



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

“LO HUMANO EJE DE NUESTRA REFLEXIÓN”

“FENOMENOLOGÍA ANORÉXICA: ESTUDIOS DE CASO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

HURTADO RICO MIRIAM JAZMIN

SANTOS MIGUEL ROMÁN

JURADO:

DIRECTOR DE TESIS: MANUEL MORALES LUNA

JESUS BARROSO OCHOA

LETICIA BETANCOURT REYES

RODOLFO HIPOLITO CORONA MIRANDA

MARÍA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO

2009



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.

DEDICATORIAS

A ROMÁN:

Por haberme acompañado en este proceso; en este ritual, por haberla sufrido, llorado, gozado, amado y odiado y seguir estando ahí como siempre conmigo. Te amo, ¡Muchas Gracias;

A MANUEL MORALES:

Te agradezco por haber sido mi guía y darme todas las herramientas para concretar este proceso y los que faltan.

De ti aprendí, me conocí, acepte las partes negadas que había en mi y dentro de ellas que soy una mujer capaz. Gracias por ayudarme en este reencuentro conmigo misma y gracias aún más por brindarme tu apoyo sin dudarlo.

A MIS PADRES:

Gracias por haberme acompañado por este camino que fue largo y sin embargo conté con ustedes siempre. MUCHAS GRACIAS.

A LAS INSTITUCIONES:

Que nos abrieron las puertas y confiaron en nosotros y nos apoyaron también en este camino.

Al CNA muchas gracias por brindarnos su confianza ya que fueron una parte muy imprescindible en la elaboración de esta tesis.

A la Fes Iztacala por habernos brindado un poco del conocimiento que nos ayudo bastante para el inicio de esta tesis

MIRIAM.

A MIS PADRES:

Por darme la vida porque en gran medida han sido forjadores de lo que soy y por apoyarme incondicionalmente en todas mis decisiones.

A MIS HERMANOS:

Que han sido compañeros de mis proyectos en especial a Agustín que ha sido de mi compañero en los últimos 10 años.

A MIRIAM:

Por haberla sufrido, llorado y disfrutado en este camino de la vida y por el gusto de compartir muchos años más.

A MANUEL MORALES:

Por ser amigo y guía en este camino.

EN GENERAL:

A todas las instituciones y todas las personas que siguieron con interés este trabajo.

Gracias por estar con nosotros.

ROMÁN.

INDICE

Resumen

Introducción

Justificación

1) ¿Qué son los trastornos alimenticios?

1.1 ¿Qué es la anorexia?

