUROS Ó CLÁSICOS EN COMPARACIÓN CON LA ANOREXIA BULÍMICA. (CASPER, (1980.) STROBER (1981), HERZOG (1982).

LA ESCALA DE PSICOPATÍA FUÉ LA MÁS ALTA EN EL GRUPO DE - BULÍMICOS CON PESO NORMAL SEGUIDO POR LOS ANORÉXICOS CON BULIMIA. INTERPRETAN ESTE DATO, CONSISTENTE EN LO QUE SE REFIERE A LA IMPULSIVIDAD REPORTADA COMO CARACTERÍSTICA DE LOS PACIENTES BULÍMICOS. ASÍ VARIAS CONDUCTAS HAN SIDO ASOCIADAS CON - BULIMIA EN LA LITERATURA INCLUYENDO POR EJEMPLO: ABUSO DE -- ALCOHOL POR GARFINKEL (1980) Y HERZOG (1982). EN CAMBIO LA - ESCALA DE SICOPATÍA NO FUÉ ELEVADA EN LOS ANORÉXICOS LO CUAL FUÉ EXPLICADO COMO UN REFLEJO DEL CONTROL EXCESIVO COMUNTE OBSERVADO EN LA ANOREXIA. DE TODOS LOS GRUPOS, LOS ANORÉXICOS PRESENTARON LA SINTOMATOLOGÍA MÁS LEVE Y LA ANOREXIA CON BULIMIA LA MÁS ALTA. LA TENDENCIA A LA IMPULSIVIDAD DE LA ANOREXIA CON BULIMIA REPORTÓ LOS MÁS SERIOS DISTURBIOS PSICOLÓGICOS DEL GRUPO DE ANORÉXICOS.

EL ESTUDIO DESCRITO POR BRAM, EYER Y HALMI (1982) ES UNA INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA DE LOS DESÓRDENES DE LA PERSONALIDAD Y NIVEL DE ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD DE UN GRUPO DE PACIENTES CON ANOREXIA A LOS CUALES SE LES ADMINISTRÓ LAS PRUEBAS DE RORSCHACH, WISC Ó WAIS Y SE LES ELABORÓ UNA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA DE BORDERLINE, Ó DIB (GUNDERSON, 1977, KOLB Y GUNDERSON, 1980), UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA CON SIGNOS Y SÍNTOMAS FRECUENTEMENTE ESTIMADOS Y ASOCIADOS CON FUNCIONAMIENTO BORDERLINE. CADA PACIENTE TAMBIÉN FUE DIAGNÓSTICADO - EN SU PERSONALIDAD DE ACUERDO AL CRITERIO DEL DSM III. SUS - RESULTADOS SUGIRIERON QUE EL SÍNDROME DE ANOREXIA NERVIOSA -- OCURRE EN UNA VARIEDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y EN DIFERENTES ESTRUCTURAS DE LA PERSONALIDAD.

ESTE ESTUDIO EXPLORATORIO TAMBIÉN DEMUESTRA QUE LOS PA--

CIENTES CON UNA HISTORIA DE VÓMITO TIENEN UNA GRAN TENDENCIA A APEGARSE A LA PERSONALIDAD BORDERLINE. SUS RESULTADOS CORROBORARON LOS TRABAJOS DE (CASPER, ECKER Y HALMI, 1979) Y DE GARFINKEL Y OTROS (1980). EL ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE WAIS INDICÓ QUE TODOS LOS PACIENTES MANIFESTARON TRASTORNOS EN EL PENSAMIENTO. Y EL ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE RORSCHARCH REVELÓ QUE UN 85% MANIFESTARON COMBINACIONES FABULADAS, CONFABULACIONES, TENDENCIA A LA CONTAMINACIÓN EN SU PENSAMIENTO. EL MISMO USO DE C Y M LO INTERPRETARON COMO UNA FORMA, EN QUE ESTAS PACIENTES ESTÁN MÁS ATENTAS A LAS INDICACIONES INTERNAS Y COMO TENDÍAN A SUPRIMIR SUS PROPIAS EMOCIONES. EL ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE COLOR, (LO CUAL ES ENTENDIDO COMO MEDIDA DE EXPRESAR ADAPTATIVAMENTE EL AFECTO) SEÑALARON UNA DISTRIBUCIÓN BIMODAL. ALGUNOS SOBRECOTROLABAN EL AFECTO Y OTROS MOSTRABAN UN MANEJO IMPULSIVO Y DISRUPTIVO DEL AFECTO.

SMALL Y OTROS (1982) EFECTUARON UN ESTUDIO UTILIZANDO EL MMPI. ELLOS COMPARARON LOS RESULTADOS EN DOS GRUPOS: A) ESQUIZOFRÉNICOS Y, B) ANORÉXICOS. EN AMBOS GRUPOS LOS HALLAZGOS FUERON SIMILARES EN LO QUE SE REFIERE A LAS CINCO ESCALAS CLÍNICAS PUESTO QUE EN AMBAS LAS APROXIMACIONES ERAN MUY CERCANAS. DE LO QUE SE DESPRENDIÓ QUE LA PATOLOGÍA DE LA ANOREXIA PODRÍA MOSTRAR UN CUADRO SIMILAR A LA ESQUIZOFRENIA.

OTRO ESTUDIO LLEVADO A CABO POR PALAZZOLLI (1971) CON EL INSTRUMENTO DE RORSCHARCH, COMPARANDO DOS GRUPOS: UNO DE CONTROL Y OTRO DE ANORÉXICOS. REPORTA: EL GRUPO DE ANORÉXICOS MANIFESTÓ TRASTORNOS Y PATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO MIENTRAS QUE EL GRUPO CONTROL NO LO PRESENTÓ.

ROWLAND (1970) TAMBIÉN UTILIZANDO PRUEBAS PROYECTIVAS - REFIERE GRAVES TENDENCIAS DEPRESIVAS, TRASTORNOS EN LA IMAGEN CORPORAL, TENDENCIAS PSICÓTICAS, SOBRE CONTROL DEL YO,

UNA PROGRE PRUEBA DE REALIDAD Y SENTIMIENTOS DE AISLAMIENTO. FINALMENTE, CONCLUYEN^ LOS TEST PROYECTIVOS HAN PROVEIDO UNA DIFERENCIA NOSOLÓGICA EN LA ANOREXIA NERVIOSA.

RECIENTEMENTE KAUFER Y KATZ (1982) AL COMPARAR LOS RORSCHARCH DE MUJERES ANORÉXICAS CON UN GRUPO CENTRAL, OBTUVIERON LOS SIGUIENTES DATOS: EL GRUPO ANORÉXICO DIÓ UN MAYOR NÚMERO DE RESPUESTAS DESVIADAS O FABULADAS, MOSTRARON UN NIVEL SIGNIFICATIVAMENTE MÁS ALTO DE PATOLOGÍA EN LA ESTRUCTURA DE SUS VERBALIZACIONES Y MAYOR NÚMERO DE RESPUESTAS DE PROCESO PRIMARIO.

TRATAMIENTO.- TANTO LA EVIDENCIA CLÍNICA COMO LA CIENTÍFICA SE INCLINAN CADA VEZ MÁS POR LA CONCLUSIÓN DE QUE LOS ANORÉXICOS FORMAN UN GRUPO HETEROGENEO CON DIVERSIDAD PSICODINÁMICA. DESDE UN PUNTO DE VISTA EMPÍRICO ES CLARO QUE LOS ANORÉXICOS - DEMUESTRAN UNA VARIABILIDAD TREMENDA EN SU RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y QUE ESTAS DIFERENCIAS SE ACENTUAN CON UN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO. (Hsu, 1980)

SWIFT Y STERN (1982) PROPONEN QUE EL MANEJO PSICOTERAPEUTICO DEBERÍA SER EN FUNCIÓN DE CRITERIO DE DIAGNÓSTICO. PARA MANEJAR LOS ANORÉXICOS BORDERLINE MANIFIESTA: "LA ANOREXIA DEBE SER TOMADA CON SERIEDAD, PERO, EL ENFASIS DEL TRATAMIENTO PRIMARIO DEBE SER PUESTO EN EL MANEJO DE LA PERSONALIDAD "BORDERLINE". ESTE TIPO DE ANORÉXICO REPRESENTA A SU JUICIO, UN RETO FORMIDABLE AL TRATAMIENTO. SI SE LES PONE DEMASIADO ENFASIS EN UNA SUBIDA RÁPIDA DE PESO COMO PODRÍA SER UN PROGRAMA RÍGIDO Y MAL PLANEADO DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, PUEDEN CONVERTIRSE EN PSICÓTICO DECLARADO O IMPULSIVO PELIGROSO (ACTITUDES SUICIDAS). SIN EMBARGO EL GANAR PESO ES UN PREREQUISITO PARA UNA PSICOTERAPIA EXITOSA (BRUCH 1973), EL EQUIPO DE TRATAMIENTO ESTÁ PRESO EN UN DILEMA. EN UNA SITUACIÓN TAL, STERN (1981) Y WINNICOT (1960) PROPONEN ELEGIR UN TÉRMINO MEDIO Y ESTIMULAR EL AUMENTO DE PESO POCO A POCO DURANTE VARIAS

SEMANAS EN TANTO EL PERSONAL PROVEE LOS CUIDADOS NECESARIOS PARA EL APOYO INHERENTE A UN ENTORNO "ACOGEDOR".

TAMBIÉN EXPLICAN DETENIDAMENTE LO IMPORTANTE CON LOS ANORÉXICOS "BORDERLINE" DE ESTABLECER OBJETIVOS DE TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL RAZONABLES Y FÁCILES DE LOGRAR, POR SU MARCADA PROPENSIÓN A LA REGRESIÓN SEVERA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN, LO QUE PUEDE CONDUCIR A UNA REACCIÓN TERAPÉUTICA NEGATIVA - (FREUD 1937) EN EL QUE LA ALIANZA DE TRABAJO ENTRE PACIENTE Y PERSONAL SE TRANSFORMA EN UNA TRANSFERENCIA NEGATIVA INTENSA. INSISTEN COMO MEJOR MEDIDA ESTIMULAR EL AUMENTO DE PESO LENTO Y MEDIDA MANEJANDO LA PATOLOGÍA DE CARÁCTER, CON UN APOYO Y PRUDENCIA, EVITANDO LA PROFUNDA DEPENDENCIA.

EN CUANTO A LOS ANORÉXICOS "VACIOS" CON ESTRUCTURA INFERIOR SU CUALIDAD DE "COMO SI" Y SU MANERA DE RELACIONARSE PRESENTA UN RETO IMPORTANTE PARA EL TRATAMIENTO. PUES TIENDEN A INVOCAR UNA CONTRATRANSFERENCIA DE ABURRIMIENTO, DISTRACCIÓN Y FRUSTRACIÓN, DE TAL MANERA QUE LOS QUE TOMEN PARTE EN SU COMPROMISO TERAPÉUTICO ESTÁN SUJETOS "A IR A TRABAJAR" SIN INVOLUCRACIÓN REAL. ELLOS VEN DOS PUNTOS IMPORTANTES PARA EL TRATAMIENTO DE ESTOS PACIENTES 1) EL TERAPEUTA DEBE AYUDAR AL NIÑO Y A SU FAMILIA A CAMBIAR EL FOCO DE SU ATENCIÓN, DE LA PREOCUPACIÓN OBSESIVA POR EL PESO, COMIDA Y SINTOMATOLOGÍA -- DEL PACIENTE A LOS PUNTOS SUBYACENTES INTRAPSÍQUICOS E INTERPERSONALES. 2) EL CONFLICTO PREVIAMENTE ENTERRADO DEBE SER SACADO A LA LUZ LENTAMENTE, EN DOSIS TOLERABLES DADO LA NATURALEZA DE LAS PATOLOGÍAS RÍGIDAS Y "CRUZADAS" DEL ANORÉXICO Y SUS PADRES, ESTO ES UN PROCESO LARGO Y DIFÍCIL.

AMBOS AUTORES ESTÁN DE ACUERDO Y MANIFIESTAN QUE EL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO EN CUANTO A LOS PROBLEMAS DE IDENTIDAD CONSISTEN EN LA RESOLUCIÓN DE REPRESENTACIONES CONTRADICTORIAS - DEL SELF Y EL OBJETO BASADOS EN EXPERIENCIAS PRESENTES CON LOS PADRES ESPECIALMENTE EN LO QUE CONCIERNE A LOS PROBLEMAS DE SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN. PIENSAN QUE DE LOS TRES GRUPOS, ESTE

ES EL MÁS PROBABLE DE OBTENER BENEFICIOS IMPORTANTES DE ESFUERZOS PSICOTERAPÉUTICOS. CUALQUIERA QUE FUERA LA CAUSA DE LAS FALLAS EN SU DESARROLLO QUE HAYAN DADO LUGAR A UN EPISODIO - ANORÉXICO, ESTO SE LOGRAR EQUILIBRAR.

LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y SU FUNCIONAMIENTO REFLEJAN EN EL ADOLESCENTE LA EXPRESIÓN Y RESOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS A PESAR DE QUE LA FAMILIA EN UN PRINCIPIO MINIMIZE EL CONFLICTO - ENTRE LOS MIEMBROS, EL CONFLICTO OCULTO EMERGERÁ, PERO SU RESOLUCIÓN SERÁ DIFÍCIL. LA POSIBILIDAD DEL CONFLICTO LOS HACE CANDIDATOS PARA LA TERAPIA FAMILIAR. (SWIFT Y STERN, 1982. PALAZZOLLI, 1972, MINUCHIN, 1977, DUPONT, 1986.*1

PARA MINUCHIN (1977) LA FAMILIA COMO GRUPO MANIFIESTA EL MISMO TIPO DE CUADRO CLÍNICO QUE EL ANORÉXICO, ASÍ TIENDEN A NEGAR LOS PROBLEMAS FAMILIARES, EVITAN CUALQUIER INDICIO DE CONFLICTO Y PRESENTAN UN FRENTE UNIDO DE "ANORMALIDAD NORMAL". DETRAS DE ESTA FACHADA, LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA SE ENCUENTRAN PATOLÓGICAMENTE ENTRELAZADOS IMPLÍCITOS A UN CONTEXTO - COMO TAL. EXISTE UNA CARACTERÍSTICA DE LEALTAD SIN LÍMITES HACIA LA FAMILIA Y SUS REGLAS Y, UN REPUDIO HACIA LAS LUCHAS INDIVIDUALISTAS, PARTICULARMENTE AGRESIVAS. LA AGRESIVIDAD DIVIDIDA DEL ANORÉXICO SE EXPRESA DIRECTAMENTE CONTRA EL SELF EN LA AUTONEGACIÓN DE SU DIETA E INDIRECTAMENTE HACIA LOS PADRES HACIENDO QUE SU ANSIEDAD SE ELEVE HASTA LÍMITES INTOLERABLES POR LA PATOLOGÍA DE SU HIJO.

WINNICOTT (1960) NOS OFRECE UNA PAUTA TEÓRICA EN LA CUAL SUSTENTAR LAS BASES TÉCNICAS DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO - DEL ANORÉXICO. DESCRIBE A ESTOS PACIENTES, COMO EL PROTOTIPO PSICOSOMÁTICO EN QUIEN LA VERDADERA ENFERMEDAD CONSISTE EN LA PERSISTENCIA DE UNA Ó MÁS DISOCIACIONES EN LA ORGANIZACIÓN DEL

*1. En un trabajo en vías de publicar.

YO. POR LO TANTO RECOMIENDA PROPORCIONAR A ESTOS PACIENTES - TIEMPO Y OPORTUNIDAD PARA RECUPERAR SUS PARTES DISOCIADAS Y LLEGAR A EXPRESAR SUS CONFLICTOS BÁSICOS, YA NO CORPORALMENTE, SINO MEDIANTE EL FUNCIONAMIENTO DE UN PROCESO SECUNDARIO.

EN UN TRABAJO INÉDITO DUPONT*1 PLANTEA QUE LA FAMILIA DEL ANORÉXICO SUFRE UNA FALLA EN LA FUNCIÓN DEL CONTINENTE ELABORATIVO Y METABOLIZADOR DE LAS ANSIEDADES QUE APORTAN SUS MIEMBROS DESDE SU CONFLICTO, Y ENTONCES, ELIGEN A UNA DE SUS MIEMBROS PARA DEPOSITARIO Y PORTADOR DE LAS ANSIEDADES QUE LA FAMILIA, COMO GRUPO, ES INCAPAZ DE ELABORAR, ASÍ JUSTIFICA LAS OPINIONES DE ALGUNOS AUTORES COMO SPERLING (1973) PALAZZOLLI (1971) QUIENES RECOMIENDAN LA PSICOTERAPIA FAMILIAR COMO MEDIDA INDISPENSABLE PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ANORÉXICO.

COHLER (1975) PIENSA QUE EL RESULTADO DE COMPARTIR LAS - PERFECCIONES Y SENTIMIENTOS DEL ANORÉXICO, HABLA DE LA CAPACIDAD DEL TERAPÉUTA PARA ENTENDER EL SIGNIFICADO DE LAS PERCEPCIONES PARTICULARES DEL PACIENTE, DE SÍ MISMO Y DE OTROS PARA LA ADAPTACIÓN Y LA SOBREVIVENCIA DEL PACIENTE. EN NINGUNA - PARTE ESTO ES MÁS IMPORTANTE QUE EL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA - NERVIOSA DONDE LOS SENTIMIENTOS DE ESTADO DE SEPARACIÓN Y LA PÉRDIDA DE CONTROL SON TAN IMPORTANTES EN EL ENTENDIMIENTO DE LA FORMACIÓN DEL SÍNTOMA.

PARA COHLER (1975) EL DESEO DE VER COMER EL TERAPÉUTA A LA PACIENTE SURGE POR INTERÉS NO SÓLO EN LA PACIENTE SINO EN SU PROPIA REPUTACIÓN. CUANDO LA PACIENTE CONOCE ESTE DESEO - PORQUE ELLA COMA DESDE UN INTERÉS INSTITUCIONAL, ASÍ COMO EL DESEO DE AYUDARLA A GANAR AUTONOMÍA, NO RESULTARÁ SORPRENDENTE EL QUE ELLA PUDIERA TENER POCO DESEO DE AJUSTARSE A LOS REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES. DESPUÉS DE TODO EL SÍNTOMA DE NO COMER SURGE DEL MIEDO A LA PÉRDIDA DE CONTROL Y LA NECESIDAD DE MANTENER ALGÚN CONTROL AUTÓNOMO.

LA LITERATURA TÉCNICA SUGIERE QUE ES IMPORTANTE PERMITIR QUE LA PACIENTE EXPERIENCIE LA SIMBIOSIS ORIGINAL MADRE-HIJA

*1. El Enigma de la Psicosis en la Anorexia Mental. En vías de publicación.

EN LA TRANSFERENCIA. PARA LA RESOLUCIÓN DE ESTA SIMBIOSIS, - EL TERAPEUTA DEBE ESTAR PREPARADO PARA COLOCARSE EN LA IRREMEDIABLE POSICIÓN DE SER CONTROLADO POR LA PACIENTE. LA ACEPTACIÓN DEL TERAPEUTA DE ESTE DESARROLLO, AYUDA A LA PACIENTE A LOGRAR SU INDIVIDUACIÓN Y UN SENTIDO DE AUTONOMÍA Y CONSOLIDAR SU IDENTIDAD (COHLER 1975).

PARA BRUCH (1973) EN UN TRATAMIENTO EFECTIVO DEBEN LOGRAR SE CAMBIOS Y CORRECCIONES DE DIFERENTES ÁREAS. LA NUTRICIÓN DEL PACIENTE DEBE: MEJORARSE, LA INVOLUCRACIÓN ESTRECHA CON - LAS NECESIDADES DE LA FAMILIA RESOLVERSE, LA CONFUSIÓN INTERNA Y CONCEPTOS EQUIVOCADOS REQUERIRAN CLARIFICACIÓN. EN LA - CLARIFICACIÓN DE LA INVOLUCRACIÓN FAMILIAR EL TRABAJO DIRECTO CON LA TERAPIA FAMILIAR Y LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL SE COMPLEMENTAN UNA CON OTRA. AUNQUE LOS PROBLEMAS FAMILIARES EXISTEN, UNA SOLA SOLUCIÓN NO ES SUFICIENTE YA QUE EL PACIENTE HA INTEGRADO A LOS PATRONES DE TRATAMIENTO ENFOCADO A RECONSTRUIR LOS PATRONES DE INTERACCIÓN AL DESARROLLO Y LA CORRELACIÓN DE CONCEPTOS PRESENTES DE LO QUE LA ANOREXIA HABÍA EXPERIMENTADO, REQUERIRÁ DE UNA COLABORACIÓN ACTIVA POR LA PARTE DE ELLA. PARA LA AUTORA, ESTO REPRESENTARÁ UN ESTÍMULO PARA EL DESARROLLO DE MAYOR INDEPENDENCIA TAN LIMITADO EN ESTE TIPO DE PACIENTES Y LA OPORTUNIDAD DE VALORAR Y COMPROBAR LOS EFECTOS DE ESTA TÉCNICA ASÍ COMO LOS BENEFICIOS QUE PUEDA REPRESENTAR PARA EL TRATAMIENTO Y LA RESOLUCIÓN A UN TRASTORNO TAN IMBRICADO - COMO RESULTA SER LA ANOREXIA NERVIOSA.

ESTE CAMBIO SUSTENTADO POR ELLA EN LA ORIENTACIÓN DEL TRATAMIENTO DE UN ENFOQUE SOBRE EL CONTENIDO HASTA EL ÉNFASIS SOBRE LA INTERACCIÓN FUNCIONAL, CONLLEVA A UNA REDEFINICIÓN DEL PAPEL DEL TERAPEUTA. PROPONE: LA TAREA NO ES TANTO PROMOVER LA INTROSPECCIÓN ACERCA DEL SIGNIFICADO SIMBÓLICO DE LOS SÍNTOMAS SINO AYUDAR AL PACIENTE EN LA MANERA DE ENFRENTAR LAS - REALIDADES DE SU VIDA EN EL PASADO Y PRESENTE. POR LO TANTO, LOS PACIENTES NECESITAN COMPRENDER QUE SE ESTÁ PONIENDO UNA - ATENCIÓN CERCANA Y ALERTA A LO QUE ELLOS DICEN Y A SUS CONTRIBUCIONES. ÉSTO ES ESENCIAL SI EL PROCESO DE INDIVIDUACIÓN --

QUE SE DESVIÓ EN SUS PRIMEROS AÑOS DE VIDA, ESTÁ POR LLEVARSE A CABO. NECESITAN ENFRENTARSE A LOS PROBLEMAS DE VIVIR EN EL PRESENTE, RECONSTRUIR LO QUE HICIERON Y LO QUE SUCEDIÓ DURANTE EL PERIODO PREVIO A LA ENFERMEDAD Y COMPRENDER COMO SUS -- EXPERIENCIAS INTERFERIERON EN EL DESARROLLO DEL SENTIDO DEL -- SELF Y COMPETENCIA. (BRUCH, 1982).

EL ANÁLISIS DE LOS DESCUBRIMIENTOS REVELÓ, EN CUANTO A -- TRATAMIENTO, EL ESFUERZO QUE EL PACIENTE REALIZABA PARA RECONSTRUIR LO QUE HABIA SUCEDIDO REALMENTE, LO QUE HABÍA EXPERIMENTADO, Y EL REQUERIMIENTO DE UNA COLABORACIÓN ACTIVA POR PARTE DE ESTE. DE ACUERDO A SUS HALLAZGOS ESTO EN SÍ MISMO, REPRESENTA UN ESTÍMULO PARA EL DESARROLLO DE UNA MAYOR INDEPENDENCIA Y MEJORA. EXPLICA: "PARA ALGUNOS PACIENTES ESTA ERA LA PRIMERA EXPERIENCIA DE SENTIR QUE LO QUE ELLOS DIJERAN ERA ESCUCHADO Y ERA IMPORTANTE EN LUGAR DE SENTIR QUE SUS SENTIMIENTOS Y EL SIGNIFICADO DE LO QUE TRANSMITÍAN ERA INTERPRETADO". ASÍ SE RECONOCIÓ QUE PROMOVER LA INTROSPECCIÓN A TRAVÉS DE INTERPRETACIONES DE MOTIVACIÓN REFORZABA LAS DEFICIENCIAS BÁSICAS DE LA ESTRUCTURA DE UNA PERSONALIDAD. TAMBIÉN SE RECONOCIÓ QUE ESTOS PACIENTES EXPERIMENTABAN EMOCIONES Y SENSACIONES CORPORALES DE UNA INTENSIDAD POCO COMÚN.

METODOLOGIA

A.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.- LA ANOREXIA SE REFIERE A UN SÍNDROME CARACTERIZADO POR UN RECHAZO DETERMINADO PSICOLÓGICAMENTE HACIA LA COMIDA. SIN UNA ENTIDAD NOSOLÓGICA ESPECÍFICA Y ASOCIADA CON UNA VARIEDAD DE DESÓRDENES, ESTE DISTURBIO OCURRE PRINCIPALMENTE EN MUJERES JÓVENES ENTRE LOS 12 Y 25 AÑOS.

EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS SE HAN REALIZADO VARIAS DESCRIPCIONES CUIDADOSAS Y COMPENSIBLES DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ESTE TRASTORNO (KING, 1963; BRUCH 1966; SOURS, 1968; HALMI Y COLABORADORES 1974; SILVERMAN 1974), ALGUNOS ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS (DALLY, 1969; HALMI, 1974), Y ALGUNOS ESTUDIOS SUBSECUENTES (KAY Y LEIGH, 1954; CRISP, 1965; STICKER, 1968; THEANDER, 1970; HALMI Y COAUTORES, 1955; MORGAN Y RUSSELL, -- 1975) QUE HAN PROPORCIONADO EVIDENCIAS SUSTANCIALES PARA EL CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA PRESENTADA EN LA TERCERA EDICIÓN DEL "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales" (DSM III).

ESTE SÍNDROME HA TRATADO DE SER EXPLICADO POR DIFERENTES AUTORES, PARECIERA QUE SU FRECUENCIA SE HA INCREMENTADO Y AFECTA EN UNA INCIDENCIA MÁS ALTA A MUJERES JÓVENES PROVENIENTES DE HOGARES PRÓSPEROS. AUTORES COMO: SWIFT Y STERN, (1982); MASTERSON, (1977); PALAZZOLLI (1978); BRUCH, (1982) SEÑALAN COMO PROBLEMA BÁSICO EN LA ANOREXIA UN TRASTORNO EN EL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD Y LA PERSONALIDAD. ESTE TRASTORNO DEL DESARROLLO OBEDECERÍA A UN RETRASO EN EL DESARROLLO POR UNA FALLA EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN, COMO EL RESULTADO DE LA RELACIÓN MADRE-HIJA CRÓNICAMENTE PERTURBADA.

LAS REVISIONES DE LA EXTENSA LITERATURA SOBRE ANOREXIA LLEGAN A CONCLUSIONES COMUNES (NEMIAH, 1958; BLISS Y BRANCH, 1960; THOMA, 1963; BRUCH, 1965, 1966, 1970, 1982; ROWLAND, 1970; THEANDER, 1970); 1) ES BASTANTE FRECUENTE QUE LOS SÍNTOMAS ESTÉN DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON CONFLICTOS INTERPERSONALES.

NALES E INTRAPSÍQUICOS; 2) LA ANOREXIA SIMBOLIZA LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ALIMENTACIÓN, ORALIDAD Y CUIDADO NUTRICIONAL DE LA PRIMERA RELACIÓN MADRE-HIJO Y LA EXPECTACIÓN DE CUIDADO.

TOMANDO EN CUENTA ESTOS TRABAJOS Y POR UN INTERÉS PRIMORDIAL ACERCA DEL TEMA, EFECTUARÉ ESTA INVESTIGACIÓN A PARTIR DEL ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO DE ANOREXIA NERVIOSA.

B.- FORMULACION DE HIPOTESIS.- LA HIPÓTESIS DE TRABAJO PRESUPONE QUE LA ANOREXIA NERVIOSA SE PRESENTA EN PERSONAS QUE NO HAN DESARROLLADO (O NO HAN COMPLETADO EL DESARROLLO) DEL PROCESO SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN Y QUE SOSTIENEN CON FRECUENCIA RELACIONES DE DOBLE VÍNCULO CON LA PERSONA HACIA QUIEN DIRIGEN SU DEPENDENCIA. ENTONCES LA FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS SERIA:

- H1.- NO EXISTE UNA FALLA EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA Y -- CUALQUIER PRESENCIA DE DOBLE VÍNCULO SE DEBE A CIRCUNSTANCIAS ALEATORIAS.
- H01. EXISTE UNA FALLA EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA Y SE DA UNA SERIE DE MANIFESTACIONES DE RELACIONES DE DOBLE VÍNCULO.
- H2.- NO EXISTE UNA FALLA EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN PERO SE PRESENTAN RELACIONES DE DOBLE VÍNCULO EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA.
- H3. NO EXISTE UNA FALLA EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN Y TAMPOCO SE DAN RELACIONES DE DOBLE VÍNCULO EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA.

C.- DEFINICION DE TERMINOS.- SE ENTIENDE POR ANOREXIA NERVIOSA AL TRASTORNO PSICOSOMÁTICO QUE SE CARACTERIZA POR EL RECHAZO A LA COMIDA, DETERMINADO PSICOLÓGICAMENTE QUE OCURRE PRINCIPALMENTE EN ADOLESCENTES JÓVENES. SU CARACTERÍSTICA BÁ

SICA ES POR SUPUESTO LA BÚSQUEDA TENAZ DE LA DELGADEZ (BRUCH, 1973) QUE DA POR RESULTADO UNA BAJA SIGNIFICATIVA DE PESO A MENUDO MAYOR DEL 25% DEL ORIGINAL. DEBIDO A LA PÉRDIDA DE PESO LA ACTIVIDAD MENSTRUAL CESA. MUESTRAN UN MIEDO MÓRBIDO Y DETERMINANTE DE LA GORDURA JUNTO CON UNA PERCEPCIÓN FALSA DEL CUERPO QUE LOS HACE VERSE ASÍ MISMOS GORDOS.

EL CASO CLÍNICO A ESTUDIAR FUÉ DIAGNÓSTICADO DE ACUERDO AL CRITERIO DEL DSM III (MANUAL DE DIAGNÓSTICO ESTADÍSTICO DE LOS DESORDENES MENTALES) EN EL CUAL SE CONSIDERAN LOS SIGUIENTES FACTORES PARA SU ESTABLECIMIENTO.

- 1.- CONDUCTA DIRIGIDA HACIA LA PÉRDIDA DE PESO
- 2.- PATRONES PECULIARES EN EL MANEJO DE LA COMIDA
- 3.- PÉRDIDA DE PESO
- 4.- MIEDO INTENSO A SER OBESO
- 5.- DISTURBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL
- 6.- AMENORREA EN LAS MUJERES

PARA HABLAR DE PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN RECURREMOS A MAHLER (1975) QUIEN LO DESCRIBE COMO UN FENÓMENO QUE CONLLEVA A DIFERENCIAR A UN OBJETO DEL OTRO Y AL ESTABLECIMIENTO DE UNA IDENTIDAD PROPIA. ENTONCES EL LOGRO EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN IMPLICA LA ESTRUCTURACIÓN DE UNA FORMACIÓN DISCRETA DE LA IDENTIDAD, SEPARACIÓN E INDIVIDUALIDAD.

ELLA HA PROPUESTO TRES FASES DEL DESARROLLO ESENCIALES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LA IDENTIDAD. LA ÚLTIMA DE Ellas ES LA FASE SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN QUE INCLUYE CUATRO SUBFASES:

- 1.- FASE AUTISTA
- 2.- FASE SIMBIÓTICA
- 3.- FASE DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN
 - 3.1. DIFERENCIACIÓN
 - 3.2. PROCESO DE PRÁCTICA

3.3. ACERCAMIENTO

3.4. SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN PROPIAMENTE DICHA

COMO SABEMOS, TANTO EL AUTISMO NORMAL Y LA SIMBIOSIS SON PREREQUISITOS PARA LA SIGUIENTE FASE QUE SE INICIA EN LA CÚSPIDE DE LA RELACIÓN SIMBIOTICA (CUANDO YA EL COMPAÑERO NO ES INTERCAMBIABLE), INICIANDOSE EL PROCESO POR MEDIO DEL CUAL EL NIÑO PERCIBE QUE ÉL Y SU MADRE NO SON EL MISMO OBJETO. ÉSTE PROCESO SE EXPRESA CON LA ANSIEDAD DE SEPARACIÓN QUE ES PRECURSORA Y PROTOTIPO DE TODA ANSIEDAD POSTERIOR Y MARCA EL INICIO DE LA TERCERA ETAPA: PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN.