1.2 Sintomatología de la anorexia según el DSM IV-R

1.3 Subtipos de anorexia según el DSM-IV R

1.4 Subtipo de anorexia según el CIE-10

1.5 Otros tipos de anorexia

1.5.1 Anorexia Subclínica

1.5.2 Anorexia Depresiva

1.5.3 Anorexia por Actividad

1.5.4 Anorexia Masculina

1.5.5 Vigorexia

1.6 Factores predisponentes en la anorexia

1.6.1 Factor Neurológico

1.6.2 Características de personalidad

1.6.3 Otros Factores

1.6.4 Factores Psicológicos predisponentes

1.6.5 Factores Familiares

1.6.5.1 Familia Contenida

1.6.5.2 Familia Buena

1.6.5.3 Familia “la que mucho abarca poco aprieta”

1.6.6 Factores socioculturales

1.7 Distintos trastornos asociados a la anorexia

1.7.1 Histeria

1.7.2 Neurosis Depresiva

1.7.3 Síndrome de Boderline o frontera

1.7.4 Complejo de Peter Pan

1.7.5 Complejo del hijo no Deseado

1.7.6 Trastorno por ansiedad

1.7.7 Ansiedad fóbica

1.7.8 Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

1.8 Tipos de Personalidad dentro de la anorexia

Descripción de Mara Selvini Palazzoli

1.8.1 Dependiente

1.8.2 Boderline

1.8.3 Obsesivo Compulsivo

1.8.4 Narcisista

2) Antecedentes de la anorexia

3) Teorías explicativas

3.1 Médico

3.2 Conductismo

3.3 Cognitivo Conductual

3.4 Psicoanálisis

3.5 Sistémico

3.6 Bioenergético

3.7 Psicossomático

3.8 Psicología Transpersonal

4) Propósito

4.1 Objetivos

5) Metodología

5.1 Método

5.2 Sujetos

5.3 Diseño

5.4 Selección de la Muestra

5.5 Instrumentos

5.5.1 EAT-40

5.5.2 Historia Clínica Multimodal

5.5.3 Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota

5.5.4 Dinámica “Ciudad y el Gobierno”

5.6 Procedimiento

5.6.1 Fase de Selección

6) Resultados

7) Análisis

8) Conclusiones

9) Bibliografía

10) Anexos

RESUMEN

En la presente investigación se relacionó el perfil psicológico, la historia clínica y la dinámica de la ciudad y el gobierno en 6 sujetos con la sintomatología de anorexia, con el objetivo: de detectar los patrones de conducta desde la perspectiva transpersonal, para una mayor comprensión y atención. El diseño de la investigación fue cualitativo transaccional donde los hechos ya están dados; en la presente investigación participaron 100 sujetos de entre 11 y 28 años pertenecientes a la Escuela Nacional de Danza Clásica y Contemporánea perteneciente a el INBA, donde 6 sujetos de éstos 100 presentaron sintomatología de anorexia la cual fue detectada mediante el test de EAT 40. A estos 6 sujetos se les aplicó el MMPI para observar el perfil psicológico, la historia clínica multimodal y la dinámica de la ciudad y el gobierno para establecer patrones entre estas pruebas. Se encontró que en cuatro de los 6 sujetos muestran características de tipo obsesivo, las cuales se relacionaron con el tipo de anorexia restrictivo mientras que los otros dos sujetos muestran características de tipo histérico las cuales fueron relacionadas con la anorexia de tipo purgativa. En los 6 sujetos se encontró una relación entre el perfil psicológico, la relación madre e hija, y una ausencia de la figura paterna, la cual se considera que juega un papel importante en la formación del trastorno alimenticio ya que al faltar la figura paterna estas funciones quedan en manos de la madre descuidando ésta su propia función y afectando así la relación madre- hija fomentando el desarrollo de la anorexia, esta problemática ha sido continua en varias generaciones representándose en la persona que padece la anorexia.

INTRODUCCION

La anorexia ha tenido algunas creencias en cuanto a su origen, pensando que el hecho de ayuno le acercaría más a Dios, dejando lo terrenal y acercándose a lo espiritual al momento de restringirse los alimentos en muchas ocasiones limitándose solo al consumo de agua. Se creía que algunas veces esto era motivado por Dios y otra por obra de Satán. Pasando por algunas mujeres que recurrían a esta práctica para ser menos atractivas a los hombres o por sacrificio entregar su vida a Dios si bien estos casos no son casos concretos de anorexia si dan una idea de los momentos en la historia donde algunas mujeres se han restringido el alimento.

Esto ha sido documentado desde Mortón alrededor de 1689 y en posteriores casos donde se ha estudiado desde diferentes puntos de vista, desde el médico, psiquiátrico y psicológico; ésta última disciplina es la que nos atañe y desde la que se ha abordado esta problemática por diferentes teorías, desde las conductuales, cognitivo conductual, psicoanalítico, sistémico, bioenergética, psicossomático y transpersonal desde el cual se trabajó en esta investigación

En la presente tesis se buscó la relación del perfil psicológico de los sujetos con sintomatología de anorexia y establecer patrones desde la Historia clínica con el perfil psicológico

Aplicando un diseño transaccional cualitativo- descriptivo; si bien el cual no cuenta con un sustento meramente estadístico, muestra la parte humana de quienes presentan la sintomatología de la anorexia a través de pruebas conocidas como el EAT 40, MMPI y la dinámica proyectiva de la ciudad y el gobierno apoyando la investigación en la Historia Clínica como forma de registro de la vivencia de los sujetos.

El primer capítulo se desarrolla en base a qué es la anorexia desde el punto de vista médico así como su clasificación de acuerdo al DSM-IV y el CIE; además de otras posibles clasificaciones no tomadas en cuenta de acuerdo a lo que se ha investigado.

En este capítulo también se dará un paseo por las diferentes causas que propicien el desarrollo de la anorexia.

En el segundo capítulo se desarrolla desde cuando se ha ido investigando la anorexia, desde los años 1300 hasta la actualidad.

En el tercer capítulo se da una explicación de cada una de las teorías que han estudiado la anorexia; dando énfasis en la teoría Transpersonal como propuesta explicativa de la anorexia.

Del cuarto capítulo en adelante se maneja lo que es la forma en cómo se llevó a cabo la investigación, el proceso de ésta, sus resultados, las relaciones que se encontraron y su conclusión. Al final se anexa todas las pruebas que se presentaron a los sujetos y sus resultados para un mayor entendimiento.

JUSTIFICACIÓN

Se ha investigado desde tiempos del siglo XVI lo que es la fenomenología anoréxica desde diferentes perspectivas un problema en la relación madre e hija y las relaciones que esto acarrea con el medio que se desenvuelve la anoréxica.

En los estudios actuales se ha encontrado por Marañón I. y otros (2004, en la revista *European Eating Disorders*) donde se hizo un estudio del perfil de la personalidad a 66 pacientes no internados con trastornos alimentarios; se aplicó el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE), para su análisis se utilizaron métodos no paramétricos como el Test de Kruskal-Wallis y el Test de Mann-Whitney U. En esta investigación se encontró que más del 50% de la muestra cubría los criterios para al menos un trastorno de la personalidad. Los pacientes con anorexia nerviosa / purgativa eran los más afectados. Los trastornos de la personalidad más comunes eran los obsesivos-compulsivos, evitativos, dependientes, limítrofes y otros no especificados.