LA PRIMERA SUBFASE DE SEPARACIÓN SE AMPLIA DE LOS CUATRO A LOS 10 Ó 13 MESES Y SE DISTINGUE POR LA ANSIEDAD DEL BEBÉ, CADA VEZ QUE ES EXPUESTO A LA SEPARACIÓN DE LA MADRE. EL DESPLAZAMIENTO A TRAVÉS DE LA LOCOMOCIÓN, EL MIRAR SU AMBIENTE Y DISTINGUIR A SU MADRE DE OTRA PERSONA, SON SIGNOS EVIDENTES - DE QUE SE INICIA LA DIFERENCIACIÓN ENTRE EL NIÑO Y SU MADRE.

EN LA SIGUIENTE FASE LLAMADA DE PRÁCTICA SE ESTABLECE LA PRIMERA FORMACIÓN DE IDENTIDAD CONSISTENTE EN VERSE CON LA MADRE MUTUAMENTE EN ESPEJO, REFORZANDO EL NIÑO SU IDENTIDAD A PROPÓSITO DE LA REDUPLICACIÓN. EN LA PRÁCTICA TEMPRANA SE ANUNCIAN LAS PRIMERAS HABILIDADES FÍSICAS COMO GATEAR, TREPAR, CAMINAR Y EN LA SEGUNDA PARTE DE ESTA SUBFASE APARECE EL ÉXITO TOTAL DE LA LOCOMOCIÓN, CONTROL VOLUNTARIO DE LOS ÓRGANOS, LOGROS QUE SON UTILIZADOS PARA INDICAR EL PERÍODO DE PRÁCTICA DE SEPARACIÓN DE LA MADRE.

SE CONSIDERA UN PERÍODO DE GRAN VULNERABILIDAD, LA TERCERA SUBFASE DE REAPROXIMACIÓN QUE SE EXTIENDE DE LOS 18 MESES A LOS 24 MESES. EN ESTA ÉPOCA AUMENTA LA SEPARACIÓN FÍSICA Y EL PLACER DE LAS FUNCIONES AUTÓNOMAS, LA CAPACIDAD PARA LA COMUNICACIÓN SEMÁNTICA. ASÍ MISMO, LAS REPRESENTACIONES DEL PENSAMIENTO REEMPLAZAN LA CONDUCTA DE ACERCAMIENTO ACTIVO POR UN ACERCAMIENTO Ó APROXIMACIÓN DE UN NIVEL MÁS ALTO (LENGUAJE -- SIMBOLICO, JUEGO). EN ESTE PERIODO ES NECESARIA UNA ATMOSFERA

EN LA QUE LA MADRE ESTÉ DISPONIBLE EMOCIONALMENTE PARA QUE LE PERMITA AL NIÑO SOBREPONERSE A ESA ANSIEDAD DE SEPARACIÓN.

MAHLER DESCRIBE LA CUARTA Y ÚLTIMA SUBFASE DE SEPARACIÓN PROPIAMENTE DICHA. SE CARACTERIZA POR EL DESPLIEGUE DE FUNCIONES COGNITIVAS COMPLEJAS; LA COMUNICACIÓN VERBAL, LA FANTASÍA Y LA PRUEBA DE REALIDAD. DURANTE ESTE PERÍODO DE RÁPIDA DIFERENCIACIÓN DEL YO DESDE LOS 20 Ó 22 MESES HASTA LOS 30 Ó 36 MESES SE DESARROLLA LA INDIVIDUACIÓN. EL ESTABLECIMIENTO DE LAS REPRESENTACIONES MENTALES DEL YO COMO ALGO NETAMENTE SEPARADO DE LAS REPRESENTACIONES DE LOS OBJETOS, PREPARA EL CAMINO PARA LA FORMACIÓN DE LA AUTOIDENTIDAD. EN ESTA ETAPA EL NIÑO DISTINGUE NÍTIDAMENTE LO QUE PROVIENE DEL EXTERIOR Y LO QUE PROVIENE DE SÍ MISMO. APARECE TAMBIÉN CIERTO GRADO -- DE CAPACIDAD DE SÍNTESIS E INTEGRACIÓN, DE TAL FORMA QUE EL NIÑO DISTINGUE LA FIGURA DE LA MADRE Y LA DEL PADRE SIN CONFUNDIR LOS ESTÍMULOS NI LOS AFECTOS QUE PROVIENEN O EVOCAN A CADA UNO DE ELLOS. DISTINGUE ASÍ MISMO SUS PROPIOS LÍMITES Y SU AUTOREPRESENTACIÓN, ES DECIR, ESTA PREPARADO PARA SEPARARSE E INDIVIDUARSE.

DOBLE VÍNCULO.- EN UNA DEFINICIÓN ALGO MODIFICADA Y -- AMPLIADA, LOS INGREDIENTES, PARA UNA COMUNICACIÓN DE DOBLE -- VÍNCULO PUEDEN DESCRIBIRSE DE LA SIGUIENTE MANERA:

1) DOS Ó MAS PERSONAS PARTICIPAN EN UNA RELACIÓN INTENSA QUE POSEE UN GRAN VALOR PARA LA SUPERVIVENCIA FÍSICA Y/O PSICOLÓGICA DE UNA, VARIAS Ó TODAS ELLAS. SITUACIONES EN LAS QUE ESAS RELACIONES INTENSAS EXISTEN E INCLUYEN, NO SE LIMITA A LA VIDA FAMILIAR.

2) EN ESTE CONTEXTO SE DA UN MENSAJE QUE ESTÁ ESTRUCTURADO DE TAL MODO QUE: A) AFIRMA ALGO, B) AFIRMA ALGO DE SU PROPIA AFIRMACIÓN Y, C) AMBAS AFIRMACIONES SON MUTUAMENTE EXCLUYENTES. ASÍ, SI EL MENSAJE ES UNA INSTRUCCIÓN, ES NECESARIO -- DESOBEDECERLA PARA OBEDECERLA.

3) POR ÚLTIMO, SE IMPIDE QUE EL RECEPTOR DEL MENSAJE SE EVADA DEL MARCO ESTABLECIDO POR ESE MENSAJE, AUNQUE EL MENSAJE CAREZCA DE SENTIDO DESDE EL PUNTO DE VISTA LÓGICO, CONSTITUYE UNA REALIDAD PRAGMÁTICA, EL RECEPTOR NO PUEDE DEJAR DE REACCIONAR A ÉL, PERO TAMPOCO PUEDE REACCIONAR A ÉL EN FORMA APROPIADA (NO PARADÓJICA) PUES EL MENSAJE MISMO ES PARADÓJICO. BATESON, JACKSON, HALSEY Y WEAKLAND (1956), WATZLAWICK, BEAVIN Y JACKSON (1983).

TRATANDO DE DEFINIRLA OPERACIONALMENTE, DIRÍA QUE LA COMUNICACIÓN DE DOBLE VÍNCULO SERÍA AQUELLA QUE SE LLEVA A EFECTO ENTRE DOS O MÁS PERSONAS RELACIONADAS EN UNA FORMA INTENSA CUYOS MENSAJES ESTÁN ESTRUCTURADOS DE TAL FORMA QUE SON EXCLUYENTES E ILÓGICOS. CONSECUENTEMENTE EL RECEPTOR SE VE INVALIDADO "ATRAPADO" PARA REACCIONAR PORQUE EL MENSAJE MISMO ES UNA PARADÓJA.

D.- LA MUESTRA.- LA CONSTITUYE EL CASO CLÍNICO DE UNA ADOLESCENTE FEMENINA QUE PRESENTA ANOREXIA NERVIOSA PRIMARIA CUYAS SESIONES DE PSICOTERAPIA SERÁN EXPUESTAS PARA ILUSTRAR EL CUADRO PSICOPATOLÓGICO. PARA MAYOR COMPRESIÓN DEL CASO - A ESTUDIAR REVISAREMOS SU HISTORIA CLÍNICA.

ANA ES UNA ADOLESCENTE DE QUINCE AÑOS DE EDAD QUE IMPRESIONA POR SU DELGADEZ EXTREMA Y TEZ DEMACRADA. ESTA DELGADEZ LA INTENTA CUBRIR PONIÉNDOSE DOS FALDAS, HASTA TRES BLUSAS Y SUÉTER. SU ESTATURA ES PROMEDIO, AL MOMENTO DE LLEGAR A TRATAMIENTO PESABA 36 KILOS, (ANTES 50). DE TEZ BLANCA, RASGOS ORIENTALES Y PRESENCIA DE PELO LANUGO. SU EDAD CRONOLÓGICA - NO CONCUERDA CON LA REAL, APARENTA TENER MENOS EDAD. CAMINA ENCORVADA COMO SI DESPLAZARSE LE COSTARA TRABAJO. SUS MOVIMIENTOS SON LENTOS Y DÉBILES ADVIRTIÉNDOSE FALTA DE ENERGÍA. SU APARIENCIA FÍSICA EN GENERAL MUESTRA DETRIMENTO.

CUANDO ELLA LLEGÓ A EL TRATAMIENTO SU ESTADO ERA EL SIGUIENTE: EN UN TÉRMINO DE CUATRO MESES HABÍA PERDIDO CATORCE

KILOS (MÁS DE UN 25% DE SU PESO ORIGINAL), SUS SÍNTOMAS SE -- HABÍAN INICIADO EN FORMA COINCIDENTE CON LA SEPARACIÓN FINAL DE LOS PADRES Y CONSISTÍAN EN "UN INTENSO DOLOR DE ESTÓMAGO, COMO SI TRAJERA FUERTEMENTE CLAVADA UNA ESTACA, NO TOLERO LA COMIDA ME RESPA Y NO LA PUEDO TRAGAR", SENSACIÓN DE NAÚSEA Y VÓMITO.

SOLO COMIA CIERTO TIPO DE ALIMENTOS COMO: LA MANZANA Ó - UN YOGHURT "ESPECIAL" ELABORADO POR LA MADRE, FRECUENTEMENTE USABA LAXANTES PARA PROVOCARSE DIARREAS SIN QUE SUS FAMILIARES TUVIERAN CONOCIMIENTO DE QUE ESTO OCURRIERA. LOS ALIMENTOS LOS CLASIFICABA ENTRE "BUENOS Y DIGERIBLES Ó MALOS E INGERIBLES". SU AMENORREA DATABA DE TRES MESES Y LA CEFALEA TENSIONAL DE SEIS MESES DE EVOLUCIÓN.

DE ACUERDO A LOS RELATOS DE LA MADRE, ANA COMENZÓ SU DIETA "BRUTAL" AL MES DE QUE SU TÍO MURIERA, COINCIDIENDO ADEMÁS CON EL ABANDONO FINAL DEL PADRE Y SU SEPARACIÓN DE LA CASA. AL MISMO TIEMPO SU HIPERACTIVIDAD EMPEZÓ EN ESA ÉPOCA: CORRÍA CINCO KILOMETROS DIARIAMENTE EN LA MAÑANA Y PEDALEABA TODO EL DÍA LA BICICLETA, PARA PERDER MÁS PESO.

IGUALMENTE, COMENZÓ A TOMAR LAXANTES "PARA LIMPIARSE EL ESTÓMAGO". ENSEGUIDA APARECIERON EL VÓMITO Y LAS DIARREAS. - LA PÉRDIDA DE PESO FUE CASI INMEDIATA ASÍ COMO LA DEBILIDAD FÍSICA, EL ASPECTO DEMACRADO Y LA AMENORREA.

LA MADRE HABÍA PEDIDO CON ANTERIORIDAD AYUDA PSQUIÁTRICA A UN HOSPITAL DEL ESTADO, POR SU IRRITABILIDAD Y PROBLEMAS PARA LA COMIDA. DE ESTA INSTITUCIÓN FUÉ CANALIZADA PARA SU TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO PARTICULAR. CUANDO LA MADRE LO SOLICITÓ ESTABA MUY ANGUSTIADA E INSISTÍA EN QUE COMIERA. ANA PERSISTÍA EN COMER EXCLUSIVAMENTE YOGHURT Y A VECES FRUTA. LA ELECCIÓN DE ESTOS ALIMENTOS PARA LA DIETA ERA INTERSANTE, INSISTÍA EN INCLINARSE POR EL YOGHURT PARA ASEGURARSE DE NO LLEGAR A ENGORDAR.

D.1.- HISTORIA FAMILIAR.- Su padre extranjero, vino a México de muy corta edad. Ya adolescente empezó a trabajar - como comerciante, amasando una gran fortuna "a base de mezquindad que contrasta con su gusto y afición por el oro, los dólares y los bienes raíces". Vivió en unión libre con la madre de Ana y luego secretamente, se casó y formó otra familia, antes de que ella naciera. Paulatinamente la familia de Ana -- pasó a segundo término. Desde que nació la presencia del padre se limitó a visitas diarias por momentos, en las tardes hasta hace cuatro meses en que la separación de sus padres fué definitiva.

La madre de Ana es una mujer simbiotizante que siempre - ha dependido de los otros, desorganizada, sumamente ansiosa, con dificultad para el control de impulsos, y establecer límites, sin criterio propio, siempre en búsqueda del deseo de -- los otros. Explotada por su familia y sometida a las decisiones de su propia madre. Tempranamente fue abandonada por el padre, se unió a su pareja a los 15 años, "para tener un padre que nunca tuve". Siempre ha tenido miedo de que le vaya a pasar algo a los hijos, que los maten, ó que se maten.

Desde hace dos años la abuela materna se integró a la -- familia. Inicialmente vino de vacaciones por un mes, aún continúa allí. La abuela es un personaje relevante dentro del hogar, muy inmiscuida en la vida de su hija y en la relación -- de su hija con su nieta.

Ana tiene dos hermanos, uno mayor, casado, con el que tuvo una rivalidad acentuada. Explica la madre "desde su nacimiento la odió, nunca pude dejar sola a Ana porque temí que - su hermano la matara", la atacaba y golpeaba. Este hermano - fué muy castigado por el padre, porque como fue el mayor, la madre sostenía una relación muy simbiótica con él hasta los - 10 años cuando Ana nació. Por otro lado el padre no lo toleraba, percibiéndolo como rival. Lo maltrataba y vejaba, cuan

DO ÑA APARECE EN LA ESCENA FAMILIAR, EL PIERDE LA SIMBIOSIS CON LA MADRE Y SUFRE EL DESPEGO TOTAL DEL PADRE. LA MADRE RE LATA QUE: LE ANGUSTIABA DEJARLO SOLO EN LA CASA CON EL PADRE POR TERROR A QUE ÉSTE REALMENTE LO FUERA A MATAR EN SU AUSEN-- CIA: "CREO QUE ODIABA A SU HIJO, POR ESO ES HIJO MÍO NADA MÁS".

JULIO EL HERMANO MENOR, "VINO EN FORMA ACCIDENTAL" CUAN- DO LOS PADRES CONVIVÍAN OCASIONALMENTE, NUNCA LO DESEARON Y - DURANTE EL EMBARAZO HUBO FANTASÍAS DE ABORTO. SU RECHAZO Y - ABANDONO FUÉ OBVIO DESDE EL NACIMIENTO. FUÉ LA SIRVIENTA, -- QUIEN SE OCUPÓ DE ÉL DESDE EL PRINCIPIO. A LA MADRE NUNCA LE IMPORTÓ, TAMPOCO LO ATENDIÓ. TENÍA CUATRO AÑOS DE EDAD CUANDO INTENTO SUICIDARSE POR PRIMERA VEZ CON UN CORDÓN DE LA CORTI- NA, Y HASTA LA FECHA LLEVA TRES INTENTOS SUICIDAS. DEPRIVADO EMOCIONALMENTE, SIN VIDA DE RELACIÓN Y CONTINUOS FRACASOS ES- COLARES PERMANECE AL MÁRGEN DE LA VIDA FAMILIAR.

EN LA MISMA CASA VIVEN TAMBIÉN UNA NIETA DE LA ABUELA -- "RECOGIDA", PRIMA HERMANA DE ÑA Y UN ADOLESCENTE TARDÍO NO -- CONSANGUÍNEO NI EMPARENTADO POR NINGÚN VÍNCULO A LA FAMILIA - QUE LA MADRE "RECOGIÓ".

ÑA CRECIÓ EN MEDIO DE VIOLENCIAS, AGRESIONES FÍSICAS Y VERBALES DE LOS PADRES, LAS DISCUSIONES EN CASA ERAN PORQUE - EL PADRE SE NEGABA A QUE LA MADRE SALIERA A LA CALLE, SI ASÍ SUCEDÍA, LA GOLPEABA, CANSADA DE LOS GOLPES, LA MADRE TOMÓ - CLASES DE KARATE POR CINCO AÑOS, PARA DEFENDERSE. YA MAYOR-- CITA ÑA, TAMBIÉN DEFENDÍA A LA MADRE CUANDO ERA GOLPEADA, Y AGREGA: "COMO NO LA IBA A DEFENDER, SI ERA MI MADRE Y ES LO ÚNICO QUE ME IMPORTA EN EL MUNDO".

D.2.- HISTORIA PERSONAL.- Después de nueve años de ESTE RILIDAD SECUNDARIA DE LA MADRE, SE EMBARAZA DE ÑA EN UN MO- MENTO DE CRISIS CON SU PAREJA AL ENTERARSE DE SU CASAMIENTO. LA MADRE PIENSA QUE QUIZAS SE EMBARAZÓ PARA QUE EL NUEVO HIJO ATRAJERA LA ATENCIÓN Y CARIÑO DEL PADRE, DADO QUE ELLA TENÍA UNA RELACIÓN MUY ESTRECHA CON SU HIJO MAYOR VARÓN. EN ESTAS

CIRCUNSTANCIAS NACE ANA.

DURANTE EL AMAMANTAMIENTO LA MADRE PADECÍA DE UN DOLOR - DE PECHO Y PENSABA "BUENO, QUE ME DUELA, ASÍ NO VOY A TENER - REMORDIMIENTO SI LE QUITO EL PECHO". FUE DESTETADA AL MES, - "ENSEGUIDA EMPEZÓ A PADECER DE DIARREAS, LAS LECHEs NO LE -- CAÍAN BIEN". LA MADRE RECUERDA QUE DE BEBÉ LLORABA MUCHO POR QUE TENÍA HAMBRE, LE DABA DE COMER Y SE CALMABA, PERO SUFRÍA DE DIARREAS Y ENTONCES DEJABA DE DARLE PECHO.

SUS PAUTAS DE DESARROLLO DURANTE LA PRIMERA INFANCIA SE DIERON EN LOS TIEMPOS APROPIADOS Y ANA FUÉ CAPAZ DE LEVANTAR- SE SOLA A LOS SEIS MESES, CAMINAR CERCA DEL AÑO Y COMENZÓ A - HABLAR CON ORACIONES PARCIALES A LOS DOS AÑOS, CONTROLÓ ESFIN TERES AL AÑO. EMPEZÓ SU ENTRENAMIENTO DE ESFINTERES A LOS - SEIS MESES DE EDAD: *1,"LA SENTABA Y LA ESTABA VIGILANDO TODO EL TIEMPO CON MI MIRADA, NO LA DEJABA QUE SE PARARA HASTA QUE NO HACIA. ELLA TAMBIÉN ME MIRABA Y CON LA PURA MIRADA DE ELLA TAMBIÉN YO SABÍA CUANDO HABÍA TERMINADO, ENTONCES, LA PARABA". EN ESTA DESCRIPCIÓN DE COMO ENTRENÓ A SU HIJA EN EL CONTROL DE SUS ESFINTERES PODEMOS VER LOS COMIENZOS DEL CONTROL DE LA MA DRE EN CUANTO A LA CONDUCTA DE SU HIJA, LA CUAL HA CONTINUADO.

LA DESCRIBEN COMO UNA NIÑA INQUIETA, VIVA PERO AGRESIVA *2 "NO PODÍA SALIR SOLA PORQUE MALTRATABA A OTROS NIÑOS, LOS MORDÍA O DESCALBRABA, POR ESO SIEMPRE LA TENÍA QUE TENER JUN TO A MÍ Ó EN UN LUGAR QUE LA PUDIERA CONTROLAR". EXPLICA QUE TAL VEZ SE VOLVIÓ AGRESIVA PORQUE DESDE PEQUEÑA APRENDIÓ A -- DEFENDERSE DE SU HERMANO MAYOR QUE LE LLEVA DIEZ AÑOS. *3"DUR ANTE MUCHOS AÑOS EL FUÉ EL REY, LLEGÓ ANA Y LO DESBANCÓ, -- SIEMPRE LE TUVO MUCHOS CELOS, LA ODIABA, NUNCA LA QUISO, LE AGARRÓ RESENTIMIENTOS Y ME DECÍA: LA VOY A MATAR, POR ESO TAM

- *1. Palabras de la madre.
- *2. Palabras de la madre.
- *3. Palabras de la madre.

POCO NUNCA LA DEJE SOLA".

DESDE PEQUEÑA LE GUSTABA GOLPEAR A OTROS NIÑOS, POR ESTA RAZÓN EXPLICA *1 "SIEMPRE LA TUVE PEGADA A MÍ, NO TENÍA TRANQUILIDAD SI SE IBA LEJOS, TEMÍA QUE ALGO LE FUERAN HACER. NI EN LA CASA PODÍA DEJARLA SOLA, SIEMPRE LA VIGILABA Y LA TENÍA CERCA DE MÍ". ASÍ SE FUÉ DESARROLLANDO EN MEDIO DEL CUIDADO INTENSIVO Y LA VIGILANCIA ESTRECHA DE LA MADRE. HASTA LOS SEIS AÑOS LA BAÑÓ Y LA VISTIÓ, LE HACIA COMIDA ESPECIAL PUES SIEMPRE FUE SELECTIVA PARA LOS ALIMENTOS Y SÓLO COMÍA LO QUE LA MADRE LE PREPARABA, CONDUCTA QUE AÚN PERSISTE.

UNA VEZ QUE INGRESÓ EN EL KINDER, LA MADRE SE QUEDÓ MUY ANGIUSTIADA PENSANDO EN COMO IBA A COMPORTARSE *2 "YO SABÍA -- QUE ELLA NO SABÍA COMPORTARSE BIEN, SIEMPRE TEMÍ QUE ALGO INADECUADO FUERA HACER". A CAUSA DE SU INQUIETUD Y AGRESIVIDAD TEMPRANA, FUÉ INSCRITA EN UN DEPORTE PREVIAMENTE SELECCIONADO POR LA MADRE: LA GIMNASIA OLÍMPICA CON LA INTENCIÓN DE QUE -- CANALIZARA SU AGRESIÓN. DEPORTE EN EL QUE SOBRESALIÓ INMEDIATAMENTE Y FORMÓ PARTE DE UN EQUIPO DE SELECCIÓN NACIONAL CON ENTRENAMIENTO RIGUROSO E INTERNADA. LA MADRE LA IBA A VISITAR PUES *3 "SUFRÍA DE NO VERLA, AL PRINCIPIO NO PODÍA DORMIR POR ESTAR PENSANDO EN ELLA". LE LLEVABA COMIDA Y LA VEÍA A TRAVÉS DE UN VIDRIO ENTRENAR DIARIAMENTE. EN EL EQUIPO ADEMÁS DE -- LAS RUTINAS ESTABA SOMETIDA A DIETAS RIGOROSAS EN LAS CUALES ESTABAN PROHIBIDAS LAS GOLOSINAS, LAS GRASAS, LOS DULCES Y LOS CARBOHIDRATOS. A ESTA EDAD (8 AÑOS) ANA EMPEZÓ UNA BÚSQUEDA POR LA DELGADEZ Y PERFECCIONAMIENTO POR LA FIGURA, HACÍA EJERCICIOS EXTREMOS Y CUIDABA SUS DIETAS, SUS TIEMPOS DE ENTRENAMIENTO LOS PROLONGABA MÁS TIEMPO ASÍ COMO LA COMPLICACIÓN DE LA TAREA.

DURANTE SU PERMANENCIA EN LA SELECCIÓN SE DISTINGUIÓ POR SU AGRESIVIDAD, MAL CARÁCTER, AISLAMIENTO SOCIAL, DISCIPLINA

*1 Palabras de la madre.

*2 Palabras de la madre.

*3 Palabras de la madre.

RÍGIDA, EXIGENCIA EN SÍ MISMA Y DESEOS DE SOBRESALIR. RÁPIDAMENTE OCUPÓ LOS PRIMEROS LUGARES Y LA POSIBILIDAD DE REPRESENTAR A MÉXICO EN EL EXTRANJERO OBTENIENDO MEDALLAS. *1 "NUNCA ME CONFORMÉ CON SER IGUAL A LAS OTRAS, MI META SIEMPRE FUÉ - OCUPAR EL PRIMER LUGAR, SER LA PRIMERA. CUANDO ME DEDICO A ALGO, NO ME IMPORTA LO QUE TENGA QUE HACER, LO CONTROLO". -- ABANDONÓ LA GIMNASIA TRES AÑOS MÁS TARDE AL LESIONARSE SU TOBILLO. AL REGRESAR SE DIÓ CUENTA QUE SU CONDICIÓN FÍSICA ERA DESVENTAJOSA Y ABANDONÓ EL EQUIPO: *2 "ERA MEJOR ASÍ, QUE SER DEL MONTON". TODO SU PERFECCIONAMIENTO FUÉ CANALIZADO POSTERIORMENTE A LA VIDA ESCOLAR.

AL REGRESAR AL HOGAR DESPUÉS DE ABANDONAR LA GIMNASIA LA RELACIÓN SIGUIÓ SIENDO ESTRECHA CON SU MADRE. ÉSTA ES QUIEN SELECCIONA EL COLOR Y EL MODELO DE SU ROPA, DECIDE LAS ESCUELAS Y LOS CURSOS QUE VA A TOMAR. CONTINÚA PREPARÁNDOLE SU COMIDA ESPECIAL QUE CONSISTE EN UN YOGHURT CONFECCIONADO CON TRES LECHE *3 "MI MAMÁ SI SABE LO QUE ME CAE BIEN, Y HACE BIEN A MI ESTÓMAGO", LA LLEVA Y LA TRAE A LA ESCUELA, ASÍ COMO A TODO TIPO DE ACTIVIDADES. ANA DESCONOCE LA CIUDAD Y ACEPTA MUY ANGIUSTIADA QUE SE PIERDE Y SE DESORIENTA FÁCILMENTE, QUE ES COMO *4 "UNA NIÑA QUE NO SE HACER NADA SIN MI MADRE, YO -- SIN ELLA NO SOY NADIE". TAMBIÉN LE SUPERVISA SUS ACTIVIDADES Y SALIDAS.

LA MADRE SE QUEJA DE SU EXAGERADA DEDICACIÓN AL ESTUDIO Y SOLICITA CONSULTA Y ORIENTACIÓN DE COMO TRATAR A SU HIJA PARA QUE NO SEA DE 10, PORQUE ESO LE MOLESTA. *5 "TENGO GANAS DE QUE UN DÍA ME TRAIGA MALA CALIFICACIÓN, BUENO SIQUIERA UN NUEVE". EN LA ESCUELA SIEMPRE SE HA DISTINGUIDO POR SU EXCELENTE PROMEDIO, PROCURA OBTENER LOS PRIMEROS LUGARES, NO TOLERA LA MÍNIMA FALLA EN SUS TRABAJOS. POR SU DESTACADO RENDI---

*1 Palabras de Ana.

*2 Palabras de Ana.

*3 Palabras de Ana.

*4 Palabras de Ana.

*5 Palabras de la madre.

MIENTO SE HA GANADO EL RECONOCIMIENTO DE LOS MAESTROS. LOS COMPAÑEROS LA BUSCAN PARA QUE LES ENSEÑE. LOS FINES DE AÑO ESCOLARES SIEMPRE FORMA GRUPOS DE COMPAÑEROS REPROBABLES A QUIENES - REGULARIZA Y PREPARA CON LA META DE HACERLOS PASAR DE AÑO. SU VIDA SOCIAL SE REDUCE A ESTA ACTITUD DE "COMO SI" CUANDO EN REALIDAD NO PUEDE MANTENER UNA RELACIÓN PERMANENTE, PERO PUEDE - POR CORTOS PERÍODOS SIMULAR UNA RELACIÓN EXITOSA A CONDICIÓN - DE MANTENERLA SUPERFICIALMENTE.

MADRE E HIJA CONVIVEN ESTRECHAMENTE Y PARTICIPAN DE SUS - ACTIVIDADES. LA COMPENETRACIÓN ES TAL, QUE LA UNA A LA OTRA - ADVINA SU PENSAMIENTO. ANA ESTA CONFINADA A LA VIDA DE LA MADRE. COMO NO SABE CONDUCIRSE POR SÍ MISMA, DEPENDE DE QUE LA MADRE LA LLEVE Y LA TRAIGA. SUS ACTIVIDADES SE REDUCEN A LAS DE ELLA; LA ACOMPAÑA A SU TRABAJO Y LA ESPERA A SU LADO, TAMBIÉN LA ACOMPAÑA A SUS REUNIONES SOCIALES CON SUS AMIGAS, PERMANECIENDO TAMBIÉN CERCA. LA ÚNICA ACTIVIDAD PROPIA ES LA - ESCUELA.

SU VIDA TRANSCURRE EN LA ESCUELA Y SU CASA. ÚLTIMAMENTE INGRESÓ A UN CORO. DESPUÉS DEL ABANDONO DEL PADRE, SE HA REFUGIADO FUERTEMENTE EN LA RELIGIÓN Y EL APEGO A DIOS. VE AL PADRE SEMANALMENTE, MUY A SU PESAR. EXPRESA GRAN MALESTAR ANTE SU PRESENCIA, PORQUE LO SIENTE COMO UN "ESTORBO" AL QUE DIFÍCILMENTE ODIAR, PERO NECESITA E IDEALIZA. ÉL LE PIDE QUE SE VAYA CON SU FAMILIA PERO NO ACEPTA POR TEMOR A SU VIOLENCIA Y PORQUE LA MADRE NO LO APRUEBA, AMENAZÁNDOLA CON PERDER SU AMOR O CARIÑO. NI SIQUIERA PERMITE QUE SALGA CON ÉL, LA PRESIONA DICIÉNDOLE *1 "SI SALES CON ÉL, TE OLVIDAS PARA TODA LA VIDA DE MI, ME PIERDES". EN RESPUESTA EL PADRE LES NIEGA SUSTENTO. COMO LA MADRE EVITA CUALQUIER CONTACTO CON ÉL, ENVÍA A ANA DE EMBAJADORA CON TODA CLASE DE PETICIONES, RECIBIENDO MALTRATO Y HUMILLACIÓN DE SU PARTE.

ACTUALMENTE ANA NO ALCANZA A INTERPRETAR SUS PROPIOS DESEOS, MÁS BIEN SE ENCUENTRA ATENTA A LOS DE LA MADRE. SIEMPRE ESTÁ PENSANDO EN LO QUE A LA MADRE LE GUSTARÍA Ó ESPERARÍA DE

*1 Palabras de la madre.

ELLA. VIVE EN FUNCIÓN DE LA MADRE. HECHO QUE CONCUERDA CON LA SENSACIÓN DE LA MADRE *1 "PARA MI, LO ÚNICO EN LA VIDA ES ANA, YO NO PODRÍA VIVIR SIN ELLA, TODO LO QUE HAGO ES POR ELLA, QUI SIERA LO MEJOR PARA ELLA, POR ESO LE AYUDO EN TODO", ANA IN--SISTE EN ESTAR SOFOCADA POR LA MADRE PERO DICE NO PODER HACER NADA *2 "TODO SE LO DEBO A ELLA".

E. CARACTERÍSTICAS DE LOS HECHOS.- UNA VEZ OBTENIDA SU AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA, TODAS Y CADA UNA DE ELLAS FUERON REGISTRADAS TRATANDO DE RECONSTRUIR EL DISCURSO Y MATERIAL QUE SE HABÍA REPORTADO, DE ESTA FORMA OBTUVE LA PERSPECTIVA DE LA PACIENTE.

YA REGISTRADAS LAS SESIONES PROCEDÍ A LA SELECCIÓN DE ÉSTAS PARA TRABAJAR CON ELLAS. TENÍAMOS UN TOTAL DE SETENTA SESIONES DESPUÉS DE UN AÑO Y MEDIO DE TRATAMIENTO, CON UNA FRECUENCIA DE DOS SESIONES POR SEMANA. CADA CUARTA SESIÓN FUÉ - ELEGIDA PARA APLICAR EL MATERIAL COMUNICATIVO DEL CONTENIDO - MANIFIESTO LA TÉCNICA DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO.

F.- INSTRUMENTOS.- DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS INSTRUMENTOS QUE ESCOGÍ PARA ESTA INVESTIGACIÓN LA MUESTRA ESTA CONSTITUIDA POR EL CASO CLÍNICO DE UNA ADOLESCENTE CON ANOREXIA - PRIMARIA QUE SE ESTUDIA A PARTIR DEL MATERIAL COMUNICATIVO DE LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA Y EL MÉTODO DE ANÁLISIS DE CONTENIDO. EL MATERIAL COMUNICATIVO DE LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA A ESTUDIAR SE INCLUIRÁ AL FINAL DE ESTE TRABAJO. PARA LA COMPRESIÓN DE LA TÉCNICA DE ANÁLISIS DE CONTENIDO HAREMOS - UNA EXPOSICIÓN.

F.1. ANALISIS DE CONTENIDO.-*3 EL ANÁLISIS DE CONTENIDO ES UNA TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL QUE CONSISTE EN EL

*1 Palabras de la madre.

*2 Palabras de Ana.

*3 Molina y Vedia, Silvia. Análisis de Contenido y su Aplicación al Estudio de Programas. En vías de publicación.

ANÁLISIS OBJETIVO Y SISTEMÁTICO DEL CONTENIDO DE UNA COMUNICACIÓN, Y PUEDE EN ALGUNOS CASOS, PARTIENDO DEL CONTENIDO MANIFIESTO DE LA COMUNICACIÓN, INDICAR LO NO MANIFIESTO.

PUEDE SER CUANTITATIVO, POR EJEMPLO: EL ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA CON QUE EL TEMA DE LA CRISIS SE ASOCIA CON EL TEMA SALUD. PUEDE SER CUALITATIVO, POR EJEMPLO: ANÁLISIS DE LA COMPRENSIÓN DE UN PROGRAMA DE TRABAJO. PUEDE REFERIRSE A MENSAJES ESCRITOS, POR EJEMPLO: A UN DISCURSO PRESIDENCIAL, O, A IMÁGENES Y TEXTOS, POR EJEMPLO: LA CONGRUENCIA ENTRE NOTICIAS POLÍTICAS Y LAS FOTOS CON QUE SE ILUSTRAN.

EL ANÁLISIS DE CONTENIDO PUEDE REFERIRSE A CARACTERÍSTICAS DEL CONTENIDO. POR EJEMPLO: ESTUDIOS DE LEGIBILIDAD DE UN MATERIAL COMUNICATIVO, DESCRIBIR TENDENCIAS EN EL CONTENIDO DE UNA COMUNICACIÓN PARA ESTUDIOS DE ESTILO. A CUESTIONES REFERIDAS A LOS PRODUCTORES O CAUSAS DEL CONTENIDO, POR EJEMPLO: IDENTIFICACIÓN DE INTENCIONES, VALORES Y CREENCIAS. DETERMINACIÓN DEL ESTADO PSICOLÓGICO DE PERSONAS Y GRUPOS PARA DETECCIÓN DE LA EXISTENCIA DE PROPAGANDA. A CUESTIONES RELATIVAS AL PÚBLICO O A LOS EFECTOS DEL CONTENIDO. POR EJEMPLO: DETECCIÓN DE TEMAS DE ATENCIÓN, REFLEJO DE INTERESES, ACTITUDES Y VALORES DE GRUPOS DE POBLACIÓN, ESTUDIO DE: ANOREXIA.

EL ANÁLISIS DE CONTENIDO ES UNA TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN CUYO PROCEDIMIENTO CONSISTE EN, DADO UN MATERIAL COMUNICATIVO ESTABLECER:

A) DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS CON QUE SE REALIZA Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL MATERIAL, LA FRAGMENTACIÓN EN UNIDADES DE ANÁLISIS QUE SEAN SEMEJANTES ENTRE SI,

B) DE ACUERDO CON LA HIPÓTESIS, EL OBJETIVO O EL PROBLEMA ESTABLECER LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.

C) RELACIONAR LAS UNIDADES DE ANÁLISIS CON LAS CATEGORÍAS EXTRAYENDO INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE LO QUE SE PRETENDE OBSERVAR EN CADA UNIDAD DE ANÁLISIS.

D) INTEGRAR SINTÉTICAMENTE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL PROCEDIMIENTO ANTERIOR. PROBANDO (O NO) LA HIPÓTESIS Y/O DEMOSTRANDO EN QUE MEDIDA SE HA CUMPLIDO EL PROPÓSITO DEL CONTENIDO O SE HA ESCLARECIDO EL PROBLEMA.

LAS UNIDADES DE ANÁLISIS SON: EL FRAGMENTO DE LA COMUNICACIÓN QUE SE TOMA COMO ELEMENTO Y QUE SIRVE DE BASE PARA LA INVESTIGACIÓN. SU FORMA PUEDE VARIAR MUCHO.

DIVERSOS TIPOS DE UNIDADES DE ANÁLISIS.

1. LOS TÉRMINOS O VOCABLOS.

2. EL TEMA.- ES LA AFIRMACIÓN, SENTENCIA O PROPOSICIÓN RELATIVA A UN ASUNTO. EN UNA FRASE PUEDEN ENTRECruzARSE VARIOS TEMAS.

3. LOS PERSONAJES O CARÁCTERES.- UN ANÁLISIS DE UN PERSONAJE SERÍA POR EJEMPLO: EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD DE CHURCHILL A PARTIR DE SUS INTERVENCIONES PÚBLICAS ANTE LAS CÁMARAS EN LOS DEBATES OCURRIDOS DURANTE LA GUERRA MUNDIAL.

LA ANECDOTA.- CUANDO SE ANALIZA UN PERIÓDICO, LAS UNIDADES DE ANÁLISIS PUEDEN ADEMÁS SER LOS DIVERSOS ARTÍCULOS, LAS EDITORIALES, LAS CRÓNICAS, LAS NOTAS INFORMATIVAS. POR EJEMPLO: EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD DE UNA ANORÉXICA.

LAS UNIDADES DE CONTEXTO.- SON UNIDADES DE ANÁLISIS QUE SE INTEGRAN A LAS UNIDADES EN QUE SE HA FRAGMENTADO LA COMUNICACIÓN PARA FACILITAR SU LECTURA EN RELACIÓN CON LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.

LAS UNIDADES DE CONTEXTO SE UTILIZAN CUANDO SE ESTIMA QUE EL MATERIAL COMUNICATIVO QUE ES OBJETO DE ESTUDIO GUARDA CIERTA RELACIÓN DE SIGNIFICACIÓN CON ELEMENTOS AJENOS A ÉL. LA UTILIZACIÓN DE UNIDADES DE CONTEXTO ES DE FUNDAMENTAL IMPORTANCIA CUANDO EL OBJETIVO DE ANÁLISIS DE CONTENIDO VA MÁS ALLÁ

DE LO QUE EL MENSAJE EXPRESA DE FORMA MANIFIESTA. LAS UNIDADES DE CONTEXTO ENRIQUECEN LA POSIBILIDAD DE INTERPRETACIÓN O LECTURA DEL MENSAJE.

LAS UNIDADES DE ANÁLISIS EN QUE SE FRAGMENTA EL MATERIAL DE INVESTIGACIÓN PARA EFECTUAR EL ANÁLISIS DE CONTENIDO TIENEN QUE GUARDAR RELACIÓN TANTO CON EL OBJETIVO O PROPÓSITO DE ESE ANÁLISIS EN PARTICULAR COMO CON EL TIPO DE MATERIAL (VIDEO, - TEXTO) SOBRE EL CUAL SE APLICA ESTA TÉCNICA.

POR OTRA PARTE, LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS SON:

- A) LAS CARACTERÍSTICAS DE LO QUE VAMOS A OBSERVAR EN CADA UNIDAD DE ANÁLISIS.
- B) CLASIFICACIONES DE FENÓMENOS O CONJUNTOS DE RASGOS OBSERVABLES EN LAS UNIDADES DE ANÁLISIS.
- C) EL FACTOR CLAVE DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO PUESTO QUE DETERMINAN LA RIQUEZA DE LA INFORMACIÓN QUE SE OBTIENE.
- D) TIENEN RELACIÓN DIRECTA CON EL OBJETIVO O CON LA HIPÓTESIS.

¿COMO SE CONOCE CUALES SON LAS CATEGORÍAS QUE CORRESPONDE UTILIZAR EN UNA INVESTIGACIÓN DE ANÁLISIS DE CONTENIDO?

EN PRINCIPIO NO EXISTEN FORMULAS UNIVERSALMENTE VÁLIDAS PARA LA SELECCIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.

UN PROCEDIMIENTO QUE PUEDE AUXILIARNOS PARA LA FORMULACIÓN DE NUESTRAS CATEGORÍAS CONSISTE EN:

- RECURRIR A NUESTRO OBJETIVO Ó HIPÓTESIS,
- DETERMINAR CUALES SON LOS CONCEPTOS CONTENIDOS EN ELLOS,
- TRADUCIR ESOS CONCEPTOS EN RASGOS OBSERVABLES O INDICADORES,
- SISTEMATIZAR ESTOS CONCEPTOS DEFINIDOS POR INDICADORES -- DENTRO DE UN CONJUNTO DE CATEGORÍAS (O UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN) QUE GARANTICE LAS APTITUDES LÓGICAS DE LOS -

MISMOS A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LAS REGLAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE CATEGORÍAS.

PARA ESTABLECER CATEGORÍAS ES NECESARIO TOMAR EN CUENTA CIERTAS REGLAS LÓGICAS QUE FACILITAN SU MANIPULACIÓN EN LAS - TAREAS DE INVESTIGACIÓN, ESTAS REGLAS SON LAS SIGUIENTES:

- A) DEBEN DERIVARSE DEL OBJETIVO O LA HIPÓTESIS Y SERVIR PARA SU LOGRO O COMPROBACIÓN,
- B) DEBEN RESPONDER A UN MISMO PRINCIPIO DE CLASIFICACIÓN,
- C) DEBEN TENER EL MISMO NIVEL DE GENERALIDAD,
- D) DEBEN SER MUTUAMENTE EXCLUYENTES,
- E) DEBEN SER EXHAUSTIVAS.

PARA LOS EFECTOS DE LA INVESTIGACIÓN, EN CADA UNIDAD DE ANÁLISIS OBSERVARÉ LA APARICIÓN DE LAS CATEGORÍAS Y REGISTRARÉ EL DATO PARA LUEGO PROCEDER A INTERPRETAR EL CONJUNTO DE DATOS ASÍ OBTENIDOS DE TODO EL MATERIAL.

UNA VEZ QUE SE HAN DEFINIDO CLARAMENTE LAS CATEGORÍAS, EL ANÁLISIS DE CONTENIDO TRASCIENDE SU ETAPA DE DISEÑO Y SE COMIENZA LA DE APLICACIÓN.

EN TODOS LOS CASOS, CIERTO ASPECTO DEL REGISTRO DE DATOS ESTÁ REGIDO POR UN SISTEMA DE CODIFICACIÓN. EL MISMO ATRIBUYE UN SÍMBOLO CORRELATIVO DIFERENTE A CADA UNIDAD DE ANÁLISIS Y A CADA CATEGORÍA. EL VALOR DE LA CODIFICACIÓN PERMITE OBSERVAR LA LECTURA Y EL REGISTRO DE DATOS. LA CLAVE PARA LA INTERPRETACIÓN DEL CÓDIGO DEBE ESTAR ESPECIFICADO ANTES DE APLICAR EL ANÁLISIS DE CONTENIDO.

LA CODIFICACIÓN VARÍA SEGÚN SE ORIENTE A UNA TABULACIÓN MANUAL O LA ELECTRÓNICA (POR COMPUTADORA).

LAS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN COMO LO ES EL ANÁLISIS DE CONTENIDO, SERVIRÁN PARA EXTRAER DE LA REALIDAD LOS DATOS NECESARIOS.

SARIOS PARA CUMPLIR CON UN OBJETIVO Ó PROBAR UNA HIPÓTESIS. POR ELLO UNA VEZ QUE SE HAN RECOGIDO LOS DATOS, EL SIGUIENTE PASO ES VERIFICAR SI CUMPLE Ó NO CON LA HIPÓTESIS, Ó SI LOGRAN EL PROPÓSITO PREVISTO EN EL OBJETIVO.

VALIDEZ.- UN INSTRUMENTO DE MEDIDA ES VÁLIDO, SI MIDE - CORRECTAMENTE LA COSA A MEDIR.

LO IMPORTANTE ES QUE LAS MEDIDAS QUE SE OBTIENEN CON EL INSTRUMENTO SEAN IDÉNTICAS, FUESE QUIEN FUESE EL QUE LO UTILIZA Y FUERA CUAL FUERA EL MOMENTO DE LA UTILIZACIÓN. POR LO TANTO, DADO EL MECANISMO DE OPERACIÓN DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO, ES FUNDAMENTAL QUE LAS DEFINICIONES DE UNIDADES DE ANÁLISIS Y CATEGORÍAS SEAN PRECISAS, Y QUE AL VERSE E INTERPRETAR, TODOS COINCIDEN EN SU SIGNIFICADO.

LAS DIFICULTADES MAYORES SE ENCUENTRAN CUANDO LAS CATEGORÍAS SON MUY GENERALES COMO EN EL CASO DE:

- NACIONALISMO
- DEMOCRACIA
- PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN

COMO LA VERIFICACIÓN DIRECTA ES CASÍ IMPOSIBLE, NUEVAMENTE SE DEBE PROCEDER A AFINAR LAS DEFINICIONES. ALGUNOS AUTORES PROPONEN ALGUNA CONVALIDACIÓN EFECTUADA POR PERSONAS CALIFICADAS.

CONFIABILIDAD.- PARA QUE EL ANÁLISIS DE CONTENIDO SEA CONFIABLE ES NECESARIO QUE TODOS LOS ANALIZADORES INTERPRETEN IGUALMENTE LAS CATEGORÍAS Y LAS UNIDADES DE ANÁLISIS. PARA COMPROBAR LA FIDELIDAD SE PROCEDE A HACER PRUEBAS.

PRUEBAS DE FIDELIDAD.- CONSISTE EN QUE SE ENTREGUEN LOS MISMOS DOCUMENTOS A DISTINTOS INVESTIGADORES PARA QUE LOS ANALICEN AL MISMO TIEMPO, Y DESPUÉS SE CALCULA LA CORRELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR CADA UNO DE ELLOS.

POR OTRO LADO, SE ENTREGAN IDÉNTICOS DOCUMENTOS A LOS MISMOS INVESTIGADORES PARA QUE LOS CANALICEN EN MOMENTOS DIFERENTES Y SE ANALIZA LA CORRELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN CADA MOMENTO.

SI LA FIDELIDAD EN RELACIÓN CON DISTINTOS INVESTIGADORES ES BUENA, TAMBIÉN SUELE SERLO LA FIDELIDAD EN EL TIEMPO.

LOS PROBLEMAS DE CONFIABILIDAD SON MENORES SI UN MISMO - INVESTIGADOR REALIZA TODO EL ANÁLISIS PUES EN ESE CASO ES MÁS DIFÍCIL QUE LOS RESULTADOS GLOBALES DEL MISMO SEAN FALSEADOS.

G.- PROCEDIMIENTO.- PARA MANEJAR LOS DATOS RECOGIDOS EN EL MATERIAL COMUNICATIVO DE LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA - SE UTILIZÓ LA TÉCNICA DE ANÁLISIS DE CONTENIDO. UNA VEZ SELECCIONADAS LAS SESIONES Y EN FUNCIÓN DE LOS OBJETIVOS Y CARACTERÍSTICAS DEL MATERIAL, PROCEDIMOS A LA FRAGMENTACIÓN EN UNIDADES DE ANÁLISIS. EN ESTE CASO LAS UNIDADES DE ANÁLISIS FUERON LAS ANÉCDOTAS QUE LA PACIENTE REFIRIÓ DURANTE LAS SESIONES. ENTENDIENDO POR ANÉCDOTA AL CONJUNTO DE COMENTARIOS, - OPINIONES Y SUCESOS QUE GIRAN EN TORNO A UN MISMO ACONTECIMIENTO CENTRAL.

ESTABLECIDA LA FRAGMENTACIÓN EN UNIDADES DE ANÁLISIS, PASAMOS A ELABORAR LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS TOMANDO EN CUENTA, CLARO, LA HIPÓTESIS DE TRABAJO, EL OBJETIVO Y PROBLEMA QUE - NOS PLANTEAMOS EN LA INVESTIGACIÓN.

LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS QUE SE DISEÑARON PARA ABORDAR EL PROBLEMA DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN TOMARÓN EN CUENTA EL SIGUIENTE PLANTEAMIENTO: CUANDO NO SE PRODUCE COMPLETAMENTE EL PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN, EL SUJETO PRESENTA -- LOS SIGUIENTES RASGOS:

- INCAPACIDAD PARA DECIDIR Ó ACTUAR POR SÍ MISMO (TOMAR DECISIONES)

- DEPENDENCIA DE LAS DECISIONES DE OTROS PARA PODER ACTUAR COMO UNA FORMA DE SUPERAR SITUACIONES
- FALTA DE DIFERENCIACIÓN DEL YO CON EL OTRO OBJETO (LA PERSONA CON LA CUAL SE FIJA DEPENDENCIA) Y VICEVERSA
- POSPOSICIÓN DEL ENFRENTAMIENTO CON LA REALIDAD (HECHOS, SITUACIONES Ó PROBLEMAS A RESOLVER)
- ACTUAR EN TÉRMINOS NEGATIVOS (NO COMER, DEJAR DE HACER COSAS PLACENTERAS PARA DEMOSTRAR ENFADO Ó "CASTIGAR" A LOS OTROS, RESOLVER LOS PROBLEMAS SOLO EN LA FANTASIA)
- IMAGEN EQUÍVOCA DEL YO

LA INCAPACIDAD PARA ACTUAR CONSISTE EN:

1. NO SABER COMO ACTUAR,
2. NO "PODER" ACTUAR FRENTE Ó DEBIDO A PRESIONES REALES Ó SUPUESTAS,
3. ELUDIR ACTUAR

LA ACTUACIÓN EN FUNCIÓN DE LOS OTROS SIGNIFICA:

1. ACTUAR PARA EVITAR PRESIONES Y/O FUNCIONES DE LOS OTROS,
2. ACTUAR PRESIONADA (SUPUESTA Ó REALMENTE) POR LOS OTROS,
3. ACTUAR PARA AGRADAR U OBTENER ALGÚN TIPO DE GRATIFICACIÓN Y/O BENEFICIO RECONOCIMIENTO POR PARTE DE LOS OTROS.

TANTO LA ACTUACIÓN EN FUNCIÓN DE LOS OTROS COMO LA INCAPACIDAD PARA ACTUAR PRESUPONEN FORMAS NEGATIVAS DE ASUMIR LA -- PROPIA IDENTIDAD.

ASUMIRSE DE FORMA NEGATIVA ES GENERALMENTE UNA CONSECUENCIA O CORRELATO DE LA INCAPACIDAD PARA ACTUAR Y LA ACTUACIÓN EN FUNCIÓN DE LOS OTROS. SU CARACTERÍSTICA GÉNERICA CONSISTE EN ELUDIR LA REALIDAD, ELUDIR EL ENFRENTAMIENTO, EL CAMBIO Y SOBRE TODO EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN REAL. SE MANIFIESTA A TRAVÉS DEL RETRAIMIENTO, LA POSPOSICIÓN DE LA --

ACCIÓN Y LA RESPUESTA DEFINIDA Ó DESVIADA.

ASUMIRSE EN FORMA POSITIVA INDICA QUE EL INDIVIDUO SE ENFRENTA A LA REALIDAD NO NECESARIAMENTE A SUS PROBLEMAS, ACEPTANDO SUS TÉRMINOS. ES OBSERVABLE A TRAVÉS DE LA DECISIÓN DE ACTUAR, EL ENFRENTAMIENTO (CON TODO Y SUS CONFLICTOS) ACTIVO CON LOS HECHOS Ó SUS REACCIONES Y LA ACCIÓN MÁS O MENOS DIRECTA Y OPORTUNA.

LA IMAGEN EQUIVOCA DEL YO COMPRENDE LA FALSA PERCEPCIÓN QUE LA PERSONA TIENE ACERCA DE SU IMAGEN CORPORAL, DE SUS SENTIMIENTOS Ó HECHOS DE LA REALIDAD.

UNA VEZ QUE SE DEFINIERON CLARAMENTE LAS CATEGORÍAS PASARÉ A LA APLICACIÓN DEL ANÁLISIS. EN CADA UNIDAD OBSERVARÉ LA APARICIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS Y REGISTRARÉ EL DATO, IMPLEMENTANDO UN SISTEMA DE CODIFICACIÓN PARA FACILITAR LA LECTURA Y REGISTRO DE LOS MISMOS. LA CLAVE PARA LA INTERPRETACIÓN DEL CÓDIGO SE ESPECIFICA AHORA.

EN PRIMER TÉRMINO: LA CODIFICACIÓN DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS ES UNA SERIE DE NÚMEROS ORDINALES QUE PARTE DE 1ª N.

EN SEGUNDO TÉRMINO: LAS CATEGORÍAS SE CODIFICARÁN DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CLAVES:

A. PROCESO DE SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN

A.1. INCAPACIDAD PARA ACTUAR.....

A.2. FALTA DE DIFERENCIACIÓN DEL YO.....

A.3. POSICIÓN DEL ENFRENTAMIENTO.....

A.4. DEPENDENCIA DE LAS DECISIONES DE OTROS....

A.5. ACTUAR EN TÉRMINOS NEGATIVOS.....

A.6. IMAGEN EQUIVOCA DEL YO.....

B. RELACIONES DE DOBLE VÍNCULO

B.1. DEL SUJETO CON EL OTRO.....

B.2. DEL OTRO CON EL SUJETO.....

POSTERIORMENTE INTEGRARÉ LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL PROCEDIMIENTO ANTERIOR PARA VERIFICAR SI SE CUMPLE O NO CON -

LA HIPÓTESIS DE TRABAJO: EXISTE UNA FALLA EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA Y SE DA UNA SERIE DE MANIFESTACIONES DE RELACIONES DE DOBLE VÍNCULO, O, SI SE LOGRA EL PROPÓSITO PREVISTO EN EL OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN PARA SEGUIDAMENTE EXTRAER LAS CONCLUSIONES OBTENIDAS.

EN EL CAPÍTULO FINAL DE CONCLUSIONES, DE ACUERDO A LA -- TEORÍA, Y MI EXPERIENCIA ELABORARÉ EL INFORME EN QUE SE INCLUYEN LOS HALLAZGOS, CORRELACIONANDO LA HISTORIA DEL CASO, LOS RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO Y LA LITERATURA REVISADA.

APLICACION DEL ANALISIS DE CONTENIDO Y MANEJO DE LOS RESULTADOS

EN ESTE APARTADO APLICARÉ EL ANÁLISIS DE CONTENIDO EN CADA UNIDAD DE ANÁLISIS GENERAL Y CADA ANÉCDOTA COMO UNIDAD DE ANÁLISIS PARTICULAR DE LAS CATEGORÍAS QUE SE PRESENTEN. CON LOS DATOS OBTENIDOS EN ESTA FORMA, POSTERIORMENTE EFECTUARÉ UNA SÍNTESIS DE LA INFORMACIÓN RECADADA. PARA PODER, FINALMENTE VERIFICAR Ó CORREGIR LAS HIPÓTESIS.

CON EL PROPÓSITO DE OFRECER UNA PRESENTACIÓN CLARA DE LOS DATOS RELEVANTES, ESTOS SE AGRUPAN POR SESIÓN. AL COMIENZO DE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS CORRESPONDIENTES A CADA SESIÓN SE DESIGNAN CON NÚMEROS ROMANOS LAS SUBUNIDADES DE ANÁLISIS - (ANÉCDOTAS) QUE APARECEN EN DICHA SESIÓN E INMEDIATAMENTE DESPUÉS SE COLOCAN LAS CATEGORÍAS QUE APARECEN EN CADA UNO DE ELLOS. CUANDO UNA SUBUNIDAD DE ANÁLISIS ESTA ACOMPAÑADA DE UNA CATEGORIA O, DEBE ENTENDERSE QUE NO APARECEN REFERENCIAS DE LAS CATEGORÍAS QUE SE HAN TOMADO EN CUENTA PARA VERIFICAR LAS HIPÓTESIS.

A PARTIR DE LA PRESENTACIÓN DE LAS CLAVES SE DESARROLLA LA INTERPRETACIÓN DE LA SESIÓN.

PRIMERA SESION.-

I - A.2/A.1/A.5
II - A.4/A.3/A.6

DURANTE LA PRIMERA PARTE DE ESTA PRIMERA SESIÓN CUANDO SE PRESENTA LA PACIENTE, PLANTEA BREVE Y PAULATINAMENTE SU FALTA DE DIFERENCIACIÓN CON LA MADRE Y SU DIFICULTAD PARA CONSIDERARSE COMO ALGO SEPARADO DE ELLA, ESTA PIENSA Y DECIDE SOBRE SUS ACTOS Y DESEOS. LA PACIENTE NO PUEDE HABLAR ACERCA DE LO QUE LE PASA NI DESCRIBIR SUS PROPIAS SENSACIONES, SIMPLEMENTE DICE "PODRÍA VENIR MI MAMÁ A DECIRSELO", COMO SI LA MADRE REPRESENTARA LA OTRA PARTE DE ELLA.

CASI TODAS LAS DESCRIPCIONES DE LA SEGUNDA ANÉCDOTA SE -
CENTRAN -AUNQUE EN FORMA DIRIGIDA- EN LA NARRACIÓN DE SU AMBIEN
TE FAMILIAR PATOLÓGICO. CON LA PRESENTACIÓN DE ESTE MATERIAL
PODRÍAMOS INFERIR QUE LA PATOLOGÍA EN ESTE CASO, NO ES SOLO -
INDIVIDUAL, SINO QUE EL CONTEXTO FAMILIAR INSANO DEL CUAL PRO
CEDE HA ORILLADO A LA PACIENTE, A LA ELECCIÓN DE UNA CONDUCTA
PATOLÓGICA EXPRESADA A TRAVÉS DEL SÍNTOMA DE LA ANOREXIA "YA
NO HAGO NADA, SOLO LOS VEO Y OBSERVO".

UNA CONSTANTE QUE SE REPITE TAMBIÉN EN EL CONTENIDO DE LAS
ANÉCDOTAS Y EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS ES ESTA -
POSICIÓN AL ENFRENTAMIENTO DE CUALQUIER CONFLICTO, EN NIN
GÚN MOMENTO SE ASUME ELLA MISMA, SOLO EN TÉRMINO NEGATIVO,
ACTÚA EN TÉRMINOS NEGATIVOS HASTA EL NIVEL QUE PREFIERE MORIR
SE A TENER QUE AFRONTAR CUALQUIER PROBLEMA "MEJOR SERIA MORIR
SE". ANTES QUE TOMAR UNA SOLUCIÓN APARECE EN LA FANTASIA EL
DESEO DE MUERTE.

EN EL CONTENIDO DE SUS ANÉCDOTAS NO SE VISLUMBRA EN NIN
GUN MOMENTO UNA POSIBLE SOLUCIÓN A SUS PROBLEMAS. SE ENCUEN
TRA INMERSA Y ABSORBIDA POR LA SITUACIÓN FAMILIAR, A UN PUNTO
TAL QUE LA DOMINA UNA SENSACIÓN DE IMPOTENCIA. "TODO MUNDO -
ME APLASTA, ESTOY ATRAPADA".

CADA UNO DE LOS PERSONAJES FAMILIARES JUEGA UN PAPEL DEN
TRO DE LA PATOLOGÍA FAMILIAR E INDIVIDUALMENTE SE LES ASIGNA
SU PATOLOGÍA PROPIA. OTRO DATO RELEVANTE EN ESTE SENTIDO SE
RIA LA FALTA DE RELACIÓN ENTRE LOS MISMOS PERSONAJES.

EN ESTA SESIÓN LA MADRE DE ANA APARECE SIGNIFICATIVAMENTE
EN UN SOLO PLANO: HABLA Y PIENSA POR LA PACIENTE.

ELLA NO PUEDE PERCATARSE DE LA IMAGEN DE SU PROPIO CUERPO,
"MI MAMÁ DICE QUE NO COMO Y ESTOY FLACA" A PESAR DE QUE EN ES
TOS MOMENTOS LA PÉRDIDA DE PESO ERA POR DEMÁS GROTESCA Y LAS
MANIFESTACIONES EXTERNAS CORPORALES, OBIAS. LAS SENSACIONES
DE HAMBRE ESTÁN ALTERADAS. ELLA ESTA MUY AL PENDIENTE DE DE-

TERMINADAS SENSACIONES DE SU PROPIO CUERPO (CABEZA Y ESTÓMAGO QUE CONTROLA), PERO NO ALCANZA A PERCIBIR OTRAS COMO LA ANTERIORMENTE DESCRITA.

SEGUNDA SESION.-

I - 0	V - A.4
II - 0	VI - A.1/A.4
III - 0	VII - A.4
IV - A.4/A.3	

EN ESTA SESIÓN LA PACIENTE MANIFIESTA CON CLARIDAD QUE ES PRESIONADA POR LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA Y OBLIGADA A CONVIVIR Y ACTUAR EN SITUACIONES QUE LE SON SUMAMENTE DESAGRADABLES COMO POR EJEMPLO, LO INDICAN SUS OBSERVACIONES SOBRE EL CUARTO QUE DEBE COMPARTIR CON SU PRIMA Y ABUELA, O CUANDO DEBE SOPORTAR LA ENTREVISTA CON SU PADRE PARA QUE LE DE DINERO A LA FAMILIA. ESTO SE TRADUCE EN QUEJAS CONSTANTES; "NO LAS SOPORTO" QUE EVIDENCIAN LA INCAPACIDAD PARA ACTUAR POR CUENTA PROPIA. FRENTE A ESTA SITUACIÓN REACCIONA ASUMIÉNDOSE EN FORMA NEGATIVA, PARA HACERLO JUEGA CON LA FANTASIA DE QUE ES SUPERIOR A QUIENES LA ESTÁN FORZANDO A ACTUAR O LA TRATAN EN FORMA AGRESIVA O IMPOSITIVA.

VARIAS VECES HACE REFERENCIA A SU REPRESALIA DE NO COMER FRENTE A LOS HECHOS Y ACTITUDES QUE LA IRRITAN. NI UNA VEZ SE PERCATA DE LO PELIGROSO QUE ES NO COMER O DE QUE ESTÁ EXCESIVAMENTE FLACA. A TRAVÉS DEL MATERIAL PODEMOS OBSERVAR COMO LA PACIENTE NO ALCANZA A PERCIBIR; LA SENSACIÓN DE HAMBRE Y SU IMAGEN CORPORAL EN UNA FORMA ADECUADA.

LATENTEMENTE, EN ESTE CASO EL NO COMER REPRESENTA UNA -- EXPRESIÓN DE AGRESIÓN HACIA LOS OTROS. OTRA FORMA DE CANALIZAR LA AGRESIÓN ES DESPLAZANDOLA HACIA LOS OTROS OBJETOS "PARA MOLESTAR A MI ABUELITA RECAIGO SOBRE ALICIA".

CASI NO HAY RELACIÓN CON LAS PERSONAS, NO HA INTROYECTA-

DO UN OBJETO BUENO. TODOS SON "DESPRECIABLES, INTOLERABLES, MEZQUINOS, ODIOSOS". EL AMBIENTE DE TENSION FAMILIAR SOBRESALE EN TODO EL RELATO, LOS MIEMBROS CONVIVEN EN MEDIO DEL ATAQUE Y LA AGRESION.

EN UNA SOLA OCASION SE ASUME A SI MISMA EN FORMA POSITIVA: AL PRINCIPIO DE LA SESION, CUANDO RELATA QUE LE GUSTA IR AL TEMPLO Y UNA VEZ QUE SE ENOJO CON UN SEÑOR QUE TRATABA MAL A LOS OTROS.