Otro estudio es de Youssef y otros (2004) que investigaron acerca de rasgos de personalidad como factor de riesgo para el intento de suicidio en mujeres jóvenes con trastornos alimenticios. Se dividieron dos grupos uno clínico que constaba de 152 mujeres entre 18 y 24 años de edad, con anorexia de tipo restrictivo, anorexia del tipo purgativo, bulimia de tipo purgativo y bulimia de tipo no purgativo; y el otro grupo control constaba de 140 sujetos. Los instrumentos de evaluación que utilizaron fueron el MMPI-2, el Inventario de Depresión de Beck y un cuestionario específico para los intentos de suicidio. Los resultados fueron que los que corren más riesgo de suicidarse son los de tipo purgativo y que la mayoría de estas personas eran estudiantes; además encontraron que las anoréxicas restrictivas las escalas de Depresión y Prácticas Antisociales representaba un riesgo de suicidio significativo, en la anorexia purgativa era indicador la escala de Histeria, Desviación Psicopática, timidez social, prácticas antisociales, obsesividad y baja autoestima, y para la bulimia purgativa era indicador las escalas de psicastenia, ira y temores.

Estudios Nacionales

En las investigaciones realizadas en México acerca de los desórdenes alimenticios, han consistido básicamente en estudios de caso de pacientes diagnosticadas como anoréxicas o bulímicas, principalmente tesis de licenciatura, maestría y doctorado de las carreras de psicología, medicina (principalmente estas dos); últimamente de ciencias de la comunicación, odontología y pedagogía.

Apenas se está obteniendo información de este padecimiento aquí y se ha investigado que la anorexia en México ya no sólo afecta a adolescentes sino también a personas de ambos sexos de entre 9 y 25 años. Esta investigación ha sido realizada en la Facultad de Psicología, UNAM por la Doctora Gilda Gómez Peresmitre (2007) en donde dicho artículo menciona acerca de las causas psicológicas, conductuales, familiares y sociales acerca de este trastorno alimenticio como es la anorexia y su incidencia en el mundo donde la anorexia causa hasta un 10% de mortalidad en el mundo

Mancilla, J. y Gómez, G. (2006) mencionan que en México las investigaciones cada vez generan mayor número de contribuciones en eventos académicos nacionales e internacionales. En México las investigaciones reportadas que han tenido una mayor repercusión en el país ha sido por la Facultad de Psicología Campus Ciudad Universitaria y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y financiado por el Conacyt.

Una investigación realizada por Gómez (2004, citado en Mancilla y Gómez, 2006) habla acerca de los factores de riesgo en la población mexicana (12070 personas en total en hombres fueron 6141 y mujeres 5929) en donde se encontró que las niñas prepúberes (6 y 9 años) ya habían introyectado la figura ideal delgada o muy delgada y que mostraban insatisfacción con su imagen corporal, algo para mencionar es que entre los hombres hay mucha insatisfacción corporal de diferentes edades aunque su insatisfacción es acerca de

que les gustaría estar más robustos a diferencia de las mujeres que les gustaría estar más delgadas. También encontraron que a mayor edad mayor preocupación por el peso corporal y que las dietas restrictivas aparecen entre las mujeres como control del peso corporal y que son alarmantes y muy similares entre las diferentes edades que se manejaron como saltarse una comida (en especial la cena), disminuyen o eliminan aquellos alimentos que consideren engordadores como arroz, tortillas, pan y frijoles, entre otros.

En la revista de Psicología Iberoamericana, en su volumen 6, número 2 de 1998, señaló que entre los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, el más ampliamente reconocido es el seguimiento de dietas para el control o reducción de peso (Correa, 2003).

El proyecto de Investigación en Nutrición, publicado en la Revista Mexicana de Psicología, volumen 16 de 1999, realizó un estudio para valorar la ocurrencia de anorexia y bulimia nerviosas, del cual se concluyó lo siguiente:

- En la actualidad se observa que los trastornos alimentarios ya no pertenecen a las sociedades con un alto desarrollo económico, sino tal parece que el común denominador es la cultura de la delgadez.
- El gran bombardeo que se lleva a cabo en los medios masivos de comunicación promueve imágenes estereotipadas en donde tener un cuerpo delgado da status, sobre todo a las mujeres, quienes de no cumplir con estas exigencias, son rechazadas.

La División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría y la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM (citado en Correa, 2003), realizaron investigaciones en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria, de las cuales se desprenden los siguientes datos que fueron publicados en la Revista Mexicana de Psicología, volumen 6 de 1999:

- Se sitúa a las bailarinas profesionales como grupo de alto riesgo; la propensión psicológica que tienen algunas personas hacia la anorexia nerviosa, se exagera con las demandas sociales.