TERCERA SESION.-

I - 0	V - A.4/A.3
II - A.1/A.2/A.4/B.1/A.5/A.3	VI - A.6
III - A.3/A.4	
IV - A.4/A.5	

AL INICIO DE LA SESION HACE REFERENCIA AL USO DE MECANISMOS PSICOSOMATICOS PARA DERIVAR ANGUSTIA Y TENSION. COMO EN LA SESION ANTERIOR AL COMENZAR, PARECERIA QUE LA PACIENTE SE ASUME A SI MISMA DE FORMA POSITIVA; VA A CHAPULTEPEC, EN CONTRA DE LA OPINION DE SU MADRE PARA REALIZAR UNA INVESTIGACION CON SU EQUIPO DE TRABAJO DE LA ESCUELA. ESTO SE VE MATIZADO POR EL HECHO DE QUE VA SOLA Y QUE SE SIENTE RESPONSABLE Y -- OBLIGADA A HACER EL TRABAJO PORQUE SUS COMPAÑERAS NO LO HACEN. ASI MISMO EL COMENTARIO SOBRE CHAPULTEPEC DA PIE MAS ADELANTE, PARA QUE AFIRME QUE NO CONOCE LA CIUDAD Y ASUME SU INCAPACIDAD PARA MOVERSE SOLA EN ESTA.

A LA INCAPACIDAD DE ACTUAR SE ASOCIA CONSTANTEMENTE EL ACTUAR EN FUNCION DE OTROS QUE ES LA CARACTERISTICA MAS IMPORTANTE (DE ACUERDO CON LAS VECES QUE SE REPITE) DE LA SESION. LA TAREA QUE DEBIO REALIZAR EN CHAPULTEPEC SE DEBIO A LA NECESIDAD DE SACAR ADELANTE UN TRABAJO DE EQUIPO EN EL QUE LOS -- DEMAS MIEMBROS NO COLABORARON, A ESTA SITUACION SE SUMAN; LA FORMA EN QUE SU MADRE SUELE PRESIONARLA PARA QUE AJUSTE SU --

COMPORTAMIENTO A SUS EXPECTATIVAS, LA INSCRIPCIÓN FORZADA A LA ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA EN VEZ DE LA VOCACIONAL, EL USO DE SUETERS QUE NO LE GUSTAN Ó EL SOMETIMIENTO ANTE SU PRIMO PARA PODER LOGRAR QUE ÉSTE LE ENSEÑE MATEMÁTICAS.

ASOCIADA CON LA INCAPACIDAD PARA ACTUAR Y PROBABLEMENTE LIGADA A ELLA COMO UNA FORMA DE HACERLA MÁS TOLERABLE, SE ENCUENTRAN FANTASIAS SEGÚN LAS CUALES ELLA CONTROLA A LOS DEMÁS, ES DECIR INVIERTE LA RELACIÓN DE DOMINACIÓN.

AL SUPONERSE CAPAZ DE MANIPULAR A LOS DEMÁS (AUNQUE ADMITE EN UNA OCASIÓN QUE TAMBIÉN ELLA ES MANIPULADA) DESARROLLA UNA FORMA ESPECIAL DE ACCIÓN INDIRECTA MEDIANTE LA CUAL SE ASUME NEGATIVAMENTE. DE ESTA FORMA AFIRMA QUE A VECES SE DEJA CONDUCIR POR SU MADRE, PORQUE LE CONVIENE; EN ESTAS OCASIONES CUANDO ÉSTA U OTRAS PERSONAS LA IRRITAN OPTA POR NO COMER, NO CONTESTAR, NO ESCUCHAR O DESQUITARSE CON OTRO (POR EJEMPLO CON SU PRIMA) FINALMENTE TAMBIÉN REALIZA CIERTAS ACCIONES -- (COMO BARRER) PARA TENER LA POSIBILIDAD DE MOLESTAR A QUIENES CONSIDERA QUE LA AGREDEN O MOLESTAN.

EXPLICA CON CLARIDAD LO QUE HACE PARA "NO OIR" UNO DE LOS MECANISMOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE ASUME DE MANERA NEGATIVA Y QUE EN EL CONTEXTO PARECERÍA MANEJAR VELADAMENTE COMO AMENAZA PARA LA TERAPÉUTA "CUANDO ALGUIEN NO ME GUSTA Ó NO ME PARECE LO QUE DICEN, ENTONCES NO LO OIGO, PIENSO Y ME CONCENTRO EN OTRAS COSAS".

SU SOBREDPENDENCIA SE HACE EVIDENTE CUANDO REFIERE QUE NECESITA DE LA MADRE PARA TRASLADARSE DE UN LUGAR A OTRO Pese A SUS QUINCE AÑOS DE EDAD. NO HAY UNA SEPARACIÓN ENTRE ELLA Y ESTA FIGURA. ÉSTA ÚLTIMA DECIDE Y ACTÚA POR LA HIJA, DIRIGE LA VIDA DE ELLA COMO SI FUERA PROPIA, SIN LÍMITES. PERO LUEGO -- ANA DICE: "NO ME RESPETA, YO NO LA RESPETO" ADVIRTIÉNDOSE UNA FALTA DE LÍMITES ENTRE AMBAS. ÉSTE HECHO ES PROLONGADO A UNA RELACIÓN ANTERIOR AL COMENTAR "LO MISMO MI ABUELITA".

NI SIQUIERA PUEDE ASUMIR SU AGRESIÓN, FRENTE AL ENOJO, - LA RABIA O FRUSTRACIÓN, RESPONDE CON UNA ACTITUD AGRESIVA INDI RECTA.

SUS IDEAS DE CONTROL Y OMNIPOTENCIA APARECEN UNA VEZ QUE DESCRIBE EL FRACASO EN SUS RELACIONES. ESTE APARENTE CONTROL OMNIPOTENTE SE EXTIENDE A SU PROPIO CUERPO. TANTO LA COMIDA COMO SU CUERPO SE ENCUENTRAN LIBIDINIZADOS.

CUARTA SESION.-

- I - A.6/A.4
- II - 0
- III - A.4/A.6

A LO LARGO DE TODA ESTA SESIÓN SE MANIFIESTA SATISFECHA Y LLENA DE PROPÓSITOS. SIN EMBARGO HA ELUDIDO UNA VEZ MÁS -- ASUMIRSE A SÍ MISMA: EL LOGRO DE SU "MEJORÍA" QUE NO CORRESPONDE OBJETIVAMENTE CON EL AUMENTO DE PESO QUE ASEGURA HABER ALCANZADO --NO SE DEBE A ELLA MISMA--, SINO A QUE FUÉ A LA -- IGLESIA CON SU TÍO. COLOCA EN UN OBJETO IDEALIZADO SUS IDEALES. EN NINGÚN MOMENTO SE PLANTEA LA POSIBILIDAD DE SALIR POR SU PROPIO ESFUERZO DE SUS PROBLEMAS, O CUANDO MENOS ENFRENTAR LOS. DE ACUERDO CON EL CONTENIDO QUE EXPRESA EN ESTA SESIÓN, LAS DEMÁS PERSONAS CON PROBLEMAS SERIOS TAMBIÉN REQUIEREN DE LA AYUDA DE DIOS PARA SUPERARLOS. DE ESTA FORMA PARECIERA -- QUE LA INCAPACIDAD PARA ASUMIRSE ASÍ MISMA QUEDARÍA JUSTIFICADA PORQUE SÓLO A TRAVÉS DE LA RELACIÓN CON DIOS SERÍA POSIBLE ALCANZAR OTROS NIVELES DE DESARROLLO. POR LO TANTO, LA DECISIÓN DE IR "HACER CAMPAÑA" (EVANGELIZAR) NO IMPLICA NECESARIAMENTE QUE SE ESTE ASUMIENDO EN FORMA POSITIVA, SINO MÁS BIEN TODO LO CONTRARIO. ESTA INTERPRETACIÓN SE APOYA ADEMÁS EN LA RELACIÓN FAMILIAR SUPUESTAMENTE CONTROLADA A TRAVÉS DE LA ALIMENTACIÓN "MUY SENCILLO PROGRAMA MI CABEZA Y MI CUERPO Y ENTONCES NADA ME CAE BIEN". DE ESTA FORMA SIGUE ACTUANDO EN FUNCIÓN DE LOS OTROS PARA OBLIGARLOS A SU CAPRICHOS Y AL MISMO -

TIEMPO SE DESTRUYE A SÍ MISMA; CUANDO REFLEXIONA E INTENTA -- RECTIFICAR SU ACCIÓN TAMBIÉN LO HACE EN FUNCIÓN DE LOS OTROS. AUNQUE EN ESTE CASO SE TRATE DE UN "OTRO" MUY PARTICULAR, DE DIOS.

ES SIGNIFICATIVO UN PASAJE DE LA SESIÓN EN QUE LA PACIENTE DECLARA HABER ESTADO MUY AFECTADA POR LA MUERTE DE UN TÍO AL QUE APRECIABA Y AFIRMA QUE ESTA MUERTE, MÁS QUE SEPARACIÓN DE SUS PADRES, DE LA QUE REHUYE HABLAR DICHIENDO SOLO "YA ESTABAN PELEADOS DESDE SIEMPRE" INFLUYÓ EN SU ESTADO DE ÁNIMO. AL SUGERIRSELE UNA POSIBLE RELACIÓN DE ESTOS HECHOS CON LA MANIFESTACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LA ANOREXIA, ELLA ELUDE LA EXPLICACIÓN QUE CON TODA PROBABILIDAD LA REMITIRÍA A CONSIDERAR ASPECTOS DE LA REALIDAD LIGADOS A SU PROBLEMA Y DESCONTEXTUALIZA LA CUESTIÓN DE LA COMIDA RETOMANDO SU ILUSORIA CAPACIDAD DE MANIPULACIÓN DE MANERA SEMEJANTE A LA FORMA EN QUE LA EXPRESÓ EN SESIONES ANTERIORES.

EN EL MATERIAL EXPRESADO RESULTA CLARA LA FORMA DE RELACIÓN TAN TEMPRANA CON LA MADRE A TRAVÉS DE LA COMIDA. PERO -- TAMBIÉN LA COMIDA HA SIDO UN MEDIO POR EL CUAL HA ADQUIRIDO -- CONTROL.

ESTA NECESIDAD DE IDEALIZAR UN OBJETO ONNIPOTENTE PARECIERA QUE ES EMINENTE EN ELLA. TAMBIÉN PODEMOS PERCATARNOS -- DE OTRO HECHO: UNA VEZ QUE PUEDE IDEALIZAR PARECIERA QUE TAMBIÉN PUEDE COMER.

QUINTA SESION.-

- I - A.6/A.5
- II - A.6/A.4/B.1
- III - A.3
- IV - A.6

MANIFIESTA QUE ELLA Y SU FAMILIA ESTUVIERON ENFERMOS. -- RELATA HABER SUBIDO DE PESO AÚN CUANDO CONTINÚA CON SU BAJA --

IMPORTANTE, EXPLICITANDO ASÍ SU TRASTORNO EN LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

A RAÍZ DE SU DOLOR DE ESTÓMAGO SU MADRE LA LLEVO A VER - UN MÉDICO Y UN NEURÓLOGO. A CONTINUACIÓN DECLARA CON UN DISCURSO SIMILAR AL QUE EMPLEÓ EN LA SESIÓN ANTERIOR EN RELACIÓN CON LOS BENEFICIOS DE QUE DIOS LA ESCUCHARA, QUE EL NEURÓLOGO SABE EL ORIGEN DE SU ENFERMEDAD Y LA VA A CURAR, LO CUAL HA DADO COMO RESULTADO UN AUMENTO DE PESO CONSIDERABLE (5 KG.) - EN SU FANTASIA, ASÍ EL MÉDICO Y DIOS APARECEN COMO FIGURAS - OMNIPOTENTES, IDEALIZADAS NECESARIAS PARA ELLA. ESTE AUMENTO DE PESO ES TAN IMAGINARIO COMO EL QUE SOSTUVO EN LA SESIÓN PASADA, SIN EMBARGO, LE SIRVE DE PRETEXTO PARA AFIRMAR QUE SE VA A PONER A DIETA PORQUE DETESTA LA GORDURA.

A TRAVÉS DE LA FICCIÓN, DE ESTE JUEGO DE FALSA GORDURA Y DIETA PARECERÍA QUE TRATA DE AJUSTAR SU ILUSIÓN A LA REALIDAD PARA HACERLA COMPATIBLES; DE ESTA FORMA ANTE LA EVIDENCIA DE SU FLACURA QUE ENTRARÍA EN CONTRADICCIÓN CON SU PRESUNTO AUMENTO DE PESO VA A SOSTENER QUE ESTÁ A DIETA; CON ESTO SE REDUCIRÍA LA DISCREPANCIA ENTRE SU IMAGEN Y SU ALUSIÓN A UNA CURA - RÁPIDA Y UN IGUALMENTE AUMENTO RÁPIDO DE PESO, AMBOS JUICIOS FUERA DE LA REALIDAD.

EN ESTA SESIÓN APARECE MUY CLARAMENTE DESCRITO LA PREOCUPACIÓN Y EL MANEJO OBSESIVO QUE HACE DE LA COMIDA AL MENCIONAR SU RELACIÓN CON LOS ALIMENTOS. DURANTE LA ÉPOCA EN QUE SE DEDICABA A LA GIMNASIA SE DEFINE CON UNA IMAGEN DE AUTOREALIZACIÓN LIGADA AL ÉXITO, DANDO LA IMPRESIÓN DE UNA PERSONALIDAD "COMO SI". ELLA SE ASUME CUANDO AFIRMA CON TOTAL SINCERIDAD QUE NO SÓLO LE GUSTABA GANAR SINO QUE LE IMPORTABA SER LA PRIMERA, LA MEJOR.

TAMBIÉN SE ASUME POSITIVAMENTE CUANDO DECLARA QUE LE GUSTABA VIAJAR PERO PARA VIAJAR NECESITABA GANAR. DOS CIRCUNSTANCIAS ATENUABAN ESTA FORMA DE ASUMIRSE EN FORMA POSITIVA: EL MIEDO A PERDER LA PRUEBA -QUE NO EXPLICITA PERO QUE SUBYACE

EN SU PLÁTICA- LIGADO A LA POSIBILIDAD DE VOLVER EL ESTÓMAGO EN UN MOMENTO CRÍTICO DE LA PRUEBA, O DE ESTAR "PESADA" Y NO PODER CUMPLIR CON LA RUTINA. (DATOS QUE TAMBIÉN SEÑALAN UNA PERSONALIDAD PREMORBIDA A LA ANOREXIA).

LA MADRE, DURANTE EL PERÍODO EN EL INTERNADO CONTINUABA - ALIMENTANDOLA A ESCONDIDAS DIARIAMENTE ("MAMÁ SI SABE LO QUE ME NUTRE Y ES BUENO PARA MI") COMO SI EL CORDÓN UMBILICAL EN TRE AMBAS NUNCA SE HUBIERA CORTADO. A TRAVÉS DEL MATERIAL PQ DEMOS VER LA COMIDA COMO UNA ÁREA CATECTIZADA DE LA VIDA DE ANA, EN LA CUAL EL CONFLICTO SOBRE EL CONTROL YA HA SIDO EXPE RIENCIADO TEMPRANA A NIVEL INTRA E INTERPERSONAL.

REHUSAR LO QUE DESEA, VIENE A SER UNA FUENTE IMPORTANTE DE AFIRMACIÓN DE QUE TAL CONTROL VIENE DESDE DENTRO, MÁS QUE DE LA PERSONA CONTROLADORA DE LA MADRE.

DE LO OBSERVADO SE DEDUCE QUE EXISTE UN DÉBIL INDICIO DE QUE TRATA O HA TRATADO DE ASUMIRSE EN FORMA POSITIVA ACEPTAN DO POR LO MENOS ALGUNOS TÉRMINOS DE LA REALIDAD "ME GUSTA GAN AR". ACTUANDO A PESAR DE ESTO EN FORMA CONTRADICTORIA: PARA GANAR DEJA DE COMER Y PARA ALIMENTARSE PREFERE DEPENDER DE LA MADRE. DE ESTA FORMA SE ASUME A SÍ MISMA PERO MANIFESTAN DO SERIAS FALLAS A NIVEL DE LA ACCIÓN QUE INVALIDAN, POR SU - NEGATIVIDAD, LA EFICACIA DEL INTENTO.

SEXTA SESION.-

- I - A.1/B.2/A.3/A.4/A.5/A.4
- II - A.4/A.6
- III - B.1/A.1/A.5/A.2/A.6/B.2/A.4

COMO EN OTRAS SESIONES, LA PACIENTE COMIENZA POR UN PÁRRA FO AUTOAFIRMATIVO, PERO A DIFERENCIA DE LAS ANTERIORES, SU -- AUTOAFIRMACIÓN TRATA DE IMPONERSE Y SU APRECIACIÓN DE LOS HE CHOS RESULTA RELATIVAMENTE CONVINCENTE. DESPUÉS DE UN ALTER-

CADO CON SU MADRE A RAÍZ DE ALGO QUE LE DIJO A SU PADRE, LA PACIENTE CONCLUYE AFIRMANDO QUE SE QUIERE IR A OTRA PARTE A VIVIR, QUE QUISIERA IR CON SU PADRE AUNQUE LE TEME A SU NUEVA MUJER, PERO QUE YA NO AGUANTA A SU MAMÁ: "MAS BIEN LA QUE NE CESITA TRATAMIENTO ES MI MAMÁ, A MI PARA QUE, SI LA QUE ESTÁ MAL ES ELLA; YO ACÁ TRATO DE ARREGLAR Y LUEGO ELLA ME PROVOCA Y VOLVEMOS A LO MISMO". ES PROBABLE QUE LA PACIENTE SUBESTIME SU PROPIA NECESIDAD DE TRATAMIENTO, PERO LO QUE SE VA CONCRETANDO ES QUE LA PACIENTE RECONOCE QUE HAY ALGO QUE NO FUNCIONA DENTRO DE SU NUCLEO FAMILIAR Y QUE ESTÁ MÁS ALLA DE ELLA MISMA.

POR OTRO LADO, POR SEGUNDA VEZ LA PACIENTE MANIFIESTA - CIERTA REBELDÍA FRENTE AL TRATAMIENTO ENTENDIDA COMO UNA FUGA A LA SALUD. A PARTIR DE ESTE PUNTO, LA ACTITUD DE LA PACIENTE TOMA UN GIRO INVERSO, EN QUE MANIFIESTA SU DESEO DE FUGA EN LA SALUD. SU DILEMA ES QUE NO CONOCE NI ADMITE SU DILEMA Y SU FUERZA FÍSICA REAL -DADO SU ESTADO DE DEBILIDAD- SE AGOTÓ EN LA EXPLOSIÓN AUTOAFIRMADORA INICIAL, QUE COMO SE VERÁ, CONCLUYE NEGÁNDOSE.

EN TODA LA SESIÓN EXISTE UN PROBLEMA CENTRAL ÍNTIMO: EL INTENTO DE LA PACIENTE POR ADQUIRIR UNA POSTURA FIRME Y LA - INCAPACIDAD PARA SOSTENERLA.

LA IRRESOLUCIÓN DEL CONFLICTO CONCLUYE EN UNA NUEVA NEGACIÓN DE SI MISMA, AVERGONZADA DE HABERSE MOSTRADO SIN LA - PROTECCIÓN QUE LA BRINDABA EL ESTEROTIPADO ENCUBRIMIENTO DE SU VIDA DE RELACIÓN, ASEGURANDO SU CAPACIDAD PARA MANIPULAR A OTROS POR NO COMER Y ADMITIENDO, UNA VEZ MÁS, QUE ES ABSOLUTAMENTE INCAPAZ DE ACTUAR POR SÍ MISMA; "YO SIN MI MAMÁ NO SOY NADA; NO SE IR A NINGÚN LADO SIN ELLA; NO SE VIAJAR; NO SABRÍA POR DONDE Ó QUÉ HACER SI ME DEJARA SOLA EN LA CALLE; ELLA CONOCE A LA PERFECCIÓN MIS PENSAMIENTOS, SABE HASTA LO QUE SIENTO. BUENO, ELLA DICE 'MIRA ESTO ES ASÍ Y ASÍ PORQUE TE CONOZCO COMO LA PALMA DE MI MANO'".

EN ESTE PÁRRAFO Y OTROS, RESULTA EVIDENTE QUE ENTRE MADRE E HIJA EXISTE UNA FUERTE SIMBIOSIS Y QUE NINGUNA DE LAS DOS SE DISTINGUEN SEPARADAS, LO CUAL INFLUYE EN UNA PÉRDIDA DE LA CONFIGURACIÓN DE LOS LÍMITES, PERMANECIENDO AÚN FUSIONADAS. AMBAS SE EXIGEN MUTUAMENTE, UN COMPORTAMIENTO ACORDE A SUS EXPECTATIVAS, TRATANDO DE FORZAR EL CUMPLIMIENTO DE ESTE COMPORTAMIENTO EN CUYO LOGRO SE EXASPERAN.

LA SESIÓN CONCLUYE EN UNA ARGUMENTACIÓN SUPPLICANTE AUNQUE INDIRECTA DE LA PACIENTE, QUE TRATA DE SUSPENDER EL TRATAMIENTO MEDIANTE LA DEMOSTRACIÓN DE QUE ELLA HA RECIBIDO LA MEJOR PARTE DEL AFECTO DE LA FAMILIA Y QUE NO ESTA ENFERMA, SÓLO CONTROLA PARA MANIPULAR. LO CUAL NO HACE SINO REAFIRMAR QUE SIGUE DESCONOCIENDO SU PADECIMIENTO Y QUE ESO PROVOCA EN ÚLTIMA INSTANCIA EL FRACASO DE SUS INTENTOS DE AUTO-AFIRMACIÓN (YA QUE PARA ASUMIRSE POSITIVAMENTE EN LA REALIDAD Y NO EN SUS FANTASÍAS, NECESITARÍA PREOCUPARSE POR RESTABLECERSE FÍSICAMENTE PARA, MÁS ADELANTE, ENFRENTAR LA POSIBILIDAD DE IR SE INDEPENDIZANDO).

SEPTIMA SESION.-

I - A.1/A.3	V - 0
II - A.3	VI - A.1/A.2/A.5/A.3/A.4
III - A.2	VII - A.1
IV - A.1	

LA REPETICIÓN DE LAS SITUACIONES DE CONFLICTO FAMILIAR SE ENFOCA EN ESTA SESIÓN, EN PRIMER LUGAR, ALREDEDOR DE LA -- FIGURA DE LA ABUELA, Y LUEGO, DEL PADRE. EN TODO MOMENTO LA - PACIENTE EXPRESA SU FUSIÓN CON LA FIGURA MATERNA Y LA AUSENCIA DE LÍMITES ENTRE SU MADRE Y ELLA -AÚN CUANDO CRITICA UNA RELACIÓN SEMEJANTE ENTRE SU ABUELA Y SU MADRE-. LA PACIENTE NO SE ASUME, SINO QUE REAFIRMA SU DEPENDENCIA.

ESTO TAMBIÉN SE PERCIBE CLARAMENTE EN LA RELACIÓN CON EL PADRE, YA QUE A TRAVÉS DE ÉL, ES COMO PROCURA OBTENER LOS RECURSOS NECESARIOS PARA SEGUIR ESTUDIANDO.

LA INCAPACIDAD PARA ACTUAR POR SÍ MISMA SE EVIDENCIA EN TODAS LAS SITUACIONES QUE RELATA Y EN TODOS LOS CASOS LA REALIDAD (HECHOS Y RELACIONES QUE SOSTIENEN LOS DEMÁS) NO SOLO LA ABRUMA, SINO QUE LLEGA A ATEMORIZARLA, AL ESTAR FUERA DE SU CAPACIDAD DE ACCIÓN, PERO INCIDE SOBRE SU VIDA.

LA ÚNICA ALTERNATIVA QUE SE PLANTEA PARA SALIR DE SU NUCLEO FAMILIAR PATOLÓGICO ES A TRAVÉS DE LA MADRE, Ó CON ELLA. NO PUEDE, NI SIQUIERA EN FANTASÍA, CONSIDERARSE COMO ALGO INDEPENDIENTE DE LA ÓRBITA MATERNA.

SU MADRE EN SÍ MISMA, ES UNA PERSONA INVOLUCRADA DE UNA MANERA COMPLEJA Y SIMBIÓTICA CON SU PROPIA MADRE: ESTA ÚLTIMA SE INMISCUYE EN LA RELACIÓN DE LA MADRE CON SU INFANTA... ASÍ LA MADRE DE ANA PERPETÚA CON SU PROPIA HIJA LA SIMBIOSIS NO RESUELTA, REPITIENDO EL MODELO DE RELACIÓN ANTERIOR Y PRIMARIO.

ANA LOGRA VER EN ESPEJO (ABUELA-MADRE) ESTA MODALIDAD DE RELACIÓN PATOLÓGICA, PERO SIN NINGUNA SÍNTONIA. ANTE CUALQUIER INTENTO DE SEPARACIÓN POR PARTE DE LA PACIENTE REAPARECE EL - SÍNTOMA PSICOSOMÁTICO. ENTONCES, RETORNA A LA SIMBIOSIS CON LA MADRE PARA MANTENER APARENTEMENTE EL EQUILIBRIO.

OCTAVA SESION.-

- I - B.1/A.4/A.3/A.4/B.2
- II - 0
- III - A.1/A.2/A.3/A.3

LA RELACIÓN DE FUSIÓN CON LA MADRE ENTRA EN CRISIS, MADRE E HIJA SE REPROCHAN MUTUAMENTE LA DESCONSIDERACIÓN DE UNA PARA CON LA OTRA, PERO NO VISLUMBRAN SIQUIERA LA POSIBILIDAD DE INTERRUPTIR LA RELACIÓN DE DOBLE VÍNCULO QUE SOSTIENEN. LA INDEPENDENCIA DE LA PACIENTE TRATA DE AFIRMARSE CON NUEVOS - RECURSOS AL SOLICITAR AYUDA PARA QUE SU MADRE LA LLEVE A UN SITIO AL QUE ELLA DESEA IR. LA PACIENTE SE ASUME DE FORMA - TOTALMENTE NEGATIVA INSISTIENDO EN SU PROPIA INCAPACIDAD PARA ACTUAR. LA AUSENCIA DE CUALQUIER FORMA DE AUTOREALIZACIÓN - SE MANIFIESTA EN LA FRASE "ES QUE MI VIDA LA VOY A TERMINAR

SIEMPRE CON MI MADRE". LA ÚNICA INICIATIVA PROPUESTA POR LA PACIENTE NO PUEDE SER INTERPRETADA COMO UN INTENTO AUTOAFIRMADOR PORQUE SE ENCUENTRA TOTALMENTE SUJETA A LA DECISIÓN MATERNA.

INTENTA CON LA TERAPÉUTA REPRODUCIR SU SIMBIOSIS Y DEPENDENCIA ORIGINALES. NO PUEDE ASUMIRSE A SÍ MISMA SINO A TRAVÉS DEL OTRO (MADRE).

NOVENA SESION.-

- I - A.4
- II - A.4
- III - A.1/A.2/A.4/B.2/A.5

SE REPITEN LAS CRÍTICAS SITUACIONES FAMILIARES, DESTACAN DO ESTA VEZ EL PROBLEMA DE LA ABUELA Y ALICIA Y LA INCAPACIDAD PARA ACTUAR CON EllAS. LA SITUACIÓN FAMILIAR LAS ABSORBE Y NO PUEDEN EVITAR EL NUDO DE RELACIÓN PERPETUADO GENERACIONAL MENTE, SIN EMBARGO LA CUESTIÓN DE FONDO QUE SE PLANTEA EN LA SESIÓN ES NUEVAMENTE LA FUSIÓN MADRE- HIJA, EN LA QUE AFLORA EL ASPECTO CONFLICTIVO.

EN LAS DECLARACIONES DE LA PACIENTE SE OBSERVA UNA INTENSA NECESIDAD DE AUTOREALIZACIÓN, DE HACER LO QUE LE GUSTA Y LO QUE QUIERE, PERO SE VE FRUSTRADA PORQUE: A) LA PACIENTE NO CONCIBE SU INDEPENDENCIA O SEPARACIÓN REAL DE LA MADRE, TODO LO QUE SE PROPONE LA INCLUYE, Y B) TAMPOCO ES CAPAZ DE EXPRESARLE SUS PROPIOS DESEOS POR TEMOR A LA INCOMPRESIÓN Y POSIBLES REPRESALIAS. ÉSTO PONE DE MANIFIESTO LA RELACIÓN DE DOBLE VÍNCULO QUE EXISTE ENTRE AMBAS: LA MADRE OBLIGA A LA HIJA A REALIZAR COSAS QUE ÉSTA NO DESEA, Y A SU VEZ LA HIJA NO SE ATREVE A REBELARSE O HACER ALGO POR SÍ MISMA, PERO EN CIERTO MODO "RESPONDE", IRRITANDO A LA MADRE. INCLUSO EN UN INTENTO DE SAFARSE DE LAS PRESIONES MATERNAS, LA PACIENTE FANTASEA LA POSIBILIDAD DE RECURRIR AL PADRE, PERO DE INMEDIATO LA DESHECHA PORQUE LO CONCIBE TAMBIÉN COMO UN DILEMA DE DOBLE VÍNCULO. LA CUESTIÓN DE FONDO PERMANECE ENCERRADA DENTRO DE UN CÍRCULO VICIOSO. ÉL INTENTO DE SEPARACIÓN REACTIVA SU TEMOR A LA PÉRDIDA

DA DE AMOR AL OBJETO. LA TERAPEUTA EMPIEZA A FUNCIONAR COMO OBJETO TRANSICIONAL ANTE EL CUAL ENSAYA SU INTENTO DE INDEPENDENCIA.

DECIMA SESION.-

I - A.5/A.4/A.1/A.5/A.3/A.2/B.1/B.2

LA SESIÓN PRINCIPIA EN LA ANTESALA DONDE SE DRAMATIZA LA SIMBIOSIS. LA SITUACIÓN TRANSFERENCIAL ES CADA VEZ MÁS INTENSA. AHORA, LA RELACIÓN MADRE-HIJA ESTA EN UNO DE SUS MOMENTOS MÁS CRÍTICOS Y ÁNGIDOS.

EN FORMA ELOCUENTE LA PACIENTE EXPLICITA SU ATRAPAMIENTO CON LA MADRE Y LA INFLUENCIA Y CONTROL TOTAL QUE ESTA EJERCE SOBRE ELLA. LAS MANIFESTACIONES DE LA SIMBIOSIS HÁN LLEGADO A UN PUNTO TAL, QUE SON INTOLERABLES E IRREBASABLES. EL SÍNTOMA DEL VÓMITO APARECE SIMBÓLICAMENTE COMO UN DESEO DE ECHAR FUERA LO INTOLERABLE (LA MADRE).

TIBIAMENTE VUELVE A EXPRESAR EN UNA FANTASIA UN DESEO -- QUE EN LA REALIDAD ES FRUSTRADO POR LA MADRE. CUALQUIER INTENTO DE INDEPENDENCIA INMEDIATAMENTE ES BLOQUEADO POR ESTA FIGURA, PROVOCANDO LA REGRESIÓN A UN ESTADIO NUEVAMENTE DE DEPENDENCIA POR PARTE DE ANA. TERMINA POR SOMETERSE PERO CON RABIA.

LA PACIENTE INTENTA ASUMIRSE A SÍ MISMA AUNQUE EN FORMA NO MUY FUERTE: EN PRIMER LUGAR SE FUE CON SU PRIMA AL PARQUE Y EN SEGUNDO LE PLANTEÓ A SU MADRE QUE NO QUERÍA SEGUIR ESTUDIANDO INGLÉS Y QUE DESEABA DESCANSAR UN SEMESTRE. LAS RESPUESTA DE LA MADRE INHIBIÓ ESTOS INTENTOS.

EMPIEZA A RECONOCER NO SÓLO SU INCAPACIDAD PARA ACTUAR, SINO EL ALTO COSTO DE SU DEPENDENCIA, AUNQUE CONTINÚA RECONOCIÉNDOSE INCAPAZ DE ENCONTRAR OTRA ALTERNATIVA.