- La evidencia general indica que la anorexia nerviosa se trata de un desorden multicausal, cuyos factores potenciales predisponentes incluyen características de personalidad, trastornos perceptivo-conceptuales, tendencia a engordar, patrones familiares patológicos de interacción, determinadas características de personalidad de los padres y actitudes de éstos hacia el peso y figura de los hijos, así como la presión del medio ambiente, señala el informe.

La Revista de Investigación Clínica, en su edición de marzo-abril del 2000 (citado en Correa, 2003), proporciona información muy relevante en el campo de trastornos alimentarios, recabada por investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

- Según los datos recopilados, existe la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en el Distrito Federal y un porcentaje importante de prácticas alimentarias de riesgo, como efecto de una preocupación desmesurada por la figura y el peso.

- Los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosas) son enfermedades que se desarrollan en la adolescencia y entre un 90 a 95 por ciento de los casos son mujeres.

- Entre sus hallazgos, los investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría explican que los trastornos de la imagen corporal y de la conducta alimentaria, se inician en las niñas de alrededor de los 10 años, además de que el 60 por ciento de mujeres adolescentes estudiantes de escuelas privadas llevan a cabo dietas para bajar de peso, y entre el 2.5 y 12 por ciento utilizan el vómito autoinducido, laxantes o diuréticos con este mismo fin.

Tales estudios han proporcionado detalles que se vuelven más significativos con el paso del tiempo, como se percibe con la investigación más reciente de la Dra. Gómez P. (citado en Correa, 2003), la cual alude a la presencia de factores de riesgo en adolescentes, pre-púberes y púberes, destacando que en el caso de las mujeres el deseo por ser delgada se incrementa con la edad.

Sin embargo, el número de personas que puede llegar a padecer uno de estos trastornos es alarmante y por ello es necesario tomar las medidas oportunas que frenen esta epidemia

social, tal y como lo ha denominado la Dra. Gilda Gómez-Peresmitré (Citado en Correa, 2003), al decir “ha habido otras epidemias caracterológicas de otros siglos, pero hemos llegado a un siglo banal, lejos de haber progresado a lo profundo de los valores estables, familiares, estamos en una sociedad deteriorada”.

Rodríguez (1998) hizo un investigación donde comparó los resultados de la prueba de Lüscher (test de colores) en tres grupos donde el 1ro integrado por personas diagnosticadas con anorexia; el 2do grupo con personas diagnosticadas con bulimia y en 3er grupo control con personas sin trastornos alimenticios. En la cual las personas anoréxicas presentan insatisfacción a situaciones presentes en comparación con pacientes bulímicas, y se enfatizó la viabilidad de la prueba de Lüscher para el diagnóstico de la Anorexia; mediante el orden de elección de los colores en dos ensayos para detectar los avances y los estados de ansiedad de las pacientes anoréxicas como parte de un seguimiento.

González y Pérez (2002) realizaron una investigación en la que evaluaron la relación entre aquellos que presentaron síntomas de trastornos alimentarios con el cuestionario EAT-40 y BULIT, con los rasgos de personalidad que fue evaluado con la prueba 16 FP. Su muestra fue en estudiantes universitarios de edad de 17 a 27 años. Se tomó que un grupo control de aquellos estudiantes que no rebasaron el punto de corte del EAT y el BULIT y aquellos que fueron detectaron con sintomatología de trastorno alimentario se derivaron en tres subgrupos: 1) Sintomatología anoréxica, 2) Sintomatología bulímica y 3) Sintomatología anoréxica y bulímica (o mixta). Concluyeron que los jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario- ambos sexos- se caracterizaron por presentar mayor inestabilidad emocional, el temperamento leptoso, propensos a la culpabilidad y muy altos los niveles de ansiedad; también se encontró que a mayor sintomatología de anorexia nerviosa fue mayor la autoestima (mayor autocontrol, firmeza y escrupulosidad) y que a mayor presión social percibida tienden a ser más dependientes y pasivos. En la bulimia nerviosa fue menor la autoestima, su perfil de personalidad en hombre como mujeres con sintomatología de trastorno alimentario se caracterizaron por experimentar mayor inestabilidad emocional, dependencia, pobre autoconcepto de su imagen, indiferencia a las reglas e irritabilidad.

Unikel C. (1998) realizaron una investigación con el propósito de detectar la presencia de conductas patológicas de la alimentación, en poblaciones que se han determinado mayor riesgo, como es el caso de las mujeres jóvenes cuya vocación es ser bailarinas y estudiantes de ballet y por otra parte se pretendió buscar la posible asociación entre las características sociodemográficas, cognoscitivas y actitudinales, de antecedentes traumáticos físicos y emocionales relacionados con el aumento o disminución del peso corporal; también los antecedentes familiares de problemas alimentarios y alcoholismo, el consumo de tabaco, y drogas con el desarrollo de los desórdenes alimentarios. La muestra fue conformada por 252 personas de las cuales 48 son estudiantes de ballet, 67 estudiantes de escuela pública, 40 de escuela privada, 43 bailarinas profesionales, 45 bailarinas no profesionales y 9 mujeres diagnosticadas con desordenes alimenticios. La edad variaba entre 12 y 15 años en adolescentes y 20 y 40 años entre los adultos. Se utilizó el MMPI-2 y MMPI-A para dicha investigación; entre los cuales se encontró que dentro de los grupos de adultos muestran diferencia entre pacientes, bailarinas y profesionales encontrando con ello que las pacientes muestran mayor patología que las demás y que le siguen las bailarinas y profesionistas. Encontraron también que estas patologías que inician con la adolescencia siguen incrementándose con la edad. También observaron que los factores del consumo de alcohol, eventos traumáticos físicos y emocionales relacionados con el peso, problemas alimentarios en la madre o la tía, alcoholismo del padre, síntomas de ansiedad, inseguridad, desconfianza y pesimismo, pérdida de control emocional y sensaciones de incompreensión por parte de los otros; entre otros, influyen notoriamente en el desarrollo de un desorden alimentario.

Observaron que los perfiles de personalidad de los sujetos son similares donde se encontró una elevación en la escala de hipocondriasis. Estos fueron los resultados más relevantes dentro de esta investigación.

Estas investigaciones han tomado en cuenta características de la sintomatología anoréxica que sería insatisfacción corporal, algunos rasgos de personalidad y han correlacionado los diferentes tipos de anorexia con estas características basándose la mayoría de ellos en cuestiones teóricas cuantitativas y han dejado de lado la relación que tienen las anoréxicas

con su propio existir, vivir, él para que se hicieron anoréxicas y el papel que juega en su vida. Si bien con estas investigaciones se ha ayudado a definir que es la anorexia y en qué consiste; sin embargo se ha perdido o se ha dejado de lado el sujeto que la padece porque por ver las partes que conforma este trastorno se pierde el conjunto de todas estas características y despersonalizamos al sujeto que lo padece para ver solo el trastorno y no preguntarnos qué paso en su vida para que esta persona tomara este camino y no otro y por que fue su única salida y no otra.

Al encontrar respuesta con la propia persona del ¿para qué de la enfermedad? se podría entender mejor por que ha surgido este trastorno y como este ha ido creciendo.

1. CAPITULO UNO ¿QUE SON LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS?

Antes de entrar directamente a lo que son los trastornos alimenticios es pertinente definir que es la alimentación; para Higashida (1991) la alimentación es una acción voluntaria mediante la cual el sujeto ingiere alimentos, la cual está sujeta a una amplia variabilidad en función a la cultura, la situación económica la disponibilidad de los alimentos, las preferencias, los contextos sociales, e incluso los estados de ánimo, a diferencia de la nutrición que es el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo con dichos alimentos

Así el acto de la alimentación tiene que ver con diferentes factores desde los geográficos sociales, culturales y los familiares, donde se establecen los horarios de comida el tipo de comida y los rituales familiares e individuales que rodean al acto de comer (Alvarez, 1998)

Desde este punto de vista se puede dar cuenta de que el estudio de la conducta alimentaria es más que la base biológica para ser estudiada desde una base multifactorial para concebir al individuo en su unidad funcional (Barber et al., 1995) ver al individuo en su posición personal y su interrelación con el entorno.

Mahoney (1981) Saldaña y Rosell (1988) Szamos (1994) mencionan que los alimentos sirven para somatizar los miedos, sueños frustraciones y convicciones, como señal de que algo anda mal y come para expresarlo. De tal forma que el preocuparse por la talla es una distracción conveniente y socialmente aceptada que aleja al sujeto de aquellas razones más complejas y profundas que jamás se resolverán con fuerza de voluntad, conteo calórico y ejercicio.

Es importante considerar el contenido cultural referente al comportamiento alimentario dado que expresa significados manifiestos y ocultos a través de los cuales se conocen acontecimientos y concepciones familiares y personales acerca de lo que es comer sanamente y de lo que es incluso la salud, por ello se asocia al comportamiento alimentario con circunstancias que resultan emocionalmente importantes, ya que puede contener múltiples signos y significados que van más allá de la nutrición, entrando en estos casos los trastornos alimentarios.

Becker, Grinsopoon y otros (1997) nos dicen que los trastornos alimenticios "son enfermedades de la conducta que pueden ser devastadoras. Se producen por la interacción de diversos factores como los trastornos emocionales y de la personalidad, las presiones familiares, una posible sensibilidad genética y biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una obsesión con la delgadez. Se caracterizan por disturbios severos del comer (como restricción o atiborramiento de comida -atracones-) y excesiva preocupación por el peso o la forma corporal". Entre ellos, los más conocidos son la anorexia y bulimia nerviosas.¹

Son trastornos graves que afectan a las mujeres mucho más que a los hombres, preferentemente se presentan en mujeres jóvenes y muy jóvenes, son muchísimos más frecuentes en sociedades desarrolladas donde hay sobreabundancia de comida, en las que la cultura que predomina enfatiza la delgadez, y aun parece que en la medida que aumenta el nivel de vida, crece de manera geométrica el número de las personas que presentan dichos trastornos. Suelen asociarse con psicopatología grave e interfieren en el funcionamiento normal de la vida social, de trabajo y de estudio (Rosen, 1990)²

Elkin (2000) menciona que los trastornos alimenticios forman un continuo de perturbaciones graves de alimentación y de peso y de psicopatología subyacente. En este tipo de trastornos, la molestia que causan la percepción de la forma y el peso del cuerpo constituye un rasgo fundamental.