UNDECIMA SESION.-

I - 0

III - A.6/A.5/B.1

II - A.3/A.2/A.4

IV - A.4

DESPUÉS DE UNOS DÍAS DE VACACIONES FUERA DEL AMBIENTE FAMILIAR, EL ASPECTO FÍSICO DE LA PACIENTE HA CAMBIADO SENSIBLEMENTE, PERO NO ASÍ SU RELACIÓN CON LA MADRE. LA REBELDÍA LATENTE PUEDE SER UN PRINCIPIO DE AUTOAFIRMACIÓN. LA MEDIA -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BECA OBTENIDA PARA LA COLEGIATURA ESCOLAR PUEDE SER OTRO FACTOR DE ESTÍMULO, PERO TAMBIÉN EL ESFUERZO PUEDE CAER EN UNA NEGACIÓN DE SÍ MISMA, PUESTO QUE MANIFIESTA QUE PARA NO ENTRAR EN CONFLICTO SE RETRAE, SE CONCENTRA EN EL ESTUDIO, LA ESCUELA Y NO EN ENCONTRAR SOLUCIONES. ASÍ MISMO, LA DEPENDENCIA DE LOS DEMÁS -EN ESTA SESIÓN NO TAN CONCENTRADA EN LA MADRE- SE MANTIENE APARTADA DE LA PATOLOGÍA FAMILIAR APARECE EL DESEO DE COMER, MAL INTERPRETADO. LA SENSACIÓN DE HAMBRE E INGESTIÓN DE COMIDA CONTINUAN CON UNA FALLA EN LA PERCEPCIÓN. LA PREOCUPACIÓN POR LA COMIDA Y EL PESO SE TORNAN OBSESIVAS Y BUSCA LA DIETA, A PESAR DE NO ESTAR GORDA, SE SIENTE, POR SU FALLA EN LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL. LA PACIENTE NO TIENE UNA IMAGEN DE SÍ MISMA, TRATA DE AJUSTARSE A LO QUE CREE QUE LOS DEMÁS ESPERAN DE ELLA.

DUODECIMA SESION.-

I - 0	IV - A.4/A.3
II - 0	V - A.6
III - A.6/A.4	VI - A.4/A.5/B.2

EN LA PRIMERA PARTE DE LA SESIÓN, LA PACIENTE SE REFIERE ERICTAMENTE A CUESTIONES DESCRIPTIVAS: FUÉ A LA ESCUELA PARA VER CUANDO REANUDARÍA LAS CLASES Y LUEGO SE EXPLAYA SOBRE CUESTIONES RELATIVAS AL TERREMOTO.

POSTERIORMENTE TRATA SU DOLOR DE CABEZA. AL DESARROLLAR ESTE PUNTO SE DESTACA QUE CARECE DE UNA IMAGEN CLARA DE SU YO, TRATA DE HACERSE VER COMO UNA PERSONA FUERTE Y PARA AFIRMARLO, SE REMITE A SU CAPACIDAD DE CONTROL DEL ORGANISMO. LUEGO VUELVE A REFERIRSE AL TEMPLOR, PERO EN RELACIÓN A SÍ MISMA, REAFIRMANDO SU TENDENCIA A ACTUAR EN TÉRMINOS NEGATIVOS AL ELUDIR A SU CAPACIDAD DE DESCONECTARSE DE LO QUE LA MOLESTA, LO CUAL TAMBIÉN IMPLICÁ QUE NO ENFRENTA LA REALIDAD, SINO QUE LA ELUDE.

MÁS ADELANTE TRATA DE REAFIRMAR SU PRESUNTA FUERZA, DECLARÁNDOSE IMPENETRABLE AÚN FRENTE AL TRATAMIENTO, Y TERMINA LA SESIÓN REMITIÉNDOSE NUEVAMENTE (COMO EN SESIONES ANTERIORES) A

LA RELACIÓN CON SU MADRE, SU TENDENCIA A ACTUAR EN TÉRMINOS - NEGATIVOS, ASÍ COMO SU DEPENDENCIA DE LAS DECISIONES DE AQUELLA SOBRE SU VIDA. EN ESTA ÚLTIMA PARTE DE LA SESIÓN SE ALUDE TAMBIÉN EN FORMA IMPLÍCITA A RELACIONES DE DOBLE VÍNCULO CON LA MADRE QUE LA PACIENTE NO PUEDE ROMPER, DEBIDO A QUE -- ASISTE AL TRATAMIENTO PORQUE LA MADRE LA MANDA, PERO ELLA SE RESISTE Y LO RECHAZA AUNQUE NO ES CAPAZ DE ENFRENTAR A SU MADRE PARA ABANDONARLO.

TRIGESIMA SESION.-

- I - A.1/A.3/A.4/A.5/B.2
- II - A.3/A.4
- III - B.2/A.3/A.4

EN ESTA SESIÓN LA PLÁTICA DE LA PACIENTE SE UBICA TOTALMENTE DENTRO DEL ÁMBITO FAMILIAR Y TRATA EL CONFLICTO QUE VIVE CON SU MADRE, A RAÍZ DE QUE SU PAPÁ LOS INVITÓ A SALIR A ELLA Y A SU HERMANO. A TRAVÉS DE ESTE CONFLICTO SE MANIFIESTA TANTO LA RELACIÓN DE DOBLE VÍNCULO QUE SOSTIENE SU MADRE CON ELLA COMO LA INCAPACIDAD DE ANA PARA DECIDIR QUÉ HACER. EN CONSECUENCIA LA PACIENTE RECURRE A LA POSPOSICIÓN DEL ENFRENTAMIENTO, SIN VISLUMBRAR SOLUCIÓN ALGUNA. SUS FANTASÍAS DE REBELIÓN, ASÍ COMO SU ÚLTIMA INSTANCIA DEPENDE DE LOS OTROS - PARA ACTUAR.

EN SEGUNDO LUGAR SE REFIERE A SU RELACIÓN CON LA PRIMA, CON QUIEN TIENE OTRO CONFLICTO CUYA RESOLUCIÓN POSPONE PLANEAR DO UNA VENGANZA IMPRECISA Y FANTASIOSA.

FINALMENTE, EN TERCER LUGAR SE REFIERE AL PRETENDIENTE - QUE TIENE, A QUIEN SU MADRE LA INCITA A TRATARLO A PESAR DE QUE LA PACIENTE LO RECHAZA, LO CUAL PODRÍA ESTAR INDICANDO NUEVAMENTE LA PRESENCIA DE UNA RELACIÓN DE DOBLE VÍNCULO PLANTEADA POR SU MADRE, AUNQUE EN TÉRMINOS EXPLÍCITOS SE PONE DE MANI

FIESTO LA FALTA DE RESOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN Y LA ACTUACIÓN DE LA PACIENTE EN TÉRMINOS EXAGERADOS PERO NO EFICACES QUE -- ELLA MAGNIFICA.

CUADRAGESIMA SESION.-

- I - 0
- II - B.2/A.1/A.4
- III - B.2/A.1/A.5

EL PRIMER ASUNTO QUE TRATA LA PACIENTE ES NETAMENTE DESCRIPTIVO, NARRA EL ACCIDENTE DE SU ABUELITA QUE SE CAYÓ. SU ÚNICO COMENTARIO PERSONAL AL RESPECTO ES QUE TIENE SUEÑO PORQUE CON EL ALBOROTO DEL ACCIDENTE NO PUEDE DORMIR.

LA SIGUIENTE ANÉCDOTA SE REFIERE A LA PRÓXIMA VISITA DE SU PADRE Y EL CHANTAJE A QUE ES SOMETIDA POR SU MAMÁ PARA QUE NO SALGA CON ÉL, TAMBIÉN DENOTA INCAPACIDAD PARA DECIDIR Y -- ASUME NEGATIVAMENTE LA RELACIÓN CON SU PADRE; FANTASEA SOBRE LA FORMA EN QUE ACTUARÁ CON ÉL. LA ÚLTIMA Y LARGA ANÉCDOTA, ENLAZA UNA SERIE DE SITUACIONES EN TORNO AL DOMINIO QUE EJERCE LA MADRE SOBRE LA PACIENTE INSISTIENDO EN LA ASISTENCIA A LAS SESIONES (QUE TRATA DE CANCELAR) Y DIVERSAS EXPRESIONES SOBRE SUS ESTUDIOS DE INGLÉS, A SALIR SOLA, ETC., QUE PONEN EN EVIDENCIA LA INCAPACIDAD PARA DECIDIR DE LA PACIENTE, DADO QUE ACTÚA FORZADA POR LA MADRE, SE ASUME EN FORMA NEGATIVA AL NO ENCONTRAR SALIDA Y AFIRMAR QUE "CON TODOS VOY ACABAR". ASIMISMO, LA PACIENTE ESTÁ MUY MOLESTA POR LA INTROMISIÓN DE SU MADRE EN EL TRATAMIENTO Y SU IMPOTENCIA SE MANIFIESTA REITERADAMENTE: "LA SOLUCIÓN ES PRESIONARLOS A VER QUIEN NECESITA A QUIEN". TODAS LAS CATEGORÍAS INDICADAS ESTAN PRESENTES REPETIDAS VECES EN ESTA UNIDAD DE ANÁLISIS.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

LA INVESTIGACIÓN ESTÁ BASADA EN EL ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO DE ANOREXIA NERVIOSA PRIMARIA Y EN LA COMPILACIÓN DE DATOS QUE SE ENCONTRARON EN LA LITERATURA CON RESPECTO AL TEMA. YO PARTO DEL SUPUESTO QUE UN TRASTORNO EN EL DESARROLLO PUEDE OCASIONAR UNA FALLA EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN, FACILITADO POR UN VÍNCULO PATOLÓGICO CON LA MADRE EN DONDE LA LÓGICA DE RELACIÓN HA ESTADO TRASTOCADA. ÉSTE TRASTORNO PUEDE SER OBSERVADO Y ANALIZADO TENIENDO UNA APARICIÓN FRECUENTE EN LA ANOREXIA NERVIOSA. UNA VEZ PROBADA MI TESIS, ES DECIR, QUE EXISTE UNA FALLA EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA Y QUE ÉSTA SE DA JUNTO CON UNA SERIE DE MANIFESTACIONES DE RELACIONES DE DOBLE VÍNCULO, SERÍA CONVENIENTE TOMAR EN CUENTA LAS PROYECCIONES DE ESTE HALLAZGO A NIVEL TEÓRICO Y PRÁCTICO.

LA TÉCNICA DE ANÁLISIS DE CONTENIDO FUÉ LA QUE UTILICÉ COMO RECURSO METODOLÓGICO PARA LA PRUEBA DE HIPÓTESIS.

COMO SE SABE, LA ANOREXIA NERVIOSA SE MANIFIESTA USUALMENTE EN LA ADOLESCENCIA CON EL MÁXIMO DE FRECUENCIA ALREDEDOR DE LOS 17 AÑOS, PRINCIPALMENTE EN MUJERES JÓVENES, PROVENIENTES DE HOGARES PRÓSPEROS. LA PRESENTACIÓN INICIAL DEL TRASTORNO SE EXPRESA CON LOS PRIMEROS INTENTOS POR LLEVAR UNA DIETA Y SEÑALES DE PÉRDIDA DE PESO. LA HISTORIA DE LA NIÑEZ RESULTA RELEVANTE PORQUE SE HA ENCONTRADO QUE TIENEN UNA PERSONALIDAD -- PREMÓRBIDA. LOS ANORÉXICOS FORMAN UN GRUPO PSICODINÁMICAMENTE HETERÓGENO; EL GRADO DE PATOLOGÍA PUEDE VARIAR DE PACIENTE A PACIENTE.

EN CUANTO AL MEDIO FAMILIAR, LA MAYORÍA PROCEDEN DE FAMILIAS CONFLICTIVAS. LA MADRE DE LA TÍPICA ANORÉXICA ES UNA MUJER EMOCIONALMENTE INMADURA, ELLA FUÉ, Y CONTINÚA SIENDO DEPENDIENTE DE SU PROPIA MADRE, UNA PERSONA CONTROLADORA, QUE CRÍTICA Y SIENTE LA OBLIGACIÓN DE DIRIGIR LA VIDA DE SU HIJA. COMO ROWLAND (1970) LO HA OBSERVADO, ESTA FIGURA ES EN SÍ MISMA UNA

PERSONA INVOLUCRADA DE UNA MANERA COMPLEJA Y SIMBIÓTICA CON SU PROPIA MADRE, Y ESTA ÚLTIMA SE INMISCUYÉ EN LA RELACIÓN DE LA MADRE CON SU INFANTA.

CASI TODOS LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS EN LOS DOS ÚLTIMOS LUSTROS SOBRE ANOREXIA CONSIDERAN LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN MADRE-HIJA PARA EL DESARROLLO DE ESTE SÍNDROME, LO MISMO QUE LAS RELACIONES FAMILIARES. SE HAN REVALORADO Y CUESTIONADO -- LAS RELACIONES DESDE EL NACIMIENTO HASTA LA ADOLESCENCIA, SEÑALANDO LA RELACIÓN PATOLÓGICA DE ESTA MADRE CON LA HIJA COMO EL PRINCIPAL FACTOR DETERMINANTE EN EL DESARROLLO DE ESTE PADECIMIENTO (COHLER, 1975; MASTERSON, 1977; MINUCHIN, 1978; SOURS, 1979).

BÁSICAMENTE TRES TEMAS SOBRESALEN EN LA REVISIÓN DE LA LITERATURA RESPECTO A LA ETIOLOGÍA DE LA ANOREXIA: 1) EL CONFLICTO EN RELACIÓN A LA CAPACIDAD DE LA PACIENTE PARA ALCANZAR LA INDIVIDUACIÓN Y PARA LA RESOLUCIÓN DE LA SIMBIOSIS MADRE-HIJA (BRUCH, 1969; SOURS, 1979, 1980; MASTERSON, 1977; COHLER, 1975; PALAZOLLI, 1978, SWIFT Y STERN, 1982), 2) LA PRESENCIA DE CONFLICTOS INTERPERSONALES E INTRAPSÍQUICOS (BLISS Y BRANCH, 1960; BRUCH, 1966, 1971, 1982; THEANDER, 1970) Y, 3) LOS SENTIMIENTOS DE PÉRDIDA DE CONTROL PARA MANEJAR SU VIDA (SOURS, 1979; COHLER 1975).

AL CORRELACIONAR EL MATERIAL CLÍNICO Y EFECTUAR SU ANÁLISIS DE CONTENIDO, ES POSIBLE CONSTATAR QUE TODAS Y CADA UNA DE LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS FUERON REGISTRADAS EN LAS DIVERSAS UNIDADES DE ANÁLISIS, Y A VECES, DE MANERA REPETITIVA EN UNA MISMA SESIÓN, LO CUAL SOSTIENE Y REFORZA LA HIPÓTESIS DE TRABAJO EN RELACIÓN A LA FALLA DEL PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN EN LA ANOREXIA NERVIOSA. ASÍ LO DEMUESTRA LA PRESENCIA CONSTANTE EN CADA UNO DE LOS RELATOS DE LA PACIENTE EN QUE MANIFIESTA SU INCAPACIDAD PARA ACTUAR FRENTE A LOS OTROS POR PRESIONES REALES O SUPUESTAS, Ó POR ELUDIR EL ACTUAR.

COMO YA SE HABIA EXPLICITADO ANTERIORMENTE, LA ACTUACIÓN EN FUNCIÓN DE LOS OTROS, ASÍ COMO LA INCAPACIDAD PARA ACTUAR POR SÍ MISMA, LA FALTA DE DIFERENCIACIÓN DEL YO CON EL OTRO Y LA DEPENDENCIA DE LAS DECISIONES DE LOS OTROS, PRESUPONEN FORMAS NEGATIVAS PARA ASUMIR SU PROPIA IDENTIDAD, LO QUE HABLA - DE UNA FALLA EN EL CONCEPTO DE SÍ MISMA, FALTA DE AUTONOMÍA E IDENTIDAD PROPIA.

EL ASUMIRSE EN FORMA NEGATIVA, EN ESTE CASO GENERALMENTE REPRESENTA UN CORRELATO DE LA INCAPACIDAD PARA ACTUAR EXPRESADA EN UNA TENDENCIA A ELUDIR EL ENFRENTAMIENTO, EL CAMBIO Y, SOBRE TODO, EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN REAL, TERMINANDO POR ELUDIR LA REALIDAD. ESTO TAMBIÉN SE MANIFESTÓ A TRAVÉS DEL RETRAIMIENTO, LA POSICIÓN DE LA ACCIÓN Y LA RESPUESTA DIFERIDA O DESVIADA.

A LA INCAPACIDAD DE ACTUAR SE ASOCIA CONSTANTEMENTE EL - ACTUAR EN FUNCIÓN DE LOS OTROS, QUE ES LA CARACTERÍSTICA MÁS IMPORTANTE (DE ACUERDO A LAS VECES QUE SE REPITE). RELACIONADAS CON LA INCAPACIDAD PARA ACTUAR, Y PROBABLEMENTE LIGADAS A ELLA COMO UNA FORMA DE HACERLA MÁS TOLERABLE, SE ENCUENTRAN - FANTASIAS DE DOMINIO Y CONTROL A LOS DEMÁS. A TRAVÉS DE TALLAS FANTASIAS TRATA DE INVERTIR LA RELACIÓN DE DOMINACIÓN.

AL SUPONERSE CAPAZ DE MANIPULAR A LOS OTROS, LA PACIENTE DESARROLLA UNA FORMA ESPECIAL DE ACCIÓN INDIRECTA, MEDIANTE - LA CUAL SE ASUME NEGATIVAMENTE DEJANDO DE COMER, AL GRADO DE PONER EN PELIGRO SU PROPIA VIDA. EL QUERER ASUMIRSE A SÍ MISMA, EN FORMA NEGATIVA, ADQUIERE UN ALTO COSTO FÍSICO Y EMOCIONAL. EN ESTE CASO DE ANOREXIA EL DESEO DE MANTENERSE DELGADA Y LA INANICIÓN VIENEN A SER UNA SUPUESTA EXPRESIÓN DE: FUERZA, DECISIÓN, CONTROL, INDEPENDENCIA Y UNA DEFENSA CONTRA EL SENTIMIENTO DE IMPOTENCIA E INSEGURIDAD.

LA RECONSTRUCCIÓN DEL DESARROLLO INICIAL DE ESTA PACIENTE Y EL MATERIAL DE SUS SESIONES DE PSICOTERAPIA SEÑALAN COMO

DESCUBRIMIENTOS MÁS IMPORTANTES: EN PRIMER LUGAR, LAS LIMITACIONES QUE TIENE PARA EXPRESAR LAS INICIATIVAS BÁSICAS Y SUS DESEOS. ELLA NO PUEDE MOSTRARSE O ACTUAR, SINO ES EN FUNCIÓN DEL OTRO (MADRE). PIENSO QUE ESTA CONDUCTA OBEDECE JUSTAMENTE A UN MODO DE RELACIÓN ALTERADO ENTRE MADRE-HIJA, EN DONDE LA PRIMERA EJERCIÓ UN CONTROL EXCESIVO SOBRE LA VIDA DE LA HIJA, FAVORECIENDO, EN SEGUNDO LUGAR, UN EXCESO DE DEPENDENCIA DURANTE LA FASE DE PRÁCTICA PROPIAMENTE DICHA. EL TRASTORNO EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN SE ESTABLECIÓ ESPECÍFICAMENTE DURANTE LA SUBFASE DE PRÁCTICA (SEGUNDA SUBFASE) AL NO SER ESTIMULADA SINO PROHIBIDA POR LA MADRE.

HASTA ESTE MOMENTO, DE LA EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA DE ANA, - LA MADRE ACTUÓ COMO UN AGENTE ORGANIZADOR SIMBIÓTICO, PERO DADAS LAS CARACTERÍSTICAS DE SU CONDUCTA, RETARDÓ EL DESARROLLO DE LA INDIVIDUACIÓN Y SEPARACIÓN, QUEDÁNDOSE FIJADA LA PACIENTE EN ESTA SUBFASE Y DETERMINADO SU PATOLOGÍA POSTERIOR.

ESTA DIFICULTAD DE LA MADRE PARA FAVORECER LA SEPARACIÓN PUEDE SER OBSERVABLE EN LOS COMIENZOS DE LA LOCOMOCIÓN Y LA IMPLANTACIÓN DE POR SÍ PREMATURA DEL CONTROL DE ESFÍNTERES. EN TÉRMINOS DE DESARROLLO NORMAL, LA MADURACIÓN NEUROLÓGICA Y PSICOLÓGICA PERMITEN EL APRENDIZAJE ACTIVO DE ESTE CONTROL. EN EL HISTORIAL, LO QUE SE RECUPERA PRECISAMENTE ES EL CONTROL DE LA MADRE SOBRE SU HIJA EN RELACIÓN AL CONTROL DE ESFÍNTERES, NO PERMITIÉNDOLE: 1) EXPERIMENTAR SATISFACCIÓN ALGUNA Y SEGURIDAD PROPIA; 2) EMPEZAR A APRENDER LO QUE ES ACEPTABLE O INACEPTABLE, NI 3) SATISFACER SUS PROPIOS DESEOS. COMO SE PUEDE VER EN EL MATERIAL* ESTA MADRE SE IMPUSO Y CONTROLÓ A ANA SIN PERMITIRLE LA ALTERNATIVA DE MANEJAR SUS PROPIOS IMPULSOS.

* Referirse a la historia clínica de la paciente, pág. 51.

EN ESTE CASO, LA SIMBIOSIS SE REACTIVO DIFICULTANDO LA SEPARACIÓN ENTRE AMBAS, CREANDO UNA INSEGURIDAD EN LA HIJA ANTE CUALQUIER PERSPECTIVA DE SEPARACIÓN CON SU ANGUSTIA CONSECUENTE. LA ENERGÍA PERMANECIÓ EN LA ÓRBITA SIMBIÓTICA Y SE INVIRTIÓ EN SU PRESERVACIÓN, EVITANDO EL CRECIMIENTO DEL YO, COMO ALGO DIFERENTE Y EL ESTABLECIMIENTO DEL MÉTODO PRIMARIO DE LA FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD.

CON ESTA MODALIDAD DE RELACIÓN, LA PACIENTE CONTINUÓ ATADA A LA MADRE, PRIVADA DE LA AUTONOMÍA. FUE TAN INTENSA LA DOMINACIÓN MATERNA QUE NI SIQUERA HUBO LA OPORTUNIDAD DE ACUDIR AL OBJETO TRANSICIONAL, PORQUE LA MADRE NUNCA PERMITIÓ LA SEPARACIÓN, NI SIQUERA EL ACCESO A ESTE OBJETO TRANSICIONAL COMO SUBSTITUTO.

DADAS LAS CONDICIONES DE RELACIÓN, LA ÚNICA SALIDA O CONDUCTA QUE SE DIÓ FUE LA DE SEGUIMIENTO A LA MADRE, SIN LA OTRA PARTE QUE PUEDE CONSIDERARSE CARACTERÍSTICA DE LA RESOLUCIÓN DE ESTA FASE: LA DE ATREVERSE A SEPARAR DE ESTA FIGURA PARA FACILITAR UN MANEJO MÁS EFECTIVO DE LA AUTONOMÍA E INDIVIDUACIÓN. AL NO PODER EJERCER SU AUTONOMÍA, ANA TAMPOCO PUDO TRANSFORMARSE DE UNA NIÑA PASIVA A UNA NIÑA ACTIVA, DIFERENCIARSE, TENER DECISIONES.

A LO LARGO DE SU HISTORIA TAMBIÉN PODEMOS OBSERVAR COMO UNA VEZ QUE APARECIERON LOS CELOS, LA ENVIDIA Y LA AGRESIÓN ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL CURSO Y DESARROLLO DE LA SEPARACIÓN FUERON PROHIBIDOS POR LA MADRE "NO PODIA DEJARLA SALIR CON NADIE, ME DABA MIEDO PORQUE GOLPEABA A OTROS NIÑOS". LA EXPRESIÓN DE LA AMBIVALENCIA QUEDÓ EXCLUIDA VERBAL Y FÍSICAMENTE, LO MISMO SUCEDIÓ CON LA COMUNICACIÓN DIRECTA Y ABIERTA, EL GRADUAL ALCANCE DE OTROS OBJETOS DE AMOR Y LA POSIBILIDAD DE

PELEAR CON SU MADRE. EN ESTA FORMA, SE EVITO EL INGRESO A LA CRISIS EN LA RELACIÓN MADRE-HIJA -TAMBIÉN NORMAL DENTRO DEL DESARROLLO DE LA SUBFASE DE REACERCAMIENTO- POR UNA FALTA DE: A) DISPONIBILIDAD EMOCIONAL Y, B) PERMEABILIDAD DE LA MADRE PARA LA SEPARACIÓN.

CON LO ANTERIORMENTE DESCRITO PODEMOS DEDUCIR QUE EN ESTA PACIENTE NO SE RESOLVIÓ LA SUBFASE DE PRÁCTICA PROPIAMENTE DICHA, IMPIDIENDO EL PASO A LA SIGUIENTE FASE DE REACERCAMIENTO PARA CURSAR, ENSAYAR Y RESOLVER -ALGUNOS ASPECTOS QUE PUEDEN CONSIDERARSE COMUNES A ESTA ETAPA DE DESARROLLO- COMO SON LA INDECISIÓN, LA EXPRESIÓN DE LA AGRESIÓN LAS PELEAS CON LA MADRE, LOS FENÓMENOS TRANSICIONALES, DEBIDO A LA NO MANIFESTACIÓN DE CRISIS TEMPRANAS EN LA RELACIÓN ENTRE MADRE E HIJA, Y POR LO TANTO NO SE IMPLEMENTARON MÉTODOS PARA LA RESOLUCIÓN DE LAS MISMAS. ASÍ ANA SE QUEDÓ FIJADA EN LA SEGUNDA ETAPA DE LA SUBFASE DE PRÁCTICA, Y CONSECUENTEMENTE SE PRODUJO LA FALLA EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN.

ENCUENTRO COMO RASGO DISTINTIVO EN SU PERSONALIDAD LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: DIFICULTAD PARA LA EXPRESIÓN DE LOS IMPULSOS, ASÍ COMO INCAPACIDAD PARA ENFRENTAR LA CRISIS MADRE HIJA Y PARA ENCONTRAR SOLUCIONES A LA MISMA. ÉSTOS SEÑALAMIENTOS PODRÍAN CONTRIBUIR AL ENTENDIMIENTO DE LA PSICOPATOLOGÍA DE LA ANOREXIA NERVIOSA, ASÍ COMO AL TRATAMIENTO DE ESTE TIPO DE PACIENTES PERMITIÉNDOLES REEXPERIENCIAR ESTOS FENÓMENOS A TRAVÉS DE UNA PSICOTERAPIA.

OTROS DESCUBRIMIENTOS IMPORTANTES A SEÑALAR SERÍAN: LA SOBREDPENDENCIA DE LA PACIENTE, CUANDO POR EJEMPLO, REFIERE QUE NECESITA DE LA MADRE PARA CONDUCIRSE EN SUS ACTIVIDADES (IR A LA ESCUELA, TOMAR CURSOS, ELEGIR ROPA, ETC.). LA MADRE ACTÚA Y DECIDE POR LA HIJA, DIRIGE SU VIDA SIN LÍMITES Y SIN EL MENOR CONNATO DE DIFERENCIACIÓN.

POR OTRO LADO, ANA DEJA DE COMER PARA DEMOSTRARSE FIRME

Y ENCONTRAR NOTORIEDAD, PERO ANTE LA IRRESOLUCIÓN DEL CONFLICTO CONCLUYE NUEVAMENTE EN UNA NEGACIÓN DE ELLA, ACEPTANDO SU INCAPACIDAD PARA ACTUAR POR CUENTA PROPIA: "YO SIN MI MAMÁ NO SOY NADIE, NO SE IR A NINGUN LADO, SIN ELLA NO SE VIAJAR, NO SABRIA POR DONDE IR O QUE HACER SI ME DEJARA SOLA EN LA CALLE. ELLA CONOCE A LA PERFECCIÓN MIS PENSAMIENTOS, SABE LO QUE SIENTO". DE LO QUE SE DEDUCE QUE SU INCAPACIDAD PARA SEPARARSE DE LA MADRE ES TAMBIÉN FÍSICA GENERADORA DE ANGUSTIA,

ESTE PARRAFO Y OTROS, CONTINUAN REVELANDO LA EVIDENTE -- SIMBIOSIS MADRE-HIJA. FUE TAL EL CONTROL QUE SE EJERCIÓ SOBRE LA HIJA QUE NO DESARROLLÓ SU AUTONOMÍA. LA AUSENCIA DE CUALQUIER FORMA DE AUTORREALIZACIÓN SE MANIFIESTA EN LA FRASE "ES QUE MI VIDA LA VOY A TERMINAR SIEMPRE CON MI MADRE". ESTA AFIRMACIÓN VIENE A PLANTEAR UNA SERIE DE CUESTIONAMIENTOS EN TORNO A LA FALTA DE ALTERNATIVA EN ESTA PACIENTE PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS ¿POR QUÉ SE CIERRAN LAS PERSPECTIVAS O RESOLUCIONES? EN EL MATERIAL EXPUESTO ES POSIBLE OBSERVAR QUE NUNCA SE PLANTEA LA POSIBILIDAD DE NEGOCIACIÓN Y TAMPOCO SE OFRECEN SOLUCIONES A LOS CONFLICTOS; NO HAY APERTURA, POR EL CONTRARIO, SE CIERRA TODA ALTERNATIVA. ¿QUÉ CABRÍA LA PREGUNTA: ¿ES QUE LAS PACIENTES ANORÉXICAS PRESENTAN ESTA FALTA DE PERSPECTIVA PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS? Ó ¿EN QUÉ MEDIDA LA PACIENTE CIERRA FINALMENTE LAS OPCIONES A TRAVÉS DE UNA CONDUCTA RITUALISTA EQUIVOCADA, COMO LO ES LA ANOREXIA NERVIOSA? ¿ESTE CIERRE DE OPCIONES PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS O -- CRISIS SE PUEDE DAR EN OTRO TIPO DE PATOLOGÍAS? ESTAS INTERROGANTES INVITAN A REALIZAR FUTURAS INVESTIGACIONES DIRIGIDAS A ESTUDIAR EN PROFUNDIDAD Y EN FORMA MÁS RIGUROSA LOS MECANISMOS QUE INTERVIENEN PARA EL ASENTAMIENTO DE LA SIMBIOSIS Y LA FALTA DE PERSPECTIVA PARA LA SOLUCIÓN A LAS CRISIS.

EN ALGUNAS DECLARACIONES DE LA PACIENTE, ES POSIBLE OBSERVAR UNA INTENSA NECESIDAD DE HACER LO QUE LE GUSTA Y QUIERE, PERO SE VE FRUSTRADA PORQUE: 1) LA PACIENTE NO CONCEBE SU INDE

PENDENCIA O SEPARACIÓN REAL DE LA MADRE, TODO LO QUE PROPONE -- LA INCLUYE Y, 2) TAMPCO ES CAPAZ DE EXPRESAR SUS PROPIOS DESEOS POR TEMOR A LA INCOMPRESIÓN Y POSIBLES REPRESALIAS, ESTO PONE DE MANIFIESTO LA RELACIÓN DE DOBLE VÍNCULO EXISTENTE: LA MADRE OBLIGA A LA HIJA A REALIZAR COSAS QUE ESTA NO DESEA, Y A LA VEZ LA HIJA NO SE ATREVE A REBELARSE Ó HACER ALGO POR SÍ MISMA, PERO RESPONDE IRRITANDO A LA MADRE (NO COME), LA CUESTIÓN DE FONDO PERMANECE ENCERRADA DENTRO DE UN CÍRCULO VICIOSO.

AL REVISAR LA HISTORIA Y RECUPERAR EL MATERIAL TEMPRANO, TAMBIÉN SE PUEDE CONCLUIR QUE LAS NECESIDADES PRIMARIAS DE ANA FUERON FRUSTRADAS Y QUE NO HUBO UNA RELACIÓN ENTRE NECESIDAD Y GRATIFICACIÓN, ¿SERÍA ESTA EXPERIENCIA DE FRUSTRACIÓN A SUS NECESIDADES, LA RAZÓN PARA SUPRIMIR SUS DESEOS O NECESIDADES? Ó MÁS BIEN, ¿INFLUYE LA IMPOSIBILIDAD DE REGISTRO DE LA MADRE A LAS NECESIDADES TEMPRANAS DE LA HIJA? ¿ES EL NO ENLACE DE UN HIJO CON LA MADRE EN TÉRMINO POSITIVOS (AFECTO, GRATIFICACIÓN) LO QUE FAVORECE LAS FALLAS EN LA PERCEPCIÓN TEMPRANA DE LAS SEÑALES DE HAMBRE EN LOS NIÑOS? ¿ESTA FALTA DE CONTACTO Y PERCEPCIÓN DE SEÑALES MUTUAS, REALES CONLLEVA AL ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES DE DOBLE VÍNCULO?

DE ACUERDO AL ANÁLISIS DEL MATERIAL SE DEDUCE QUE: ANTE LA IRRESOLUCIÓN DE LA RELACIÓN DE DOBLE VÍNCULO QUE SOSTIENE CON SU MADRE Y LA INCAPACIDAD PARA DECIDIR QUÉ HACER, ANA RECURRE A LA POSPOSICIÓN DEL ENFRENTAMIENTO SIN VISLUMBRAR SOLUCIÓN ALGUNA, POR SU FALLA PARA ENCONTRAR OPCIONES AL PROBLEMA.

COMO SE PUEDE CONSTATAR EN EL CASO, ESTA MADRE CONTROLÓ LA VIDA DE SU HIJA, REPRODUCIENDO SU RELACIÓN CON SU PROPIA MA

DRE. SIN POSIBILIDAD PARA FOMENTAR LA INDIVIDUACIÓN, PERMANECIÓ LIGADA A SU HIJA EN FORMA ESPECIAL. AHORA, LA PACIENTE DURANTE LA ADOLESCENCIA, AL REACTIVARSE LOS CONFLICTOS CON RESPECTO AL CONTROL, LIBERA MÁS EL ESTRICTO MECANISMO DE AUTOCONTROL QUE IMITA DE SU MADRE QUIEN A SU VEZ, ES CONTROLADA POR LA ABUELA. LOS SENTIMIENTOS FRUSTRADOS Y CONTROLADOS POR LA MADRE, ANA LOS EXPRESA A TRAVÉS DE UN CONTROL INTERNO, EN TÉRMINOS DE LIMITAR LA INGESTIÓN DE COMIDA, EN UNA RÍGIDA DISCIPLINA SOBRE TODO EN LA ALIMENTACIÓN, CON LA CONSIGUIENTE PÉRDIDA DE PESO, DANDO LA IMAGEN DE POSEER CONTROL INTERNO. DESDE ESTA PERSPECTIVA PODRÍA SEÑALAR QUE: LA ANOREXIA ES LA ÚNICA VÍA PARA EXPRESAR RECHAZO Y ENOJO A LA MADRE Y PARA MOSTRAR AUTOCONTROL (ARTIFICIALMENTE). AÚN CUANDO EN REALIDAD REPRESENTA UN MANEJO PATOLÓGICO EN TORNO AL CONTROL Y EL PODER. AQUÍ PODRÍAMOS HACER UNA INFERENCIA "¿EL PODER SE ALCANZA A EJERCER UNA VEZ QUE SE TIENE UN OBJETO AL CUAL DOMINAR? Ó ¿ES NECESARIO CREAR AL OBJETO PARA EJERCER LA DOMINACIÓN?"

AHORA BIEN, REVIZANDO OTROS DATOS EN CUANTO AL ACTO DE COMER Y LA HISTORIA DE ANA, RESULTÓ SORPRENDENTE EL PARALELO ENTRE LA LITERATURA DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y EL DESARROLLO DE LA PACIENTE. INVESTIGADORES COMO BRUCH (1971, 1973), COHLER - (1975), ANOTAN QUE EL FUTURO ANORÉXICO NO ES ENSEÑADO EN LA INFANCIA A QUE SUS NECESIDADES INTERNAS SEAN SATISFECHAS, LOS SIGNOS DE HAMBRE SE CONFUNDIERON DESDE LA LACTANCIA. EN ESTE CASO ESTUDIADO, DURANTE LAS PRIMERAS MANIFESTACIONES DE HAMBRE YA SE PERCIEN LAS DIFICULTADES PARA SABER CUÁNDO TENIA HAMBRE Y CÓMO GRADUALMENTE FUE PERDIENDO O CONFUNDIENDO LAS SEÑALES DE HAMBRE, Y FINALMENTE, EL DESEO DE COMER. YO PIENSO QUE ESTE TRASTORNO EN EL REGISTRO DE LA SENSACIÓN DE HAMBRE, ESTÁ EN RELACIÓN CON UNA FALLA EN LA PERCEPCIÓN DEL HAMBRE. ÉSTO EXPLICA, EL POR QUÉ ANA NO ENTIENDE LA RAZÓN DE QUE OTROS SE PREOCUPEN POR ELLA, POR SU DELGADEZ, EL POR QUÉ DE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO Y LA MAGNITUD DE LA AMENAZA DE VIDA A TRAVÉS DE LA ANOREXIA.

SOSTENGO QUE EN GENERAL LAS PACIENTES ANORÉXICAS NO DESA-

ROLLAN ADECUADAMENTE ESTAS PERCEPCIONES EN CUANTO AL HAMBRE Y SU AUTOIMAGEN, O SI LO LOGRAN ES DE UNA MANERA DIFERENTES DE LOS DATOS REALES. ESTAS DOS PERTURBACIONES IMPORTANTES EN LAS PERCEPCIONES DE LA SENSACION DEL HAMBRE E IMAGEN CORPORAL, YA HAN SIDO SEÑALADAS POR COHLER (1975), BRUCH (1973, 1982). LA NUEVA CONSTATAción DE ESTE HECHO PODRÍA ABRIR FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN ACERCA DE LAS PERTURBACIONES EN EL COMER Y - LOS MECANISMOS QUE INTERVIENE, COMO PODRÍAN SER ¿QUÉ FACTORES ENTRAN EN JUEGO PARA QUE CIERTAS MADRES NO PUEDAN INTERPRETAR ESTOS SIGNOS DE HAMBRE?, O BIEN, ¿ESTAS MADRES DESOYEN LAS NECESIDADES DE LOS HIJOS?, ¿O HAY UN DEFICIT CONSTITUCIONAL PARA ESTA FALTA DE REGISTRO DE LA NECESIDAD DE HAMBRE EN ALGUNOS - NIÑOS?.

LA OBSERVACIÓN DE LOS HÁBITOS DE LA COMIDA EN EL CURSO DE VARIOS MESES, ME PERMITIÓ ENTENDER LOS COMPLEJOS SIGNIFICADOS QUE LA PACIENTE VINCULA CON ÉSTA Y EL ACTO DE COMER. RECHAZABA COMER CARNE, PASTAS, DULCES, PORQUE ERAN "INGERIBLES Y ENGORDAN", LOS CALDOS LE PARECÍAN VÓMITOS, ÚNICAMENTE COMÍA YOGHURT O FRUTA POR SER "DIGERIBLES". EL ENTENDIMIENTO DEL SIGNIFICADO DE ESTOS ALIMENTOS Y EL CONOCIMIENTO DEL POR QUÉ LOS ACEPTABA Ó RECHAZABA, CONSTITUYÓ UN PRIMER SIGNO PARA QUE ANA PERCIBIERA QUE EN MI FUNCIÓN DE TERAPEUTA, LA ENTENDIA. CUANDO LLEGAMOS A UN MOMENTO DEL TRATAMIENTO TAL, EN QUE EMPEZÓ A NO TENER CERTEZA DE SU CAPACIDAD DE CONTROL SOBRE EL COMER, EL SÍNTOMA DEJÓ DE TENER UN SIGNIFICADO ADAPTATIVO. EL SÍNTOMA DEL NO COMER, EN ESTE CASO, SURGIÓ DE UN INTENTO POR CONTROLAR: A) A LA MADRE; B) A ELLA MISMA Y, C) A OTROS. PROBABLEMENTE A TRAVÉS DE NO COMER SE DEMUESTRA A SÍ MISMA Y A OTROS, QUE RETIENE EL CONTROL Y EL PODER, ADQUIRIENDO ASÍ - UNA ARTIFICIAL AUTONOMÍA.

POR OTRO LADO, LA HISTORIA DE LA FAMILIA ESTUDIADA Y EL MATERIAL REGISTRADO EN LAS SESIONES DEMOSTRÓ UN PROBLEMA CENTRAL ÍNTIMO: UN NÚCLEO FAMILIAR PERTURBADOR GENERADOR DE DIVERSAS PATOLOGÍAS INDIVIDUALES EN LOS HIJOS, Y QUE EN ESTA FA

MILIA EN PARTICULAR REVELAN UNA FANTASÍA DE AUTODESTRUCCIÓN CON DIFERENTE MODALIDAD PARA CADA UNO DE LOS MIEMBROS PERO EXPLICI TADA INCONSCIENTEMENTE POR LOS PADRES. ESTA OBSERVACIÓN TAMBIÉN PODRÍA SER MATERIAL DE NUEVOS ESTUDIOS DIRIGIDOS A INVESTIGAR POR EJEMPLO: ¿QUÉ ELEMENTOS PSICOLÓGICOS INTERVIENEN PARA QUE ALGUNOS PADRES PUEDAN GENERAR HIJOS SUICIDAS? Ó ¿ES POSIBLE QUE TEMPRANAMENTE ESTOS PADRES HAYAN DESEADO LA DESTRUCCIÓN DE LOS HIJOS Y LA HAYAN TRANSMITIDO EN UNA CONDUCTA DE HÁBITOS?. OTRA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN PODRÍA SER ¿EXISTEN MADRES FELICIDAS CUYAS FANTASÍAS DE MUERTE SE SIMBOLIZAN MÁS TARDE EN UNA CONDUCTA SUICIDA DE LOS HIJOS? ¿CUÁL ES LA PSICOPATOLOGÍA FAMILIAR QUE CONLLEVA A LA INSERCIÓN DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN UN MIEMBRO FAMILIAR?

ESTOY DE ACUERDO CON LOS TEÓRICOS TRADICIONALES Y ESTUDIOSOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA COMO BRUCH (1971, 1973, 1982) MASTERSON (1977), PALAZZOLI (1978) Y SWIFT Y STERN (1982), Y PROONGO QUE PACIENTES CON ESTE PADECIMIENTO PRESENTAN UNA FALLA EN EL PROCESO DE SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN Y QUE ESTE PROBLEMA ES PARALELO A LA SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN EN LA FAMILIA, COMO MINUCHIN Y OTROS (1975) Y STERN (1982) YA LO HABÍAN SEÑALADO. A LO QUE AGREGARÍA QUE NO SOLO HAY UNA RELACIÓN PATOLÓGICA CON LA MADRE QUE NO FACILITÓ LA SEPARACIÓN DE SU HIJA, SINO QUE TAMBIÉN HUBO UNA COMUNICACIÓN PATOLÓGICA DE DOBLE VÍNCULO ENTRE AMBAS.

A PARTIR DE ESTE TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN YO PROONGO UNA APERTURA, E INVITO A QUE OTROS INTERESADOS CONTINUEN LA INVESTIGACIÓN EN OTRO CAMPO. ESTE ESTUDIO MÁS QUE NADA ES -- EXPLORATORIO, ES UN AVANCE, DE NINGUNA MANERA PRETENDE DAR RESPUESTA A LOS FENÓMENOS QUE PARTICIPAN EN LA ETIOLOGÍA DE LA ANOREXIA NERVIOSA. PERO DEJA ASENTADOS MIS HALLAZGOS COMO UNA FORMA DE CONTRIBUIR A DESPERTAR INQUIETUDES E INVITAR A LA REFLEXIÓN DE OTROS INVESTIGADORES PARA QUE PROFUNDIZEN SOBRE EL TEMA.

GLOSARIO

Este glosario contiene sólo aquellos términos que pensamos serían eminentemente técnicos de la jerga psicoanalítica, o no, forman parte del lenguaje cotidiano. Las fuentes citadas son el Diccionario Psicoanalítico de Laplanche y Fontalis.

Aparato o Estructura Psíquica: Término que subraya ciertos caracteres que la teoría Freudiana atribuye al psiquismo; su capacidad de transmitir y transformar una energía determinada y su diferenciación en sistemas o instancias.

Borderline: Organización patológica específica estable y crónica con una patología del yo que difiera de la neurosis y la psicosis.

Ello: Una de las tres instancias distinguidas por Freud en su teoría del aparato psíquico. El ello constituye el polo pulsional de la personalidad, sus contenidos son inconscientes, en parte hereditarios e innatos, en parte reprimidos y adquiridos.

Consciente: Cualidad momentánea que caracteriza las percepciones externa e internas dentro del conjunto de los fenómenos psíquicos.

Escisión: Mecanismo primitivo en contra de la angustia. El objeto al que tiende las pulsiones es escindido en un objeto "bueno" y un objeto "malo" que seguirán destinos independientes dentro del juego de introyecciones y proyecciones.

Fijación: Modo de inscripción de ciertos contenidos representativos (experiencias, imagos, fantasías) que persisten en el inconsciente en forma inalterada, y a los cuales permanece ligada la pulsión.

Formación reactiva: Actitud o hábito psicológico de sentido opuesto a un deseo reprimido y que se ha constituido como reacción contra éste.

Frustración: Condición del sujeto que ve negada o se niega la satisfacción de una demanda pulsional.

Identificación: Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad de otro y se transforma, total o parcialmente sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye mediante una serie de identificaciones.

Inconsciente: Se utiliza para calificar cualquiera de los contenidos no presentes en el campo actual de la conciencia. Uno de los sistemas que está constituido por contenidos reprimidos a los que les ha sido negado el acceso al sistema preconscious-consciente por la acción de la represión.

Intelectualización: Proceso en virtud del cual el sujeto intenta dar una formulación discursiva a sus conflictos y a sus emociones con el fin de controlarlos.

Objeto transicional: Objeto material que posee un valor electivo para el niño pequeño. El recurrir a este objeto puede ser normal a determinada edad, permite al niño efectuar la transición entre la primera relación con la madre y la verdadera relación

Negación: Mecanismo en virtud del cual el sujeto, a pesar de formular uno de sus deseos, ideas o sentimientos reprimidos, sigue defendiéndose, negándose que le pertenecen.

Objeto: La noción de objeto se considera en psicoanálisis como correlato de amor: se trata de la relación de la persona total o de la instancia del yo, con un objeto al que se apunta como totalidad.

Represión: Mecanismo por medio del cual un sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) ligados a una pulsión.

Representación: Lo que representa, lo que forma el contenido concreto de un acto de pensamiento y especialmente la reproducción de una percepción anterior.

Superyo: Una instancia de la personalidad; su función es comparable a la de un censor con respecto al yo. Funciones del superyo serían la conciencia moral, la autoobservación y la formación de ideales.

Yo: Instancia de la personalidad. Desde el punto de vista dinámico representa en el conflicto neurótico, el polo defensivo de la personalidad; pone en marcha una serie de mecanismos de defensa motivados por la angustia.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual Disorders. (DSM III). Washington, DC.
- Askevold, F. (1983). The diagnosis of anorexia nervosa. Int. J. of Eating Disorders. 2: 39,
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., and Weakland, S. (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. Behavioral Science. 1: 251,
- Bliss, E.L. and Branch, C. (1960). Anorexia Nervosa: It's History, Psychology and Biology. Ed. Harper. N. -- York.
- Bram, S., Eger, D., and Halmi, K., (1982). Anorexia nervosa and personality type: A prelayminary report. Int. J. of Eating Disorders. 2: 67,
- Bruch, H. (1965). The Psychiatric differential diagnosis of anorexia, in anorexia nervosa. Ed. Meyer. Stuttgart.
- Bruch, H. (1966). Eating disorders and schizophrenic development in Psychoneurosis and Schizophrenia. Ed. Use--din. Philadelphia.
- Bruch, H. (1969). The insignificant difference: discordant incidence of anorexia nervosa in monozygotic twins. Amer. J. Psychiat. 126: 85,
- Bruch, H. (1971). Family transaccctions in eating disorders. Comp. Psychiatry. 12; 238,
- Bruch, H. (1973). Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and person within. Basic Books. N. York.
- Bruch, H. (1977). Psychological antecedents of anorexia nervosa in anorexia nervosa. Raven Press. N. York.

- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage*. University Press. Cambridge.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: therapy and tehory. *The Amer. J. of Psychiat* 139: 1531;
- Bruch, H. (1983). Psychotherapy in anorexia nervosa. *Int. J. of Eating Disorders*. Vo. 1. 4: 36;
- Casper, R. (1977). Body imagen distortion in anorexia nervosa. 6th. Congress of Psychiat. Honolulu, Hawai.
- Casper, R.C., Halmi, K., Goldberg, S.C., Eckert, E.D. and Davis, J. (1979). Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. *Br. J. Psychiat.* 134: 71,
- Casper, R., Eckert, E., Halmi, K., Goldberg, S., and Davis, - J. (1980). Its incidence and importance in patients with anorexa nervosa. *Archivs of Gral. Psychiat.* 34: 87;
- Cohler, B. (1975). The residential treatment of anorexia nervosa: In tactics and techniques in psychoanalytic therapy. Aronson. N. York.
- Crisp, A. (1965). Clinical and therapeutic aspects of anorexia nervosa. A study of 30 cases. *J. Psychosom. Res.* 9: 67;
- Crisp. A. (1967). The possible significance of some behavioral correlates of weight and carbohydrate intake. *J. Psychom. Res.* 11: 117;
- Crisp, A., Thomas, D., (1972). Primary anorexia nervosa or -- weight phobia in the male, *Br. Med. J.* 1: 334;
- Crisp, A. and Kalucy, R. (1974). Aspects of the perceptual disorder in anorexia nervosa. *Br. J. Med. Psychol.* 7: 349;

- Crisp, A., Palmer, R., and Kalucy, R. (1976). How common in - anorexia nervosa?. A prevalence study. Brit. J. Psych. 128: 549;
- Crisp, A. (1983). The clinical presentation of anorexia nervosa in males. Int. J. of Eating Disorders. Vol. 2, No. 4: 39;
- Dally, P. (1969). Anorexia Nervosa. Grune Straton. New York.
- Decourt, J. (1964). Sur L' Anorexie Mentale de l' Adolescent - dans le sexe masculine. Rev. Neuropsychiatr, Infant. 12: 499;
- Duddle, M. (1973). An increase of anorexia nervosa in and University Population. Brit J. Psychiat. 123: 711;
- Dupont, M.A. El Enigma de la Psicosis en la Anorexia Nervosa. en Vías de Publicación.
- Eissler, R. (1943). Some Psychiatric Aspects of Anorexia Nervosa. Psychoanal. Rev. 30: 121;
- Falstein, F. (1956). Anorexia nervosa in the male child. Amer. J. Orthopsychiatry. 26: 751;
- Feighner, J., Robins, E., Fuzze, S.B., Woodruff, A., Winokur, G. and Muñoz, R. (1972). Criteria for use in Psychiatric Research. Arch. Gen. Psychiat. 26: 57;
- Fleck, L. and Lange, J. (1965). Verschiedene typen von anorexia nervosa und ihre psychoanalytische behatlung. In Anorexia Nervosa Symposium. Göttinger, Suttgart.
- Freud, S. (1905). Tres Ensayos para una Teoría Sexual. O.C. Vo. I: 767;
- Freud, S. (1905). Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria. S.E. Vol. VII.
- Freud, S. (1909). Analisis de un caso de neurosis obsesiva. O. C. Vol. 1.

- Freud, S. (1911). Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia. O.C.Vol. II.
- Freud, S. (1918). Historia de una Neurosis Infantil. O.C. Vol. I: 693;
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. O.C. Vol. I.
- Freud, S. (1954). The origins of psychoanalysis. Letters to W. Fliess. London. Hogarth Press.
- Garfinkel, P., Moldofsky, H., and Garner, D. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa. Arch. of. Gen. Psychiat. 37: 1030;
- Gull, W. (1874). Anorexia Nervosa. Trans. Clinic. Soc. London.
- Gunderson, J. and Singer, M. (1975). Defining borderline patients: an overview. Amer. J. Psychiat. 132: 10;
- Gunderson, J. (1977). Diagnostic Interview for Borderline. First edition.
- Hassan, M. and Tobbetts, R. (1977). Primary anorexia nervosa. Post graduate med. J. 53: 146;
- Halmi, K., Brodland, G., and Loney, J. (1973). Prognosis in - anorexia nervosa. Inter. Med. 78: 907;
- Halmi, K. (1974). Anorexia nervosa. Demographic and clinical features in 94 cases. Psychosom. Med. 36: 18;
- Halmi, K., Brodland, G., and Rigas, C. (1975). A follow up -- study of 79 patients.
- Halmi, K., Davis, S.M., Casper, R.C. and Goldberg, S.C. (1978). Catecholamine metabolism on anorexia nervosa. Arch. Gen. Psychiat, 35: 458;

- Halmi, K., Goldberg, J., Casper, R., and Eckert, E. (1979). Pretreatment predictors of outcome in anorexia nervosa. *Br. J. Psychiat.*
- Halmi, K., Casper, R., Eckert, E., Goldberg, S., and Davis, J. (1979). Unique features associated with age on set of anorexia nervosa. *Psychiat. Res.* 3: 209;
- Halmi, K. (1980). Anorexia nervosa. In comprehensive textbook of psychiatry. 3er. ed. p.p. 1884,
- Halmi, K., and Falk, S. (1981). Pretreatment and posttreatment discriminators of outcome in anorexia nervosa. 3er. World Congress of Psychiatry. Stockholm.
- Halmi, K. (1983). The state of research in anorexia nervosa -- and bulimia. *Psychiatric Developments.* 3: 247;
- Halmi, K. (1983). Classification of eating disorders. *J. of Eating Disorders.* Vol. 1: 36;
- Hsu, L. (1980). Outcome of anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psych.* 37: 1041;
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthenie*, Felix Alcon. Paris.
- Jones, D. (1980). The epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, N.Y. *Psychosom. Med.* 42: 551;
- Kalucy, R.S., Crisp, A., and Harding, B. (1977). A study of 56 females with anorexia nervosa. *Brit. J. Med. Psychol.* 50: 32;
- Kaufman, J. and Katz, J. (1983). Rorschach Responses in Anorectic and Nonanorectic Women. *Int. J. of Eating Disorders.* Vol. 3: 65,
- Kay, D.W. and Leigh, D. (1954). The natural history, treatment and prognosis of anorexia nervosa, based on a study of 38 patients. *S. Ment. Sci.* 100: 411;

- Kendell, R. and Hall D.J. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 3: 200;
- Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *J. Amer. Psychonal.* 15: 641;
- Kernberg, O. (1975). Borderline Conditions and Pathological Narcissism. J. Aronson. N. York.
- Kernberg, O. (1980). Foreword to *Starving to Death in a Sea of Objects.* by J.A. Sours. J. Aronson. N. York.
- Kidd, C.B. and Wood, D.F. (1966). Some observations in the -- anorexia nervosa. *Potsgrad. Med. J.* 42: 243;
- King, A. (1963). Primary and secondary anorexia nervosa syndrome. *Dir. J. Psychiat.* 109: 470;
- Kolb, S., and Gunderson, J. (1980). Diagnosing borderlines -- with a semistructured interview arch.. *Gen. Psychiat.* 39: 37;
- Kris, E. (1947). The nature or psychoanalytic propositions -- and their validation. Ed. S. Hook, Cornell Univ. Press. N. York.
- Kubie. L.S. (1956). The use of Psychoanalysis as a Research tool *Psychiat.*
- Laplanche y Pontalis. (1976). *Diccionario de Psicoanálisis.* Ed. Labor. Madrid.
- Lasagué, E. (1874). De L' Anorexie Histerique. *Arch. Gen. Med.*
- Lucas, A. (1981). Toward the understanding of anorexia nervosa as a disease entity. *Mayo. Clinic. Proc.* 56: 254;
- Lucas, A., Beard, M., Krans, J. and Kurland, L. (1983). Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. In. *J. of Eating Disorders.* 2: 85;

- Mahler, M., Pine, F., and Verigman, A. (1975). The Psychological Birth of the Human Infant. Basic Books. N. York.
- Masserman, J.H. (1941). Psychodinamisms in anorexia nervosa and neurotic vomiting. In: Evolution of psychosomatic concepts. Ed. M. Kauffman and Heinman. N. York.
- Masterson, J.H. (1977). Primary anorexia nervosa. In Borderline Personality Disorders. Ed. Hartocollis. N. York.
- Meyer, B., and Weinroth, L. (1957). Observations on psychological aspects of anorexia nervosa, Psychosom. Med. 19: 389;
- Minuchin, J., Rosman, B.L. and Baker, L. (1978). Psychosomatic families. Cambridge, Harvard.
- Minuchin, J. (1978). Terapia Familiar. N. York.
- Morgan, H., and Rusell, G. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long term outcome in anorexia nervosa: four year follow up - study of 41 patients. Psychol. Med. 5: 355;
- Molina y Vedia, S. Análisis de Contenido y su Aplicación al - Estudio de Programas, En vías de publicación.
- Norman, D., Herzog, F. (1983). Bulimia, anorexia nervosa and anorexia nervosa with bulimia. Int. J. of Eating Disorders. 2: 43;
- Nemiah, J. (1958). Anorexia nervosa: fact and theory. Amer. J. of Digest. Dis. 249.
- Palazolli, M.S. (1965). M. Interpretation of Mental Anorexia. In anorexia nervosa. Simposium. Stuttgart.

- Palazolli, M.S. (1971). Anorexia Nervosa: In the world Biennial of Psychiatry and Psychotherapy. Vol. 1, Basic Books N. York.
- Palazolli, M.S. (1978). Self Starvation. Ed. Aronson. N. York.
- Pierloot, R., and Houben, M. (1975). Elements of resistance to a combined medical and psychotherapeutic approach in anorexia nervosa. Psychotherapy and Psychosomatics. 26: 101;
- Richardson, H.B. (1939). Simmond's disease and anorexia nervosa. Arch. Int. Med. 63: 1;
- Rowland, C. (1970). Anorexia nervosa. A survey of the literature and review of 30 cases. Int. Psychiat. Clinic. 7: 37;
- Russell, G. (1969). Metabolic endocrine and psychiatric aspects of anorexia nervosa. Sci. Basic. Med. 236,
- Ryle, J.A. (1939). Discussion on anorexia nervosa. Proc. R. Soc. Med. 32: 735;
- Schwabe, A. (1981). Anorexia nervosa. Ann. Inter. Med. 94: 371;
- Seidensticker, J. (1968). Anorexia nervosa. Clinical Features and Long Term Follow up. J. Chronic. Dis. 21: 361;
- Silverman, S. (1974). Anorexia nervosa. Clinical observations in a successful treatment plan. J. Pediatr. 84: - 68;
- Smart, D. Beaumont, P., and George. G. (1976). Some Personality Characteristics of Patients with Anorexia Nervosa. Br. J. Psychiat. 128: 57;
- Small, A., Madero, J. (1981). A comparative analysis of anorexics and schizophrenics on the MMPI. J. of clinical Psychology. 37: 733;

- Small, A., Teagno, L., Madero, J., and Ebert, M.A. (1982). - A comparison of anorexics and schizophrenics on -- psychodiagnostic measures. Int. J. of Eating Disorders. Vol. 13: 49;
- Sours, J.A. (1968). Clinical studies in anorexia nervosa syndrome. J. Med. N. York. 68: 1363;
- Sours, J.A. (1979). Primary anorexia nervosa syndrome. In Basic Handbook of Child Psychiatry. Ed. Moshpitz. Basic Books. N. York.
- Sours, J.A. (1980). Serving to Death in a Sea of Objects. Ed. Aronson. N. York.
- Solyom, L., Freeman, R., Thomas, Ch. and Miles, J. (1983). The comparative psychopathology of anorexia nervosa. Int. J. of Eating Disorders. Vol. 3. 1: 3;
- Sperling, E., and Massing, A., (1973). Int. J. of Psychoanal. 54: 125;
- Spiro, R., and Spiro, L. (1980). Transitional phenomena and developmental issues in borderline research. In - Borderline Phenomena and the Rorschach Test. Ed. Kwaver, Int. Univ. Press. N. York.
- Suggarman, A., and Kurash, Ch. (1980). The Body as a Transcendental Object in Anorexia Nervosa. Paper presented at the annual meeting of. Am Psychol. Assoc. Mon---real. 1982.
- Stern, S., and Whitaker, C. (1981). Anorexia nervosa. The hospital's role in family treatment. Family Process, 24: 395-408;
- Strober, M. (1980). Personality and symtrotomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. J. Psychosomatics. Res. 24: 353;
- Strober, M. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: An exploration of possible etiological factors. Int. J. of Eating Disorders. 28-43.

- Strup, H. (1960). Some comments on the future of research in Psychotherapy. *Behav. Sci.* 5: 60-70.
- Stunkard, A., and Bunt, V. (1967). Obesity and body image. - Age at onset of disturbances in the body image. - *Amer. J. of Psychiat.* 123: 1444;
- Swift, W., and Camp, Bushnell, N., Bargman, G. (1984). Ego development in anorexia in patients. *Int. J. of Eating Disorders.* Vol. 3: 73;
- Swift, W., and Stern, S. (1982). The Psychodynamic Diversity of Anorexia Nervosa. *Int. J. of Eating Disorders.* Vol. 2. 17. 35.
- Theander, S. (1970). Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients. *Act. Psychiat. Scand.* 214: 170;
- Thoma, H. (1963). Some psychoanalytic observations on anorexia nervosa. *Br. J. Med. Psychol.* 36: 249,
- Thoma, H. (1967). *Anorexia Nervosa.* Int. Univ. Press. N. York.
- Theilgard, A. (1965). Psychological testing of patients with anorexia nervosa. In *anorexia nervosa Simposium* -- Stuttgart.
- Waller, J., Kaufman, R.M. (1940). Anorexia nervosa: a psychosomatic entity. In *Evolution of Psychosomatic Concepts.* Ed. Kaufman and Keimman. N. York.
- Warren, W. (1968). A study of anorexia nervosa in girls. *J. of child psychol and psychiat.* 9: 27;
- Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1983). *Teoría de la Comunicación Humana.* Biblioteca de Psicología. Ed. Herder. Barcelona.
- Wallerstein, R. (1971). Issues in Research in the Psychoanalytic Process. *Int. J. Psychol.* 52: 11;

Winnicott, D.W. (1960). Ego distortion in terms of true and false self. In: The maturational process and facilitating environment. Int. Univ. Press. N. York.

Winnicott, D.W. (1966). Psychosomatic illness in its positive and negative aspects. Int. J. Psychoanal. 47: 510;

SESION PRIMERA

Ana llega acompañada de la madre. Ambas se sientan muy juntas en la sala de espera. Al pararse Ana, la madre la sostiene de la mano y jalandola la introduce en el consultorio. Quien inicia el dialogo es la madre. La señora expone el motivo de consulta en forma angustiante, explica que no sabe que hacer. Ella es quien describe el inicio y curso de la anorexia.

La paciente permanece cabizbaja escuchando. Habla en débil tono de voz. Cada vez que va a referir algo, volteo a ver a la madre para buscar aprobación. Al principio solo contesta al interrogatorio, en la medida que se desarrolla la sesión, brota el material, advirtiéndose una gran desesperanza. Al preguntarle a solas el motivo de su visita, se para y dice "¿podría venir mi mamá a decirselo?. Ella lo sabe mejor que yo". Se le invita nuevamente a hablar sobre el motivo de la consulta a lo que manifiesta: "Mi mamá me trajo aca, quizá este mal, quizá tenga razón. Me saco de un lado, de un hospital para traerme aca con usted"

Lo que me pasa a mí no tiene solución. Estoy desesperada. La situación en la casa, bueno allí todo anda mal. Últimamente está peor. Yo. Todo mandó me aplasta, estoy atrapada. Pero no lo van a lograr. Primero mi papá con sus cosas, golpeando a mi mamá, ya siquiera no está en la casa. Pero ahora es mi abuelita. Es imposible la vida en mi casa. Mi hermano grande me odia, mi otro hermano, el chico va a la Psiquiatra porque ha —tratado de matarse. A los cuatro años quiso colgarse con un cordón de la cortina. Eso fué la primera vez y ya lo ha hecho otras veces. Mi abuelita, allí en la casa molestando, molestando. (silencio).

Estoy presionada por todas partes (se toma la cabeza y se la aprieta). Desde hace algunos meses ya no hago nada, sólo los observo, los veo, aguanto todo, ya no me importa nada, no los aguanto, por todas partes me atacan. Mi abuelita, mi hermano, todos, todos.

Mi papá ya no vive en la casa. Me da, no lo quiero ni ver. Cuando él va a la casa, no salgo, no me gusta su presencia, me molesta. Siempre fue un estorbo, eso, un estorbo. Aunque dicen que fui su predilecta, no me gusta verlo. El nos trata como animales, como si fuéramos perros, - sólo nos da limosnas.

+ + + + +

Iba a otro tratamiento, mi mamá dijo que mejor íbamos a venir aca, alguien le dijo. Dice que usted me va a curar, ¿de qué?... Ella dice - que no estoy bien, yo me siento bien. De no ser por las presiones que tengo en la casa, no tendría dolores de cabeza. Ya se que le ha de haber venido con sus cuentos. Que yo no como, ella anda con eso últimamente. Yo sólo obedezco a mi estómago, él es el que me dice toma esto, toma esto otro. Últimamente no puedo echarle nada porque todo se me atora; además siempre estoy llena, satisfecha. No le crea el cuento de la comida y que estoy flaca, mire como ahora siempre estoy llena. Lo único que me molesta, bueno no, ya lo controlo, es el dolor de cabeza y a veces que se me clava como una estaca aquí (se toca el estómago), pero me concentro y los controlo.