Los trastornos del comer son enfermedades conductuales producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesión con la delgadez.

Los trastornos del comer generalmente se categorizan como bulimia nerviosa y anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa, que es común, describe un ciclo de atascamiento y de

¹ <http://aupec.univalle.edu.co/piab/intro.html>

² Documento disponible en: http://jtolome_1.iies.es/anorexia.html

purgación. Anorexia nerviosa es un estado de inanición (hambre) y emaciación, que puede ser realizado con seguir una dieta severa o con purgar. Bulimia y anorexia comparten características comunes: la depresión, ocultarse y una obsesión con la pérdida de peso, pero difieren en gravedad, rasgos de personalidad y en otros factores. Estos no son trastornos nuevos. Las descripciones de autoinanición se han encontrado en redacciones medievales y anorexia nerviosa fue definida por primera vez como un problema médico en 1873.³

El Manual de Desordenes Mentales IV-R (DSM IV–R, 2000) define al trastorno alimentario como una alteración grave de la conducta alimentaría e incluye 2 trastornos específicos que son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa y también incluye la categoría de trastorno no específico y son aquellos que no cumplen todos los criterios para un trastorno específico.

Para la presente investigación se enfoca a los trastornos específicos de la alimentación pero solamente una de ellas que sería la anorexia nerviosa.

1.1 ¿Qué es la anorexia?

El DSM IV-R (2000) define la anorexia nerviosa como el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso y alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres que son afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren amenorrea [El término *anorexia* es equívoco, porque Anorexia – del griego an, privativo, y oresis, deseo- significa falta anormal de ganas de comer. Anorexia nerviosa o mental alude a la falta de apetito de origen mental o nervioso (Martínez-Fornés, 1994)]

La palabra anorexia se usó siempre en los libros de medicina significaba “falta de apetito” según el vocablo griego anorektous (Toro, 1996) y su equivalente latino es inapetentia no aparece en la obra hipocrática. En su acepción orexis insuficiente y de la lógica emaciación general, fue utilizado por primera vez en un tratado pseudoplatónico del siglo I. Galeno, en comentario sobre Hipócrates dirá: “Los que rehúsan el alimento o no lo absorben son llamados griegos anorektus o astorus, que significa que carecen de apetito o evitan el alimento. Aquellos que después de haberlo ingerido muestran disgusto o aversión se denominan apositous. Tanto Galeno como Hipócrates, emplean el término asitia o inedia para definir la abstinencia alimentaría. En Hipócrates no aparece la palabra anorexia, en su

³ http://www.resumiendo.com.ar/tp_psico.htm

lugar refiere la abstinencia de alimentos” (Vandereycken citado en Caparrós y Sanfeliu, 1997).

Hersovici y Bay (1990) define a la anorexia nerviosa como un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, prepúberes y a las mujeres mayores en menor medida y a hombres, caracterizado por una pérdida de peso auto inducida por medio de restricción alimentaria o uso de laxantes o diuréticos, provocación de vómito o exceso de ejercitación física; miedo a la gordura, amenorrea y falta de apetito sexual.

Elkin (2000) menciona que el término anorexia significa “pérdida de apetito”, los anorécticos pierden totalmente el apetito hasta que el trastorno se encuentra bien arraigado. En contraste, a menudo tienen que ejercer una disciplina corporal muy extrema para vencer el hambre. Hay dos tipos de anorexia y son de tipo restrictivo y de ingesta excesiva/purga.

El primero se refiere al control total de la ingesta de alimentos hasta llegar a la inanición.

El segundo es cuando come regularmente de manera excesiva y recurrir al comportamiento de purga o bien vomitar tras la ingestión de pequeñas cantidades de alimentos.

Goldman (2001) menciona que la “anorexia verdadera” no suele aparecer hasta la parte final de la evolución. Aunque de modo típico se inicia en la adolescencia, la edad promedio de inicio se halla entre los 10 y 30 años.

Los individuos que tienen anorexia nerviosa pueden llegar a extremos increíbles con objeto de perder peso. Empiezan por reducir drásticamente su ingestión calórica, evitando por completo los alimentos ricos en carbohidratos y que mantienen grasas. Hacen ejercicio de manera incesante, como andar, correr, nadar, practicar ciclismo, bailar y efectuar calistenia.

La anorexia nerviosa o mental es una enfermedad psicosomática caracterizada por la pérdida notable de peso que puede llegar a la caquexia y un trastorno perceptivo de la propia imagen corporal que le hace verse horrible con exceso de grasa en abdomen, caderas y muslos (Martínez-Fornés, 1994).

Para Saldaña (1994) la anorexia nerviosa es un trastorno complejo; en su génesis y mantenimiento en los cuales juegan un papel importante los diversos factores, tales como los genéticos, psicológicos, cognitivos, socioculturales, etc., siendo los síntomas más evidentes la pérdida de peso debido a un ayuno drástico, y en mujeres, la amenorrea. El intenso miedo a aumentar de peso, la alteración de la imagen corporal, la práctica de dietas altamente restrictivas y el rechazo al reconocimiento de la existencia de una enfermedad son otros componentes más comunes en las pacientes anorécticas.

Para la Clasificación de Trastornos Mentales (CIE-10,) criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- a) Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.
- b) Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nerviosa.

A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nerviosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales. Aún hay dudas sobre si el trastorno endocrino característico se debe únicamente a la desnutrición y al efecto directo del comportamiento que la ha provocado (por ejemplo, restricciones en la dieta, ejercicio físico excesivo con alteraciones del equilibrio metabólico, provocación de vómitos y utilización de laxantes, con los consiguientes desequilibrios electrolíticos) o si intervienen otros factores aún desconocidos.

1.2 Sintomatología de la anorexia según el Manual de Desordenes Mentales (DSM IV-R)

En el DSM IV-R (2000) menciona que la persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (Criterio A). Si la

anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (p. ej., mientras que el sujeto crece en altura). El Criterio A proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85 % del peso considerado normal para su edad y su talla. Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los Criterios de Investigación de la CIE-10), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 Kg./ m². (El IMC se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos por la altura) Estos valores límite son sólo una ayuda para el clínico, ya que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de una edad y talla determinadas. Para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso.

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos.

Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (ej. vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B). Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción del peso y de las siluetas corporales (Criterio C). Algunas personas se encuentran «obesas», mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas «obesas». El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno

depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

En niñas que ya hayan tenido la primera regla, la amenorrea (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas folículo estimulantes [FSH] y luteinizante [LH]) es indicadora de una disfunción fisiológica (Criterio D). La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede; esto quiere decir que no la ha tenido (amenorrea primaria).

En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía. Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observan que no gana peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso *per se*. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

Para el CIE-10 Deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- a) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetele de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de factores anorexígenos o diuréticos

- c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

1.3 Subtipos de anorexia según el Manual de Desordenes Mentales (DSM IV-R)

El DSM IV-R (2000) menciona estos tipos como una forma para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

- **Tipo restrictivo.** Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.
- **Tipo compulsivo / purgativo.** Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el

vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

1.4 Subtipo de anorexia en la Clasificación de Trastornos Mentales (CIE-10)

Anorexia nerviosa atípica

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa (F50.0), como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de enfermos es más frecuente en psiquiatría de interconsulta y enlace y en atención primaria. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa, pero en grado leve. Este término no debe utilizarse para trastornos de la conducta alimentaria que se parecen a la anorexia nerviosa pero que son debidos a una etiología somática conocida.

1.5 Otros tipos de anorexia

1.5.1 Anorexia subclínica

Backroyd (1998) se refiere a aquellos individuos cuyos síntomas no son tan graves como algunos de los descritos con anterioridad, puede ser la joven que ha perdido más de 6 kilos en los últimos seis meses, que busca excusas para no comer con su familia, que anuncia que se ha vuelto vegetariana y rechaza comer “grasa” de cualquier tipo. Igualmente la chica que desde hace un año pierde peso gradualmente, no quiere salir porque dice sentirse muy gorda y fea, y tiene reglas periódicas pero escasas, así como también la adolescente de quince años que mide 1.70m y usa la talla 5, todavía no menstrúa, quita la grasa de la carne, no pone mantequilla al pan, dice ser “muy gorda” y se pesa varias veces al día.

1.5.2 Anorexia depresiva

Existe la posibilidad de que la anorexia acompañada de trastorno afectivo, y más concretamente de trastorno depresivo mayor, pudiera constituir un subtipo clínico diferenciable de la anorexia sin depresión. Algunos expertos aseguran que la depresión no

desempeña una función causal, particularmente en la anorexia, porque estos trastornos rara vez se curan cuando el medicamento antidepresivo se da como el único tratamiento la gravedad del desorden alimentario no se correlaciona con la gravedad de ninguna depresión existente (Anónimo, 1999)

1.5.3 Anorexia por actividad

Según Epling y cols. (1983, citado en García, 2002) hay un subtipo anoréxico que ellos proponen denominar anorexia basada en la actividad, la cual se fundamentaría en la interacción entre los efectos de la privación y el patrón alimenticio sobre la actividad y los de la actividad sobre el consumo alimenticio. Se parte de la base que una actividad locomotora extenuante tiende a suprimir el apetito. Esta disminución del valor reforzante del alimento afectaría al patrón y/o a la privación alimenticia, lo que ulteriormente aumentaría la actividad.