Cuando regreso a mi casa, como ahora que voy a tener que regresar, no me gusta, todos atacan unos a otros. No me gusta vivir allí, sería mejor vivir en otro lado. ¿Pero en dónde? Con mi papá no quiero. Mejor sería morirse, así ya terminaría todo. No tendría que aguantar a la familia de mi mamá, a mi hermano, a mi papá. Los veo y me volteo. Ni siquiera cuando duermo descanso. Todos me sofocan, me presionan, pero no lo van a lograr.

¿Es aquí a donde tengo que venir o a otro lugar? Yo no sé. Dígame usted. (se agarra el estómago). Dice mi mamá que usted me va a ayudar, ¿de que?

SESION # 2

Toca mucho tiempo el timbre. Llega con tres suéteres.

Ahora estoy bien, el fin de semana fui al coro. Solo una cosa me cae yo mal. Mi mamá como siempre abriendo la boca, no puede uno confiarle nada, le hablé a mi tío el Médico, le dió la queja de que yo no comía ni me quería tomar la medicina, es una indiscreta, no se puede guardar nada. Qué tenía que decirle. Mi tío luego me regañó y hasta Irene me dijo que comiera que no hiciera sufrir a mi mamá.

+ + + + +

Es con quien estuve en E.U.A. cuando cumplí 15 años me dieron un viaje a E.U.A., ella es amiga de mi tío, estuve con ella en su casa, ella fue quien me introdujo en la religión, me prestó una biblia. Mi mamá si tiene religión pero iba una vez al año. Irene me recomendó el templo y empecé a ir a estudiar la biblia y a asistir cada ocho días al templo a practicar la religión.

+ + + + +

No que mi mamá ni la practicaba, como siempre ella no hace nada bien, nada lleva correctamente, ni termina las cosas. Pues mire ni siquiera ha podido seguir el juicio con mi papá, el Lic. le dijo que necesita investigar unas cosas. Como dice que nunca tiene tiempo según ella, no lo ha hecho y allí está todo parado.

+ + + + +

Pobre me da cosa, todos abusan de ella (despectiva). Yo si voy al templo y voy al coro, ya empecó a ir otra vez. Hace dos semanas que voy, había dejado de ir porque me enojé con el Señor X, no me gusta como trata a los otros, como los corrige. A mí no, pero a otros si y entonces le contesté y dejé de ir porque no me gustó su manera. Ya empecó a ir otra vez porque el coro me gusta. Nos invitaron a ir a otra iglesia, no se si vaya porque a mí no me gusta donde hay mucha gente, a ver si voy. También me invitaron a un campamento, es como un retiro yo he ido dos veces anteriores. La última vez que fui, fué horrible, tuve que soportar las quejas de mi prima Alicia, yo no quería que fuera pero mi abuelita insistió, todo me copian, si yo quiero ir a tratamiento, ella también y así todo, quieren que sea como yo, pero eso no va a ser posible.

En lo que hago y demas. Eso no va a ser posible porque yo soy diferente a ella. Le estaba diciendo que me tuve que aguantar las quejas.

Que si rompió algo, que si tiró la comida, que si armó relajo en el dormitorio. Yo no quiero saber más de ella, la odio, y ahora por si fuera poco mi abuelita quiere que ella entre al coro, va a ser horrible que este en mi grupo ojalá la manden al de niños.

Yo estoy en el de la juventud. Pero si se queda aquí, la tendría que aguantar dos años, es insoponible prefiero salirme, ya bastante tengo con soportarla en mi casa y que se haya metido en mi propio cuarto.

+ + + + +

Porque cuando ellas llegaron allí, mi cuarto era nuevo, la cama, la alfombra, el cuarto, los muebles. Ahora la cama está vencida por el peso de mi abuela y la alfombra hecha una piltrafa porque Alicia es una cochina y tira al suelo la comida, da asco entrar en ese cuarto, no las soporto a mi abuelita y a Alicia, las detestó. A mi abuelita por convenenciera y por como explota a mi mamá, claro que ella se deja. Pero si lleva algo a la casa, luego lo canto, por eso no como. Luego a veces me empieza a decir cosas y ya se como molestarla y pierde (rie).

Muy fácil recaigo contra Alicia, así la reviento a ella y reviento a mi abuelita. A Alicia la trato sin piedad, peor que a mi hermano Julio. Pobre Julio todos se desquitan con él, nada más cierra los ojos. (silencio).

+ + + + +

Hoy es día que mi papá va a la casa, ni modo lo tengo que soportar, dirá que soy convenenciera, pero es la verdad. Hago disque lo atiendo, pero es por puro interés, para que me de el dinero de la semana, sus 500 pesos de la semana, sino le hago la barba no me da nada. Sería preferible que no viniera, no verlo, me molesta su presencia, es de lo peor, detestable, por mí que no volviera jamás, no verlo. Pero haber necesito su dinero, bueno su limosna que nos da, porque es una limosna y mi mamá que no puede hacer nada. Entonces soy yo la que le da la cara por todos. Y si le pido algo más, por ejemplo, ahora necesito que me de para unas mallas, una falda para la gimnasia y mis calcetas, siempre me pide la nota. Yo cada vez que puedo me quedo con el cambio porque para el no es nada y yo se lo doy a mi mamá. Ella nunca tiene dinero, a veces le tengo que dar de lo mío, de lo que me queda, porque estoy en una tanda y ahorro 200 a la semana, se lo presto, pero son prestamos de familia nunca me los da y yo nunca se los pido. Ella no puede ganar dinero, es una tonta, no sabe hacer las cosas. (silencio).

+ + + + +

Fui con mi hermano al Hospital, la Doctora ni siquiera me dirigió la palabra, bien que me vió pero ni me saludó. Ella sabrá porque, el tiempo le dará la contestación, por lo pronto, yo, ya la sepulté, yo no dije nada en ese momento. Siempre hago lo mismo, tengo mi manera, algún día nos hemos de cruzar en la vida. Esta bien si ella así lo quiere así será.

No me importa, que no me hable, pero es que hizo que ni siquiera me veía, ni la cara me dió, sólo habló con mi mamá y ya no supe de ella. Ella fué quien me dijo por ahora vamos a dejar las cosas así.

SESION # 3

La madre viene muy angustiada para avisar que Ana no va a venir porque se fue a Chapultepec con su grupo.

Ana llega muy tarde a la siguiente sesión y dice que había tráfico. Se disculpa por no asistir la sesión pasada porque se había ido a Chapultepec a hacer una investigación.

Me fui con el equipo de la escuela, damos 5 temarios para hacer una investigación y sacar datos aunque soy yo la que siempre hago los trabajos. Los trabajos son sobre unas plantas, también tenemos que hacer otro de Literatura, también en equipo. Ya llevo leído medio libro, yo soy la que lo pasa a máquina y las otras tres no hacen nada, les regalo el trabajo. Ultimamente tengo trabajo estoy muy presionada, casi no duermo, me siento muy fatigada, me hace falta sueño pero tengo que terminar los trabajos esta semana. (silencio).

+ + + + +

Esta vez que fui a Chapultepec, fui sola. Mi mamá no me dejaba, dijo que me llevaba. Me encapriché, le dije que no, que era cosa de equipo y que tenía que ir sola, ella se quedó muy mal y yo me fui. (silencio).

¿Sabe?, es que no se andar sola, porque mi mamá siempre me lleva y me trae aunque a veces es molesto, a mí me conviene, por mi conveniencia así yo no hago nada. Ella lo hace por mí, solo que ella conoce la ciudad y yo no. Esta vez me llevo a la casa una amiga. Así también cuando yo quiero que ella este conmigo, está y cuando no no... (rie). Es por conveniencia no crea que es por otra cosa, a veces me dejo que ella me lleve y me traiga, me compre la ropa pero a veces no, hasta yo tengo un límite, dejo que haga hasta donde me conviene y hasta donde no, no. Entonces yo compro lo

que quiero. Pero a veces la deajo. Por ejemplo, me choca que ella decida. Mire yo me quería meter a una vocacional porque las matemáticas son más intensas, y ella no quiso, dijo que el ambiente estaba relajado y me llevó y me metió a la prepa. Aquí no voy a aprender tanto matemáticas, yo no quería, pero allí estoy, aunque yo no quería. Luego, como no tenemos dinero ella me hace los suéters con los colores y estambres que quiere, me los tengo que poner aunque no me gusten, ella no me pregunta: ¿como los quieres?. Se pone y los hace. Primero, no me los pongo, pero siempre termino poniéndome los y así estamos. Ella no me respeta, yo no la respeto. Luego le digo sus cosas. Lo mismo mi abuelita, luego empieza, come, y luego no como. (rie).

+ + + + +

Simplemente no hago lo que quiere. O la molesto también de otra manera, donde yo se que le duele. Por ejemplo, no le contesto, pero luego me desquito con mi prima, yo se como le duele y ya se como hacerlo con Alicia, sin que lo noten. Por ejemplo no me gusta que entre a mi recámara, entonces no le digo nada, pero agarro la escoba y empiezo a barrer y le digo quitate, quitate que voy a barrer, entonces se tiene que salir a la fuerza, sin que yo se lo tenga que decir.

+ + + + +

También con mi primo que esta allí. Este primo es uno que recogió mi mamá cuando era chico, porque mi tía lo abandono. Entonces mi mamá lo crió, es un desagradecido no lo soporto. Pero me lo tengo que tragar y hacer que no me entere, y a veces hasta servirle de gata. Aunque pida las cosas de mal modo, se las tengo que dar y aguantarme, porque el es el que me explica lo de matemáticas cuando no sé, si no lo hago no me ayuda, pero es por mi propia conveniencia. El día que no lo necesite lo mandó al diablo, como a mis tías y a mis tíos, a la familia de mi mamá. Es una familia indeseable, no me pasa uno solo.

+ + + + +

Porque es la familia de mi mamá los aguanto pero no los soporto. Al igual que mi papá explotan a mi mamá. El y mis tías. El día que pueda le regreso a mi papá su limosna. Ahora lo tengo que aguantar y hacer que lo siga, pero no lo sigo, cuando alguien no me gusta, ó no me parece lo que - me dicen, entonces no lo oigo, pienso y me concentro en otras cosas y no lo oigo.

+ + + + +

Me desconecto y solo estoy en lo mío, yo puedo controlar a otras gentes y hacer que ellos hagan lo que yo quiero. A veces cuando yo quiero -

que hagan algo, busco la forma hasta que terminan haciendo lo que yo quiero. Yo puedo controlar también mi cuerpo y hacer que se sienta de determinada manera no me vaya a preguntar como. Por ahora no se lo voy a decir.

SESION # 4

Llega con las manos llenas de resistol. Se pasa la sesión tratando de quitarse el resistol.

Este Domingo me la pase en el templo, me la pase muy bien, vino mi tío. Vino a una misión estuvimos allí. El tuvo un desayuno y una reunión luego oramos todos rezaron una oración que mi tío pidió para mí. Luego todos le pedimos a Dios en esa oración.

Mi tío pidió que todos dijeran una oración por mí, para que me curara de mi estómago, para que me curara y me curé, ahora ya no me dan náuseas. El domingo comí hasta tres quesadillas de este tamaño, sopes, chocolate. Nada me paso, comí como antes. Ahora si se cuanto subí porque me pesé he subido 4 kilos, hoy me pesé, quise pesarme antes de venir acá. — (sigue con su bajo peso).

Ahora estoy segura que Dios oyó y nos ayudó, yo he visto como a otras personas los ha curado también a otros enfermos, a una mujer paralítica que volvió a caminar, y así. Lo único que uno necesita es tener fe recogerse con Dios y el siempre estara con nosotros. El domingo sentí como me ayudaba y como lo recibía, es como recuperar cosas. Yo ya me había olvidado de él, ahora cada día voy a estar más cerca de él, voy a leer la biblia y voy hacer campaña. Voy a instruir a otros sobre la palabra de Dios, voy a divulgarla, también voy a entrar a la campaña antidroga. Voy a ayudar a que vuelvan al camino de Dios a que entren en su seno. Voy hablar con ellos y a convencerles de que dejen esos hábitos, que cambien. Una vez que yo les muestre el camino de Dios estoy segura de que cambiaran como yo -- cambie desde el domingo porque ahora soy otra. También estuve platicando con una exdrogadicta una muchacha de Nueva York, ella me contó como se drogaba y eso, que durante cuatro años fué a ver un psicólogo que no le ayudó ni le sirvió de nada, fué una pérdida de tiempo. Y como ella hacía lo que quería y le contaba puras cosas que no eran ciertas. El no la pudo curar sino que fue Dios. Una vez que se recogió en él, y escucho su palabra se

curó.

Bueno, el no platica conmigo solamente siento su compañía aunque no lo vea, pero fué suficiente ahora ya conozco su gracia, al haberlo recibido ya ha entrado en mí. Desde ahora las cosas van a ser diferentes. El haberlo recibido, cambió mi vida, antes tenía una actitud contraria a la de la gente, a mi familia, con mi abuela, mi prima. A todos los desprecia ba, los odiaba, mi familia y mi madre y más mi padre, se me hacían de lo peor. Ahora voy a ser diferente con la gente, voy a ser diferente. con ellas me voy a llevar con todos, voy a salir, ya no me voy a quedar encerrada. ¿Sabe lo que pensaba?

+ + + + +

Que nadie valía la pena, que yo no iba a malgastar mi tiempo con algo que no valía la pena, mi familia sea lo que sea, esa me tocó voy a convivir con mi abuela y mi prima, sean lo que sean, con mi hermano y con mi mamá. Realmente el único que valía la pena fué mi tío, yo sentí que iba a morir, lo presentí, era lo único que valía, era lo único que quería, — del único que aceptaba regaños, él siempre me comprendía, ¿porque se tuvo que morir él? Sentí que el mundo se me venía encima, lloré mucho. Mucho tiempo lloré, todo era triste para mí, todo se me vino abajo. El año pasado hasta bajé, no estudiaba tanto.

Fué en septiembre a principios, los primeros días ¿sabe como me recupere y como me dolío? Eso es lo único que he sentido lo demás no me importa. Todo puede pasar y ya. Entonces, mis papás ya estaban peleados desde siempre, ya no me consumí tanto por eso.

+ + + + +

Esto del estómago ha sido, fué una guerra en contra de mi abuela y de mi mamá fué la manera de vengarme de ellas, hacerlas sufrir, de amargarles la existencia. Yo me di cuenta de que si no comía ellas se preocupaban so bre todo mi mamá. Por eso quizá tenga razón fué psicológico, pero en mí esta la fórmula. Muy sencillo programo mi cabeza y mi cuerpo entonces nada me cae bien luego la desconecto y ya. Yo no tengo necesidad de comer, ¿para que? nunca tengo hambre. (silencio).

Pero ha sido la verdad. Y el reconocimiento de Dios es lo que me ha hecho cambiarlo todo.

SESION # 5

Dejo de venir dos semanas por enfermedad (llega con el pelo corto si-
gue con su baja de peso).

He estado bien. Bueno hasta el día que me enfermé. Todos nos enfema-
mos, mi mamá, Julio y yo, con un atún que estaba descompuesto, me dió dia-
rrea y vómito, ahora ya estoy bien, mire como subí, subí como cinco kilos.
(sigue extremadamente delgada). Es que no como, sí no trago. Me da mucha
hambre, como de todo. Como antes y hasta de más. Mi mamá me llevó con el
Doctor también, nuestro médico de siempre y me dió una medicina, también
me mando con un neurólogo porque dijo que lo de mi dolor de estómago es del
plexo solar, que entonces tenía que ir con un neurólogo, que mucha gente -
se equivocaba, muchos colegas de él y confundían una cosa con la otra, no
hacían un buen diagnóstico. El dice que esto se debe a que un nervio que
sale de la columna, oprime el plexo solar. Entonces los malestares son -
aquí, y hace un dolor aquí, por el estómago y que a eso se debe mi dolor
aquí en el estómago sobre todo cuando como. Aunque dice que no es el es-
tómago el que está mal, sino que algo cerca. Pero hace que yo crea que es
el estómago. Me dió una medicina y ya me siento mejor.

Bueno aún no se me quita el malestar, siempre lo tengo aunque sea son-
zo. Pero el es una gente muy preparada, con estudios. Maestro de otros -
doctores y sabe que muchos confunden. Está plenamente convencido de que lo
que yo tengo es por el plexo solar. Atendiéndome de eso, dice que ya no -
voy a tener dolor de estómago, que voy a comer bien que se va a acabar el
problema. El mismo me trato de otro problema que tuve. Una vez me puse -
amarilla, es que soy muy corajuda, pues algo me paso, hice coraje y agarré
un color amarillo, y me habian dicho que era hepatitis, luego el me vió,
dejé de estar mal. Dijo: "esto no es hepatitis, muchos la confunden, lo -
que tienes es un problema de hígado". Me dijo que no tomara medicinas que
no era hepatitis. Y en unos días se me quito el color amarillo y así. Aho-
ra se me tiene que quitar el dolor de estómago una vez que el neurólogo me
de unas medicinas buenas. (silencio).

Siempre es acertado, hasta regaña a mi mamá, que como no me había lle-
vado y como no me había tratado con él. Porque hacia mucho que no íbamos.
La regaña por no haberlo ido a ver. Nos dijo que el había curado muchos -
con problemas como el mío. Desde ese día que lo ví, como más. Estoy co-

miendo demasiado a pesar de que estoy llena puedo seguir comiendo. Comí tanto que subí rapidísimo ahora me tengo que poner a dieta, ahora peso 45 (continúa baja de peso).

+ + + + +

Bueno, no voy a comer entre comidas cosas que engorden. Nada más a mis horas, eso sí, no me gustaría estar gorda, subir hasta los 50. No, prefiero no ser gorda, es horrible ser gorda, yo nunca he sido gorda se le quita a uno lo ágil. Prefiero ser ágil como cuando hacía gimnasia. Allí también no comía, sobre todo cuando se acercaba la competencia. Por días no comía nada, casi nada más jugos. Yo sentía que si comía no digería la comida, siempre he tenido eso, no digiero la comida como que se me regresa, no me cabe. Yo pensaba que si en las competencias comía, se me podía regresar la comida haciendo la exhibición, ó me podía caer por el peso. Uno tiene que estar ágil, porque con cualquier cosa puede perder el equilibrio y golpearse. Yo me caí varias veces una vez dando el doble mortal, más bien en la barra alta me caí pero sentí que todo se me volteó.

Pero después me recupere. Por eso no comía, porque yo tenía que dar lo mejor de mí misma, pensaba, si compito es para yo sentir que tenía que ganar, y el primer lugar. Porque además si ganaba, viajaba y yo siempre quería viajar, ser la mejor, nunca me conforme ni con un segundo lugar. (silencio). Tampoco me gustaba la comida del internado, me daba asco. Siempre con Flora nos escapábamos a comer afuera cosas de la calle. Por eso siempre estaba castigada con hacer más ejercicio de calentamiento, pero no me importaba. Luego mi mamá me llevaba comida, lo que a mí me gustaba, eso sí me lo comía, diario me iba a ver y me llevaba cosas a escondidas.

Ella sabe bien lo que a mí me gusta y lo que me caía bien al estómago y lo que me nutría. La guardaba muy bien para mí, la escondía y luego me la comía y el fin de semana que iba a la casa comía de lo que quería. Ya cuando se acercaban las competencias, dejaba de comer, y eso lo puedo controlar el comer y el dejarlo de hacer. Por ejemplo ahora me voy a mantener en 45, todo el tiempo no voy a subir porque odio a las gordas. (silencio). (aún sigue pesando menos de 40 kilos).

+ + + + +

Nos vamos a ir a Cuautla de vacaciones. Me llevó mi papá dinero. Hoy le hablé y ya no lo encontré. Se fué a E.U.A. alla también tiene casa. El muy codo se fué para alla, y a nosotros nos dejó \$10,000.00 disque para - vacacionar. El se va y nosotros aca, pero mejor solos que mal acompañados. En Cuautla tiene una casa ya nos las dió, aparte tiene otras dos. Tiene pasión por las casas y terrenos que luego renta. Todo lo que gana en el negocio es para eso.. Aparte tiene en Acapulco y Michoacán y no se donde más. Bueno, dos en México y a nosotros nos tiene en un departamento, pero Dios es justo y el que obra mal se va a podrir en sus cosas y nosotros - bien gracias. Me voy a ir a un retiro espiritual para acercarme más a -- Dios. (silencio)

+ + + + +

Estoy muy llena, hoy me fui con una amiga a desayunar, me invito. No desayuné, tragué pero esta vez va hacer la última vez que comí tanto, aun que tenga hambre ya no voy a comer, no voy a subir de peso aunque se me quite el dolor de estómago, y ya no voy a comer, ojalá se me quite lo del estómago.

SESION # 6

Llega tarde, sumamente excitada, alterada. Llevamos 6 meses de tratamiento, apenas ha empezado a subir de peso ligeramente unos tres kilos.

Hoy se le hizo tarde a mi mamá porque quería a ver a una amiga y ya luego fué por mí. Es que hoy es su cumpleaños y voy a ir a comer con ella. (se estruja las manos). Hoy tuvimos una discusión en el coche, ella venía llorando en el coche, me dijo hasta lo que no y todo por una tontería, algo que no vale la pena, una cosa idiota, pero haber yo tengo mi carácter y no me se dejar. (silencio).

Mire es que teníamos que ir por lo del gasto con mi papá, Julio no quiso ir, ni Raúl, entonces fui yo, siempre he de ser la que tenga que ir a verle la cara a ese señor. A ver ¿porque siempre he de ser yo?, entonces quedamos de decirle que no fuera en la tarde a la casa y decirle, que porque íbamos a comer con Raúl, aunque no es cierto. Fui a pedirle el -- dinero, para variar me empezó a decir sus cosas, sus tonterías, que porque tan temprano, que no tenía dinero, y total que le digo que no íbamos a estar en la casa porque era cumpleaños de mi mamá y que nos íbamos

a comer con Raúl. ¿Yo que iba a saber? A mí que me importa. ¿Porque me tienen que meter siempre en sus cosas, en sus pleitos? Y que me empieza a decir mi mamá que qué bruta. Y yo que me enojo, que le contestó, porque sí le contestó, le dije sus cosas, le grite, ella me grito, empezó a llorar. Me choca siempre se hace la víctima y dice que soy mala, que la maltrato, me dijo que ya estaba harta de que yo la maltratara, que estaba harta de mí, que no quería saber más de mí, que ella se ha privado de todo, por darme a mí y para el trato que yo le doy. Dijo que ya estaba cansada. Pues yo también, ya no aguanto más, me voy a ir de la casa, ya no quiero vivir más con ella, no la quiero ni ver, ¿para que?, ya no aguanto más la casa, ni su maldita familia, ni mi abuelita. Me voy a ir porque ya no las soporto, me enferman todos, me enferman. Me voy a ir con mi papá, si quiera allá va hacer otra cosa. Hoy voy a hablar con él, por que ya no aguanto más a mi mamá, aunque con él, tengo miedo de su mujer. Esto se acabó, ya no quiero tener más problemas, ya no aguanto es mucha presión, estoy harta, harta de todos, también ya no voy a venir aca, yo puedo sola con mis cosas, yo ya no necesito venir, ¿para qué?. Todo sigue igual que siempre, más bien la que necesita tratamiento es mi mamá, ¿a mí para qué? si la que está mal es ella, yo aca tratando de arreglar y luego alla con ella, luego y me provoca, y volvemos a lo mismo. Ella es la que debería de venir aca, porque es la que esta mal, esta toda frustrada, llena de problemas y luego con que también se quiere hacer la víctima y no quiere ver lo que le corresponde, no siempre he de ser yo la culpable de todo. Ella no ve su espejo, como quiere que yo la trate bien, si viera como trata a mi abuelita, la regaña, le contesta, se pelea con ella, le grita, la trata como a una chancla, y luego quiere que yo la trate diferente.

Pues si, como quiere que yo me porte de otra manera ¿de donde quiero?, si ella maltrata horrible a mi abuelita y no sólo a ella, sino a otras gentes, a Alicia. Realmente mi madre es de lo peor, usted no la conoce. La verdad, puede hostigar, insultar, agredir y no se da cuenta, si viera como trata a Alicia, realmente lo que Alicia nos hace, luego lo paga doble, triple, con sangre. Lo que ella hace es poco con lo que mi mamá hace. Y mi mamá sabe muy bien, es muy inteligente, porque molestando a Alicia, -- hiriéndola a ella, así hiere a mi abuelita, entonces a veces se la pasa maltratándola. La hace sentir mal, que es una arrimada, le quita los días

cos, y le dice que no es su casa, no la deja entrar a la recamara, la insulta. Yo que ella me hubiera ido de la casa. Igual maltrata a Julio, - lo regaña, se desquita con él, bueno, todos nos desquitamos con él, realmente él es muy noble, por eso está como está, él y todos estamos mal en la casa. Todos ya me hartaron, me voy a vir de la casa, no quiero saber más de mi mamá para nada, ni de mi padre tampoco. Pero haber con alguno tengo que estar. (silencio).

+ + + + +

Si no hubiera pasado todo esto que pasó. Ahorita usted no se hubiera enterado de nada, no me hubiera visto así como estoy, porque yo todo me lo guardo, me lo quedo, aca nunca vengo a decir nada, aca vengo a contar cosas sin importancia, lo que no tiene importancia, dándole la mejor cara de las cosas, presentando lo mejor porque yo quería que me dejara, bueno ya vete. La verdad, no la cuento. Así ocultándole todo, usted, no se hubiera dado cuenta de nada. Yo puedo controlar las cosas, yo puedo manejar mis problemas, como puedo controlar mi cuerpo.

Por ejemplo: Yo me enfermo cuando yo quiero, si yo quiero que se me baje la presión lo puedo lograr, lo mismo el dolor de cabeza. (silencio).

Si, y el estómago también, yo los hago como quiero. Mire ahora mi mamá estaba muy preocupada por el estudio que me van a hacer. Dice que no va a descansar hasta curarme. Pero yo así las controlo, las trueno, - enfermándome. (Se queda pensativa, se muerde las uñas).

+ + + + +

Yo no sé porque tengo que comportarme así, porque tenemos que pelear nos mi mamá y yo, estar como perros y gatos, si la una a la otra nos necesitamos, la una a la otra nos conocemos, y yo sin mi mamá no soy nada, no se ir a ningún lado sin ella, no se viajar, no sabría por donde ir ó que hacer si me dejara sola en la calle. Ella conoce a la perfección mis pensamientos, sabe a veces hasta lo que siento, bueno ella dice: "mira es to es así y así porque te conozco como la palma de mi mano se lo que estas pensando ahora". (Se estruja las manos).

Ella es todo para mí, es a la única que quiero, porque a nadie más quiero, ella siempre me ha dado lo mejor que ella tiene, se ha preocupado por mí, he tenido la mejor parte de ella, por eso mi hermano Raúl no me quería, cuando era chica siempre me quiso arolar por coraje, me quería pagar y nunca me dejaba. Me odiaba porque fué el rey, el único hasta los 10

años. Luego llegue yo y mi mamá se volcó en mí, eso es lo que dicen, que sólo se dedicaba a mí y me daba todo. También de mi papá fui la preferida, me hacía regalos fuertes, nunca me pegaba como a Raúl. Y Julio, a na día le ha importado. Yo sí que he tenido todo, no tendría de que quejarme, me ha tocado la mejor parte en comparación con ellos. Mire Julio sí no ha tenido nada, mi mamá ni se ocupa de él, ni le importa lo que le pase, pobre Julio. Mi papá, a mí sí me ha dado dinero y buenos regalos aun que ahora es un mezquino que no me da nada.

+ + + + +

Mi papá es de lo peor, usted, no lo conoce. No pensaba venir a decirle todo esto. No me gusta decir mis cosas. Sabe: estoy segura que no estoy enferma de nada en el estómago, todo es puro control. ¿Sabe? yo no tengo nada, no estoy enferma.

SESION # 7

Ya no aguanto a mi abuelita, es insoportable vivir con ella no es lo mismo verle un ratito después de la escuela que todo el día. Como ya no voy a la escuela yo, pues estamos todo el día en la casa. Así es difícil, todo el día me molesta, me regaña, me molesta, me presiona. Ayer deje el suéter en la mesa y luego le dijo a mi mamá: "mira Ana; tu hija dejó el suéter en la mesa, es una floja" y mi mamá luego me dijo: "Ana recoge — eso andale". Ella que se tiene que meter. En todo se fija. Además es un impertinente, es una viejilla y el caso es que no se va siempre a Michoacán. Va a ser muy difícil, muy difícil para mí, a lo mejor tronamos porque yo sí le voy a contestar, ya no me va a importar que sea la mamá de mi mamá, le voy a decir sus cosas, no me voy a dejar, haber quien revienta a quien, que sí me hace ó me dice algo, se las contestó. Haber si así se va de la casa y me deja en paz. Usted no sabe lo que es vivir con una gente así y una familia así. Mire por ejemplo mi tía Lilia ya se va a separar. Ya tronaron las cosas con ella, el Arquitecto le dijo a mí — abuelita que ya no soporta a mi tía, que tiene muy mal genio, que siempre lo está insultando, haciendo sentir mal, que ya no aguanta más, que por eso se va a separar de ella. Es que quién aguanta vivir con esta familia de mi mamá, si son como son, porque son de lo peor. Uno se tiene que sa-

lir para poder convivir con ellos, entonces me salgo a la calle.

+ + + + +

Bueno, mi mamá se sale y yo la acompaño, voy con ella a todos lados, la acompaño al super, al trabajo que tiene que hacer. Luego, como a ella le gusta mucho ir a desayunar con sus amigas yo también voy con ella, ó cualquier cosa que tenga que hacer yo la acompaño. Porque Julio nunca — va, el siempre se queda en la casa. Yo soy la que siempre anda con ella. A todos lados, voy con ella. Cuando va a trabajar yo la espero a que ter mine y cuando por ejemplo, cuando voy a desayunar con ellas, luego me paro y me pongo hacer otras cosas. (silencio).

Bueno, también me lleva a la escuela y me trae, pero ahora no. Me lleva y me trae al coro y ya.

+ + + + +

Si mi mamá pudiera hacer algo con mi abuelita, nosotros no estaríamos en la situación en que estamos. Ya hace tiempo que ella le debió haber dicho que se fuera de la casa, al mes que se cumplió la fecha. Pero haber no puede hacer ni decirle nada. Se deja de ella que se meta en su vida, con su familia, luego ya hasta quiere andar con mi mamá, como ya no tiene que hacer, no quiere ir a trabajar, entonces, se quiere ir con mi — mamá, y hasta en los desayunos quiere andar con mi mamá. Luego por eso — las amigas de mi mamá ya no quieren invitarle porque se sienten incomodas de que mi abuelita este con ellas, ó no tienen libertad de hablar. Pero haber mi mamá no puede hacer nada, no puede decirle que no vaya; dice que como lo va a hacer.

+ + + + +

Conmigo si se sienten bien, porque yo nada más estoy un rato y luego me paro, me voy hacer otras cosas. Pero mi abuelita se queda allí, luego se quiere pogar, e ir a todos lados con ella, aunque mi mamá no la invita. Ya le dije a mi mamá: "dile que no, aunque piense lo que quiera, a tí que te importa". Mi mamá, ó mi abuelita, no puede dejar a mi mamá, siempre — tiene que estar metiéndose con ella, más bien no se pueden dejar la una a la otra. Aunque luego se agarran, tienen que estar siempre juntas. Es — que mi abuelita no la deja, si tan solo la dejara. Pero no, mi mamá tiene la culpa, claro, si ella dijera hasta aquí.

Yo no soy como mi abuelita, yo no, bueno quizá en algo tenga razón.

Yo voy con mi mamá a desayunar pero no estoy todo el tiempo con ella. (silencio).

+ + + + +

¿Pero como voy hacer las cosas sola? Si no se ir a ningún lado, me pierdo, no me se orientar, ni siquiera tengo con quien salir. Bueno voy al coro pero allí está siempre mi mamá, ella me recoge, porque no le gusta que ande sola en la calle. (se agarra el estómago).

Yo hago las cosas según mi conveniencia. ¿Cómo le voy a decir a mi mamá algo que le va a molestar como decirle que no voy con ella? (silencio). A mí no me importa lo demás, yo no se como le van hacer para que mi abuelita se vaya, se deshaga de ella pero ya. (silencio).

+ + + + +

Si mi abuelita no viviera en la casa, las cosas serían diferentes, - no me estarían moliendo el hígado, ni ella ni Alicia. Viviríamos mejor, Julio, mi mamá y yo, más tranquilos, pero haber no puede hacer nada, es una inútil. Pobre, todos se aprovechan de ella. Lo que sí, si mi abuelita se mete conmigo, yo no le voy a permitir, a veces tengo ganas de hablarle a mi papá y decirle que me voy a ir con él, pero tengo miedo, el no me cuidaría como me cuida mi mamá, yo se que no le importo, entonces ¿para qué? (silencio).

+ + + + +

Hoy le va a decir mi mamá a mi papá, que ella va a ir por el gasto, que nosotros ya no vamos a ir, y que no quiere que vaya a la casa, porque nadie lo quiere en la casa. Tengo miedo de que en represalia ya no nos dé dinero para el gasto ó que entonces ya no me pague la colegiatura y - entonces ¿qué voy hacer, cómo voy a estudiar? Es capaz de retirarme todo. Si se quiere desaparecer de la vida que se desaparezca, a mí no me importa no verlo, hace tiempo que mi papá esta muerto para mí, es cierto yo no lo necesito a él, lo único que quiero de él es que me pague la colegiatura. Cuando murió mi tío Gamma, murió mi padre. Hace tiempo que yo lo enterré ya no existe más para mí, mi padre ya murió.

Pero como yo lo enterré ya no me importa. Ojalá mi papá me de lo de la colegiatura porque si no que voy hacer, aunque ya pedí una beca en la escuela, ojalá que me la den. También voy a solicitar una a la U.N.A.M. aunque allí es más difícil, tengo que estudiar si no que voy hacer. Es mejor estudiar que estar en la casa, ahora peor con mi abuelita.

SESION # 8

Llega tarde, muy irritada, molesta, alterada. Saca la silla y se sienta lo más cercana a mí.

Ya estoy hasrta de mi mamá, ya no la aguanto más, es insoportable, me voy a ir de la casa. Ahorita en el coche me venía regañando, me dijo hasta lo que no. Dice que ya no quiere que la maltrate. Ella se queja de que yo la maltrato, y si es cierto porque me voy a dejar, ella también me hace. Todo fué porque mire en la mañana le dije apurate porque tenemos que ir con la Dra. Se estaba bañando, como si nada, hasta a la perra la metió a bañar, y ella me dijo: "nunca me dejas hacer mis cosas - que yo quiero, ya estoy harta de tí, me lleva la chingada, que crocs que yo soy, ya ma confundiste con tu gata, siempre tengo que andar de tu chofer, llevandote y trayendote que crocs que yo no me canso, no me dejas ni bañar en paz, me quieres hacer como quieres, ¿que crocs que yo soy tu tra-po?, ¿como no me lo dijiste antes?". Y, pero si yo ya le había dicho antes del cambio de horario y luego sale conque no sabía y que no le dije nada, pensé que no quería venir con usted Dra. Eso no es cierto, no es así, pero ya me canso mi mamá, ya no la soporto, ahora si me voy a ir de la casa, ya no quiero vivir más con ella ¿para qué? si no podemos vivir juntas, yo creo que será mejor hablarle a mi papá, y decirle. Pero haber, con el no voy a vivir bien, yo lo sé, no tengo con quién ir, no puedo ir a ningún lado, para donde quiera que me vaya es igual, siempre hay problema, estoy muy preocupada, usted no sabe. (agacha la cabeza y se queda muy pensativa).

Creo que mi vida la voy a terminar siempre con mi madre, teniéndola que soportar, que otro remedio me va a quedar, pero si pudiera ya me hubiera ido de la casa hace mucho, pero mucho tiempo, como ella dice ya la hubiera mandado a la chingada, pero no tengo a donde más ir ¿qué puedo hacer?. Pero ni crea que me voy a quedar con la boca callada, no me voy a dejar, haber quien truena a quien. (silencio, patea la alforbra, se jala la falda).

Pues si haber quien se deja, yo se que tengo muy mal genio y lo acepto y, porque ella no acepta sus errores, nunca los acepta. Luego porque - la tiene que agarrar contra mí, decime que ella ha dado todo por mí, y - yo en cambio soy un ogro con ella, que la maltrato, que a ella siempre la

la he maltratado, humillado, ¿y ella?, ella si no quiere reconocer lo que hace. (silencio).

+ + + + +

Mi tío Benjamín viene este fin de semana, viene arreglar quién le va a dar mi abuelita y, cuánto, porque ahora sí, mi abuelita no tiene dinero, no le alcanza con lo que le dan y menos con Alicia. A ella no hay nadie quien la llene. ¿Como?. Ahora no tiene dinero nadie se quiere hacer cargo de ella, nadie la ayuda. Mi tío Héctor se fué, con eso que es agente se fué, y le dijo a mi abuelita que se fuera a dormir en las noches a su casa, porque tiene una esposa muy joven y se queda sola. Entonces le pidió que la fuera acompañar por las noches y él se fué. Ojalá mi abuelita se vaya para allá, pero no creo porque Alicia no se lleva con la esposa de mi tío Héctor. Pero ya siquiera en las noches vamos a poder estar solos nosotros.

+ + + + +

¿Usted sabe donde queda por aquí el conjunto comercial el Relox? Nos dijeron que era por aca, me podría decir usted por donde es?. (Le explico).

No le entiendo, no sé por donde es, como llegar, yo no conozco las - calles ¿le podría decir a mi mamá? Explicarle a ella, porque ella siempre me lleva. No entiendo, eso que me dijo usted, no se como es, a donde ir, como se llaman las calles o eso, no le entiendo. Yo no quiero que me lleve sino que le diga a mi mamá, es que yo nunca he salido sola.

Si tan solo ahora le pudiera decir. Oh no, no quiero que desconfie de mí, que no puede, tal vez si usted se lo dice, sea mejor.

SESION # 9

Llega con el pelo corto, por primera vez con cuidado en su arreglo. Continúa subiéndolo ligeramente de peso.

Ahora si no tengo nada que decirle, de que decirle, de que le voy a decir zhaber? (callada). Ayer mi tío Benjamín, llego en la mañana y se fué en la noche, porque tenia paciente que ver, vino haber lo de mi abuelita, a ver como se iban a repartir ó más bien como iban a quedar con mi abuelita. Se reunieron todos los hermanos en la casa, discutieron, se pelearon y no llegaron a ningún acuerdo, como siempre mi tío Héctor no - dio la cara, nadie quiere responsabilizarse de nada, vino en balde. Es

que la familia es de lo peor, todos, no hay ni a cual ir de todos. Yo -- creo que mi abuelita no se va a ir de la casa, porque Alicia no quiere. Ya nada más va alla a dormir. Alicia se queda en la casa, porque no puede ver ni en pintura a su madrastra, se odian las dos. Si Alicia no quiere, mi abuelita nunca se va a ir, y mi tío Héctor no se va a salir, y mi mamá nunca va a poder hacer nada con mi abuelita. Porque no lo puede hacer, haber dice que no quiere que viva su madre allí, pero claro no le puede decir nada, la tiene que aguantar, porque: ¿que va a pensar mi abuelita? Y así tiene que dejarla que se meta con nosotros, que quiera andar con ella, porque ni le puede decir nada.

Mi abuelita es insoportable, metiche, se mete en todo, si tan solo -- fuera nada más con mi mamá, pero no también es con nosotros, yo ya le dije que mi abuelita se va a topar con la pared. Pero haber ella nunca le puede decir nada a mi abuelita no sea que ella se vaya a molestar. (callada).
+ + + + +

Ya me aburro de estar en la casa. El fin de semana siquiera fui a la iglesia, el domingo estuve en cuatro cultos. Cantamos el coro en la noche. Cuando se fue mi tío Benjamín, me dijo que si me quería ir alla unos días de vacaciones con él, que me fuera, yo creo que me voy a ir, me aburro de no hacer nada aquí, ya no quiero estar en la casa, tampoco quiero ir a la clase de inglés, ya no quiero, ya me aburrí, quiero descansar unos seis meses, total ya voy en 7o. grado, sólo me faltan 6 grados para ser maestra. Ahora quiero descansar, pero no le puedo decir nada a mi mamá, me va a regañar, me va a decir que estoy mal, que tengo que estudiar, me va a decir hasta lo que no, yo no puedo decirle que no quiero inscribirme (se dobla y se agarra el estómago).

+ + + + +

No puedo decirsele, yo tengo que hacer lo que ella quiere siempre. Si no me dice hasta de groserías, se enoja conmigo, me deja de hablar, no me dirige la palabra, me dice que me olvide que es mi madre. Siempre se mete conmigo en todo, por ejemplo encuentre un amigo y me pidió que si lo ayudaba a hacer una práctica de física, y le fui a ayudar, que se enoja conmigo, me dice que era una tonta, que a todos ando ayudando siempre. A ella que le importa, lo que yo haga, que se tiene que meter. Que la ropa que me pongo, que me voy mal. Ya estoy harta de ella, usted no sabe lo que es vivir así, que siempre lo estén criticando, no me dejar hacer lo que yo quiero, no puedo hacer cosas. Porque haber, luego se mete conmigo.

Lo tengo que hacer a fuerzas aunque no quiera.

Aunque lo haga de mal modo, me choca, la odio, la detesto, realmente yo odio a mi madre, nunca lo había aceptado, pero es cierto, es horrible pero que me perdone Dios, si ella no fuera así conmigo, yo no tendría razón para odiarla. (se tapa la cara con las manos).

Si, por lo menos me dejara de presionar. Haber aunque no quiera ingcribime al inglés, voy a tener que hacerlo no puedo decirle que no, usted realmente no la conoce, como me insulta cuando se enoja conmigo, y por eso tengo que hacer lo que ella me pide, aunque yo no quiera. En ese caso es mejor vivir con mi papá, a él si le puedo decir que no, cuando no quiero, ¿porque a mi madre no le puedo decir que no?

Hay cosas que le digo que la ofenden, pero siempre tengo que hacer lo que ella quiere, porque si viera como me va. (voltea la cara).

Ya sé que voy a hacer, le voy a decir a mi papá la verdad que no quiero ir al inglés, que no me de el dinero, así ya no voy a poder ir, porque no voy a tener dinero, y así ya no puedo ir. (se queda pensando). Pero si le digo que no me de, luego no me va a dar para otras cosas. Es que usted no sabe como se va a poner ella, si yo le digo que no me quiero inscribir, si viera como se pone, ya no quiero verla, ya me tiene harta, si viera como son las cosas en la casa. (desesperada).

Yo sé, que ella me quiere, tanto que no me deja vivir mi vida, ella cree que soy de ella, por eso decide por mí. (baja la cabeza y la voz).

Si, ella me lo ha dicho: "yo se lo que tu estas pensando, te conozco leo tus pensamientos". Pero ya me cansé de que me maneje le voy a decir que me deje en paz. Creo que no quiero ir al inglés, (callada). Aunque yo no quiera lo voy a tener que hacer.

SESION # 10

Sube la madre con Ana, se para en el recibidor y me pide el baño para que pase Ana. Le digo a Ana donde esta. Cierro la puerta. Tocan nuevamente la puerta. Abro otra vez y encuentro a Ana y su mamá. La madre en primer plano, me pregunta: ¿esa es la puerta del baño? Contesté: sí esa es la puerta. Entra Ana y permanece callada un rato. Ahora si devereas no voy hablar no tengo nada de que hablar. (patea la alfombra).

No tengo nada, no estoy enojada con usted, no estoy enojada con nadie,

no me pasa nada. Todo esta igual, mi abuelita nunca se va a ir de la casa, porque Alicia no quiere irse. Ahora mi mamá no quiere ni que le hable ni que me lleve con ella. El otro día me fui con mi prima al parque, allí estuve con ella toda la tarde. Cuando regrese, mi mamá tenía una cara, luego que me dice: "ahora si ya vas a andar con la loca de Alicia, vas a ser igual que ella, no vas a salir más con ella, no quiero que ni le hables". Ahora ni siquiera quiere que le hable, ni que me lleve, ¿pues entonces a quien le voy a hablar, con quien voy a salir? Haber digame -- (empieza a gritar). Si en todo se mete no me deja en paz, siempre me esta presionando, me siento muy presionada, estoy a punto de explotar. Si me voy de la casa. Ya no la aguanto más, ya no la soporto, cada día es más asfixiante esto. Ya la vomito. (angustiada).

Lo mejor es que me vaya a vivir con mi papá, nos vamos a ir Julio y yo. Por lo menos vamos a estar bien económicamente, no que aca ni una co sa ni la otra. Ya lo pensé bien, se lo voy a decir a mi mamá, que nos va mos que se quede ella, nosotros nos vamos, que desocupe el departamento porque me lo regalo mi papá a mí. Ya no puedo vivir más con ella, me hace hacer las cosas que no quiero, a fuerzas, si no hago lo que ella me -- dice, me insulta, siempre tengo que andar haciendo lo que ella me diga, me tuvo que inscribir en el inglés. Yo antes le dije que no quería, me di jo: que era una idiota, una estúpida, que ella quería que yo estudiara mu cho que no fuera una bruta como ella, que yo desperdiciando el tiempo, que era una mal agradecida, mala hija. Que si yo no iba al inglés, iba a ser una pendeja, que me olvidara de que ella era mi madre. ¿sólo por eso?, -- ¿qué tiene de malo hacer lo que yo quiero? Y le dije: tan solo quiero -- descansar un semestre, luego regreso, después termino los estudios. Me di jo que no, que solo iba a descansar cuando muriera. Luego me dejó de ha- bular, ni me dirigió la palabra. Yo pensé: bueno que no me hable así desca so de ella, pero me choca también que no me hable. Luego me dijo que fue- ramos a pedirle el dinero a mi papá, total si no me quería inscribir po- dría utilizar el dinero de la inscripción. Fuimos, ella se bajó a pedir el dinero a mi papá, y en el camino que me dice, pensandolo bien; y que empie za con su cantaleta. Si no estudias seras una burra como yo, si te digo -- las cosas es por tu bien. Que se encamina para alla y que me dice: "si tú quieres te inscribes, si no quieres no. Yo no te voy a forzar a nada, tú haz lo que quieres, tú eres la que vas a aprender inglés tú vas a ser la beneficiada". Y que le digo, pues si, pero yo quiero descansar este semes

tre, solo este semestre, y que se pone furiosa y me dijo: "me lleva la -- chingada contigo, eres una terca, babosa te vas a acordar de mí toda la -- vida. Yo preocupándome por tí. Toda la vida, me he preocupado por ustedes, he dado todo, ¿para qué? para que así me respondas, ya me tienes harta -- con tu mal carácter, no hay manera de vivir contigo, me voy a ir, me voy a vivir mi propia vida, alla ustedes". Estaba furiosa, se lo dije; usted no me cree, pero nunca puedo decirle a ella lo que quiero, no puedo, no me deja. Siempre tengo que hacer lo que ella quiere. Que se para en la ga solinería y allí le digo: está bien, regresate me voy a inscribir. Y que me dice ¿que crees que soy tu chofer? ¿tu gata? ¿tu sirvienta?, que me -- puedes hacer como quieras. No me regreso, si quieres regresate tú sola, yo no te llevo. Y que le digo por favor llévame yo no se como ir, no sé -- donde estamos, de veras yo no sabía, es horrible pero no se andar sola.

Sí, no sé andar sola, no me sé las calles, tengo miedo de perderme, soy como una niña pequeña, tonta, no me sé ir sola, a ningún lado, siempre con mi mamá.

No sé ni donde estaba el baño, como iba a saber si nunca había ido, como voy a poder andar sola en la calle si nunca lo he hecho. Usted ha de creer que soy una niña pero no, es que yo no se donde están las cosas y tampoco se hacer las cosas (angustiada).

Mi mamá no me entiende se mete conmigo, no me respeta, no me deja vi vir estoy a punto de explotar (enojada, se agarra la cabeza).

Ella no me respeta no tiene límites, cree que yo soy de ella, y que puede hacer lo que quiera conmigo, y lo hace. Fuimos luego, bueno, me llevo a la escuela, acepté finalmente porque si no me iba a estar molestando siempre, siempre me lo iba a sacar, y no la iba a aguantar, aunque no quería lo hice para quitármela de encima, si no siempre la iba a traer conmigo, y ya cuando llegamos allá no se quiso bajar. Me dijo que fuera sola, que hiciera las cosas yo, que de ahora en adelante iba hacer las -- cosas yo sola... cuando le conviene. Si ella me mandó. Luego dice que -- haga las cosas yo sola, (callada).

Sabe, yo no quiero que venga aca con usted, usted me pregunto y yo le dije que sí, pero ahora no quiero, no quiero que venga aca. (callada).

Si me importa que venga aca, claro que si me importa porque ella va a contar su versión, no le va a decir la verdad de como me trata, se va a venir a poner de mártir con usted y va querer saber lo que yo le digo -- aca. ¿Usted me va a decir luego de que hablen?

Se va un mes de vacaciones.

SESION # 11

Regresa de vacaciones. Subió seis kilos.

La veo muy gorda. Con las mejillas gordas y chapeada. Su arreglo es cuidadoso en su ropa y alifio.

Me ha ido muy bien, estoy descansada. (Bola de chicle en la boca), por eso estoy muy bien, descansen de todo y de todos. Me fui con mi tío. Regresando me encontré que ya no estaba mi abuelita. Poco estuve, 15 días. Luego me vine porque ya estaba aburrída, ya no tenía nada que hacer extrañaba aca.

+ + + + +

Pues todo mi casa, mi mamá, mi hermano nada más. Porque a mi abuelita y a Alicia no. Ahora que llegué ya se habfan ido. Ni he preguntado nada.

Ya no me quiero meter en problemas, ya no quiero saber más de problemas, ya no me quiero meter en lo que no me importa. Cuando las cosas no me afecten a mí directamente, no me quiero meter ni preguntar, allá ellos: ¿Que qué piensa mi mamá ó que fué lo que pasó?, allá ellos. Así es que nada mas llegue y ya no la ví, pero ni pregunte y Julio y mi mamá no me han dicho nada. Mejor que se haya ido, ahora ya hay tranquilidad en la casa. mi mamá ya no esta tan enojada, ni de tal mal humor, será porque ya no esta mi abuelita, con eso ya no hay porque enojarse. Así vivimos mejor. Julio, mi primo, mi mamá y yo. Yo, si mi mamá no esta tan enojada ó de mal humor ó no me maltrata, yo no tengo porque estar enojada ó de mal humor, yo no tengo porque estarlo también, si no me ofende, yo no tengo porque - ofenderla.

Y ahora que yo regrese a la escuela todavía voy a estar mejor, porque voy a estar ocupada haciendo mis cosas. Mire así, si algo pasa ni me doy cuenta, porque cuando me pongo a estudiar no me entero de lo que pasa.

Si mire, por ejemplo, el otro día mi mamá estaba, tenía algo con Julio. Yo estaba leyendo un libro, solo oía muy lejos los gritos, pero no distinguía lo que decían, es como si estuviera lejos, yo estaba metida en mi lectura; cuando yo me meto a leer o a estudiar, no me entero de nada - de lo que dicen a mi alrededor, así pueda pasar lo que sea, yo no me entero de nada, yo no escucho.

Entonces ahora que vuelva a la escuela, voy a volver a mis materias, a lo que me interesa, voy a estar ocupada por menos me voy a dar cuenta, ni quiero ver lo que pasa, bueno si.

+ + + + +

Si, también me quise tomar mas vacaciones, hace bien, me siento bien. Descanse tanto, de todo que mire como engorde, estoy hecha una murrana. Es que comí, bueno no comí tragué. En casa de mi tío, era todo tranquilidad, la comida, no podía dejar de comer, casi me dedique a comer pareciera que bueno, que hubiera estado en un internado. (rie).

Bueno casi, así ahora me veo, y me choco, no soporto estar así, me veo horrible. Desde que regrese a la casa se me quito el hambre, ya no como más que yoghurt, igual, lo mismo que antes. Tengo que bajar. También ya estoy comiendo. Si me vieran los de la gimnasia los decepcionaría. Tengo que bajar más antes de entrar a la escuela.

La única que esta contenta de mirarme así es mi mamá, pero no le voy a dar el gusto, que ni crea que me voy a quedar así, mire como me queda la ropa, mire como me veo. Esto es horrible, como fui a subir tanto de peso ni me he pesado, mejor voy a bajar de peso. (callada).

+ + + + +

¿Ya le dije que me dieron una beca en la escuela? En la escuela solicité una beca, yo pensaba que no me la iban a dar, ahora que fui a escoger los grupos me dijeron que me habían dado una media boca por mi promedio, fue de 10 y por eso me dieron la media beca, ahora tengo que estudiar más para seguir teniendo ese promedio y me den otra boca. ¿Usted cree que me den otra vez una boca? Voy a estudiar mucho este año. Este año me voy a dedicar todavía más, voy a leer, todo lo que me dejen y aprender más.

SESION # 12

En medio de estas sesiones sucedió el terremoto, catástrofe que la afectó sobremedida. Faltó 15 días.

Llega 20 minutos tarde. Viene sumamente delgada nuevamente.

Vengo de la escuela, fui a ver cuando principian las clases. Quien sabe cuando. Yo no quiero que me manden a Lomas Verdes, sería toda una excursión, me quiero quedar allí en esa escuela, es la que me queda más cerca. (silencio). Ahora que llegué allí sentí horrible pero ya.

+ + + + +

Me acordé del terremoto, de lo de ese día, como que algo me recorrió el cuerpo, algo frío. Ya habían levantado casi toda mi escuela quedó en medio de dos edificios que no se cayeron. Son los únicos de la cuadra. Pero el de los otros, si los van a tirar. Lo van a demorar porque esta chueco. Así mal pero mal. Con los vidrios rotos, paredes tiradas, eso ya

no sirve yo creo. Los dueños ya no querían tirarlo pero los vecinos sí. Es que se ve horrible, las paredes que se van a caer, si usted lo viera. Lo peor es que los pisos de arriba se cayeron, como si le hubieran volado la cabeza. Haga de cuenta, bueno que está suspendido. Esto es lo que se ve más horrible que se ve como que se va a derrumbar, a caer, y que no tiene lo de arriba.

Si, es que no nada más ese se ve así. Muchos se derrumbaron, se cayeron es mejor que tiren todo lo que no sirve y que dejen parado nada más, que se rescate lo que se pueda, que trabajen con lo que se pueda.

+ + + + +

El otro día venía mal por lo del temblor, pero yo no he perdido la cabeza, mireme yo siempre he sido una persona fuerte, que me sé controlar, nunca pierdo la cabeza, yo la controlo a ella, como a mi cuerpo. También por ejemplo mire el dolor de cabeza ya lo tengo controlado. Aquí mire — (sienes) es un dolor fuerte. Ya hacía tiempo que se me había quitado pero después del temblor otra vez ya lo tengo. Luego de un rato me concentro y lo domino, al rato me olvido de él, luego me regresa y así ¿porque me tiene que dar el dolor ahora?, si ya no lo tenía, ¿porque me tuvo que aparecer, porque la cabeza? (se agarra la cabeza).

+ + + + +

Cuando el temblor no sentí nada. A mí cuando algo me está pasando y no me gusta, siempre lo que hago es desconectarme. Por ejemplo alguien puede pelearse, que yo no me entero, me concentro en lo mío y me transporto a otro lado, a lo mío, de lo demás no me entero por eso es que puedo ser fuerte y resistir. Si uno sigue conectado no logra nada.

Yo cuando el temblor me puse fuerte, anduve como autómatas, no lloré para nada, unas estaban histéricas, yo me puse seria y me desconecte. Yo creo, por ejemplo; por ahora yo controlo mi cabeza y el dolor. Si me concentro lo logro. Si ya no quiero, ya no me duele, pero luego lo vuelvo a tener. También duezmo mucho. Es que todo estuvo horrible. ¿Usted donde vive? en el sur, ¿no? ¿Cómo va a saber lo que es eso? Si allá no paso nada.

+ + + + +

Sabe, nadie ha logrado penetrar en mí, la otra Dra. no la deje entrar, ella pensó que sí. Pero yo se muy bien hasta donde. Cuando no quiero, - ya no, Ella disque trató 3 años y no logró nada. Nadie ha logrado penetrar conmigo, no tengo porque. Yo siempre he podido resolver mis proble-

mas sola. No se porque tengo que venir aca.

+ + + + +

Además es usted la que ahora esta provocando problemas con mi mamá, ella insiste que venga aca, yo no quiero, yo no voy a querer lo que ella quiera, tampoco comer, como voy a comer si no siento hambre, si la comida me da asco, que se la coma ella si tanto quiere, a mi que me deje en paz. Bueno, desde antes yo tenía problemas con ella, pero ahora con esto del tratamiento peor. Yo no necesito ayuda de nadie, yo puedo sola con mis cosas, sola.

No creo que pueda venir a la otra cita, es muy tarde y no voy a ir a la escuela, porque no la cambia. Bueno no se si pueda venir mejor yo le hablo. Quiero que me cambie en la mañana, temprano.

SESION # 13

Llega a la hora prevista como si nada hubiera pasado la sesión anterior y se sienta lo más cercano que puede frente a mí.

Mi papá nos invita a salir en la tarde. Pero no voy a ir no se que hacer. Es que mi papá es muy terco y sigue insistiendo, ya le había dicho que no podía ir, pero luego me dijo que me hablaba al medio día. No se que voy a decirle. Porque nos invito a Julio y a mí a salir hoy en la tarde, pero mi mamá nos dijo que si nosotros íbamos, que nos olvidáramos de ella, que se iba de la casa, porque no quiere que salgamos con mi papá.

Yo si quiero ir, aunque sea por conveniencia, porque me compra y me da cosas. Julio, eso hace lo que yo digo, eso no cuenta. Pero no puedo ir, porque luego no voy a aguantar a mi mamá, usted, no sabe, se necesita vivir con ella para saber como es.

Como siempre ella metida allí, buscandome problemas, siempre se ha metido en mi vida, me quiere dirigir, no me respeta, no me deja en paz. Es de lo peor, si pudiera. No, me voy a ir de la casa, ahora si me voy a ir con mi papá, ya no la aguento, que vaya y que mande haber a quien. ¿Por que me tiene que decir? que si voy, ella se va de la casa. Es una exagera

da. + + + El es mi papá, es mi papa, ¿me entiende?

Ella no me deja ir con nadie, se mete en todo, me prohíbe a quien no le parece. Ya no tengo amigos, también por la culpa de Alicia, ya no la

aguanto... Ayer tuve un problema con ella y por su culpa ya perdí dos - amigas, dos vecinas, ahora ni siquiera voy a poder salir porque me da vergüenza. Tuve un problema no se lo puedo decir, no se lo voy a decir, porque es algo mfo. (se hace para atras).

Pero no se lo puedo decir, tal vez, un día, entonces será. Por lo - pronto no lo voy a hablar. Ya sé, estoy convencida que es una intrigante, que siempre me ha querido hacer daño, maltratarme pero no me voy a dejar, ya tengo un plan como bloquearla. Como voy a hacerle contraataque, ni si quiera se lo imagina la voy a destruir, yo se muy bien como acabar con al quien. Sé ver, analizar y darle en el punto sensible y acabar con ella - se va a acordar toda su vida, no le van a quedar ganas de andarme provocando. Yo se bien mi plan. Yo no quería meter con nadie, estaba estudiando, me la paso estudiando. Ahora ya no voy a la escuela y como no voy a poder salir, voy avanzar más en mis libros, voy adelantarlos, todo lo - que pueda. Pero a mí, es a la que molesta Alicia. Y mi mamá más. Haber mi mamá que se tiene que meter con un pretendiente que tengo. Está dale y dale, que pobre muchacho, hazle caso, pero si no quiero nada con él, me cae gordo y ella anda duro y duro, que, que buen muchacho. Ella como sabe que es bueno para mí, si yo no lo quiero (como la comida). Ya me tiene harta, es una metiche, no le digo, no me deja vivir mi vida, yo he de hablar con ese pretendiente cuando yo quiera.

+ + + + +

Desde hace un año es mi pretendiente, es del coro, me busca y me habla y me puras groserias que le hago. No me deja de buscar, de andar de ofrecido. Luego me dice vamos a salir y le digo luego te hablo por teléfono, yo no le hablo ó si me habla le digo a Julio, pero para que me - oiga; dile a ese tonto que no estoy. O me habla y no le contesto, ó me busca ó le volteo la cara, el no ha entendido que no quiero y no. Yo sé con quien sí y con quien no. Cuando quiero ir con alguien ó no. ¡Ah! proposito si voy a seguir viniendo aca.

SESION # 14

Llega a tiempo hace una semana que no venía. La madre hablo y dijo que había dicho que no iba a ver sesión el lunes y que el jueves la sesión era a las 8:30.

Llega y se pone totalmente de perfil, pero cerca. (Dice malhumorada). Estoy muy desvelada, anoche no dormí nada, pero nada, quien va a dormir - con los gritos de mi abuelita. Se cayó en el metro, se fracturó no se - que. Nos hablaron de alla, y la fuimos a recoger, la encontramos en un - grito. La llevaron al Dr., la enyesó y le dió medicina. Pero ni así se calmó. Ayer estuvo toda la familia de mi mamá en la casa por lo de mi - abuelita y ahora ya se fué, la fuimos a dejar al aeropuerto temprano, por eso llegue tarde a la escuela.

Se fué con mi tío a Mich., como el es el Dr., dijo que se la mandarían para cuidarla. Entre todos pagaron el pasaje para mandarla. (Bosteza).

+ + + + +

Estoy muy cansada, tengo mucho sueño, ya se me cierran los ojos, pero haber no voy a poder dormir porque va mi papá, le voy hablar le voy a decir que no voy a poder. Porque mi mamá tampoco quiere que vaya. A mí, me da igual, que vaya como que no vaya, no lo necesito a él para nada, só lo su dinero. El otro día no fuimos con él, como quería que fuera, ¿como? si mi mamá se enojaba.

+ + + + +

Ya me cansé de estar entre ellos, desde chica siempre en medio de - ellos, defendiendo a mi mamá, cuidandome de los golpes de mi papá, de los golpes de mi hermano, de todos, de la familia de mi mamá que la odio. (Grita). Antes de que fuera mi papá, le hablé y le dije que no fuera porque no íbamos a estar. Ya mi mamá nos había dicho que si nos íbamos con él, que ella se iba de la casa. (Rabia). Aunque no me guste, pero ahora de una vez por todas voy a echar a mi papá, para ya no tener problemas. Si, si le digo que no vaya nunca más, que Julio va a ir por el dinero, que no venga a la casa porque mi mamá no quiere que vaya. No quiero tener - problemas con ella.

También ya no quiero venir aca, no le parece que siempre me esta - diciendo cosas. Y todo para que, si todo sigue igual, exactamente igual yo no puedo hacer nada, porque haga lo que haga, ella me lo hecha para atrás. Me dice no, las cosas van a ser así. No vas a ir sola. Tienes que seguir estudiando el inglés. Nunca me ha dejado ser yo misma, siempre tengo que hacer lo que ella quiere, me trata como si fuera sus chancas, sus llaves que se yo. Me diga lo que me diga ó haga lo que haga, usted no va a lograr nada ¿y sabe porque?, porque mi mamá no me deja en

paz. Haber unas veces he salido de aquí con las cosas claras, todo muy claro, y pienso las cosas van a ser diferentes, pero luego que sucede mi mamá me dice pues no. "Aunque no quieras vas a ir al inglés". Si yo so lo quería tomar unas vacaciones y luego regresar, ah, pero no, tuve que inscribirme, porque si no todo me iba a pesar, la iba a estar oyendo con su cantaleta, entonces: ¿donde esta?, ¿donde puedo ser yo? Por eso ya no quiero venir.

Se lo dijo mi mamá. ¿Es por lo de la semana pasada no es así? Es una chismosa, no le crea. Luego, luego dice: "Ella es una mentirosa, ya parece que la oigo. Pero ella no obliga a decir cosas, aunque yo no las quiera, haber tengo que decir una cosa por otra, porque ella me obliga a hacerlo si ella no me obligara, no tendría que hacerlo. Claro tengo que mentir porque ella me obliga. (rie).

Si, ellos me presionan, la solución es presionarlos a ver quien revienta a quien. De quien más harta estoy es de mi mamá, pero me voy a deshacer de ella a como de lugar, aunque luego haber con quien me voy a vivir, no está fácil.

Como voy a venir si me choca, porque ella me obliga, siempre me presiona con esto. No se si vaya a venir más, no se lo aseguro.

No creo. Ella vera como voy a terminar con esto que ella me obliga y también con otras cosas mas de ella voy a terminar, voy a acabar con ella y todas sus estupideces de una vez por todas y la voy a sepultar - para siempre con sus pendejadas.

Yo se hasta donde llegan. Yo tengo mis propios límites, mis propias metas y todo lo demás queda fuera.