1.5.4 Anorexia masculina

Algunos autores creen que la anorexia masculina y femenina se diferencian en la hiperactividad, ya que las jóvenes se entregan a ejercicios y actividades más allá de lo normal; mientras que en los adolescentes predomina la apatía y la pasividad (Rubio, 2004).

Wall (Rubio, 2004) cree que los pacientes con anorexia del sexo masculino tienen personalidades muy semejantes a la de los alcohólicos y drogadictos jóvenes. Para él, el alcoholismo y el rechazo a comer son formas de evadirse de la responsabilidad. Cobb cree que la anorexia en el varón evoluciona hacia la esquizofrenia. Para otros autores en realidad se trata de una esquizofrenia.

Algunos autores ven ciertos rasgos de homosexualidad en los varones con anorexia, otros no. La pérdida del interés sexual parece que es más rápida que en las mujeres aunque la libido vuelve cuando ganan peso. Los noviazgos y masturbaciones al principio son rechazados (Chinchilla, 1994).

Tápiale y cols (1998 citado en Pruneda, 1998) sugieren que “el padre rechaza al hijo varón a causa de su debilidad, mientras que la madre favorece sus rasgos femeninos”; señalan que la proximidad de la adolescencia horroriza al muchacho, porque ni el padre ni la madre son capaces de ayudarlo a hacerse un hombre adulto; al llegar a la juventud, han recurrido a su madre, con el deseo de seguir siendo niños; estos autores creen que la anorexia es una forma más o menos femenina de reaccionar y que se da en muchachos que tienen una predisposición particular (Rubio, 2004).

1.5.5 Vigorexia

Siempre ha habido un culto al cuerpo masculino fuerte, no se trata sólo de una moda, pero para muchos hombres se vuelve obsesivo, se angustian pensando que su cuerpo no es suficientemente fuerte y musculoso, dan atención excesiva a su dieta e invierten horas en el

levantamiento de pesas, llegando a obstaculizar su vida social, y evitando situaciones en que tenga que exhibir su cuerpo. A esto se le llama vigorexia. La vigorexia es una obsesión en torno al culto del músculo, consiste en una actividad física exagerada. Se dice que los varones tienen unos modelos más musculosos, no tan delgados, como los de las mujeres. Este es un trastorno mental denominado así por el psiquiatra estadounidense Harrison G. Pope (citado en García, 2002).

Quien padece vigorexia sufre trastornos en la conducta alimentaria, ingiriendo hormonas, esteroides anabólicos y suplementos alimenticios, siguen dietas bajas en grasas y ricas en carbohidratos y proteínas para aumentar la masa muscular, y realiza horas y horas de ejercicio especialmente en gimnasios convirtiéndose en una obsesión. Se pesan varias veces al día, y hacen comparaciones con otros compañeros de gimnasio. La enfermedad va derivando en un cuadro obsesivo-compulsivo que hace que se sientan fracasados, abandonen sus actividades y se encierren en gimnasios día y noche (González en García, 2002).

1.6 Factores Predisponentes en la Anorexia

Hay diferentes factores que inciden para que finalmente una persona tenga anorexia, pero ninguno de estos factores es suficiente en sí mismo para que desarrolle este trastorno más que pensarlo como factores predisponentes es mejor verlo como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo.

1.6.1 Factor Neurológico

Garfinkel (citado en Martínez- Fornés, 1994) lo atribuye a una disfunción hipotalámica secundaria a un acontecimiento estresante aparecido durante la pubertad o adolescencia. Disfunción agravada con la pérdida desmesurada de peso. El trastorno hipotalámico explicaría el cuadro clínico y analítico de la anorexia mental:

- anorexia y bulimia
- potomanía
- insomnio
- alteraciones de la termorregulación;
- amenorrea que, en ocasiones, precede a la pérdida excesiva de peso. Otras veces, persiste durante varios meses a pesar de haber alcanzado el peso ideal;
- disminución de la secreción de gonadotrofinas, TSH, hormonas tiroideas T3 y T4, y ACTH y cortisona. Rara vez cursa con aumento de la secreción de cortisona, que

podría explicar el aumento de vello que presentan no pocas anoréxicas y que suele desaparecer al recuperar peso.

1.6.2 Características de personalidad

Entre los rasgos de personalidad de la anorexia se ha observado una gran necesidad de aprobación externa, tendencia a la conformidad, falta de respuesta a las necesidades internas, perfeccionismo y escrupulosidad. Es típico que los padres describan a sus hijas modelo, que siempre fueron muy colaboradoras, dóciles, sensiblemente cuidadoras de padres y hermanos, y que jamás se rebelaron hasta que tuviera este trastorno (Hersovici y Bay, 1990)

Meierhofer (1963, citado en Shütze, 1983) señala que hay manifestaciones psicológicas antes del comienzo de la enfermedad. Este autor señala que en la edad preescolar los anoréxicos han pasado por una fase de terquedad muy pronunciada con una tendencia a las reacciones agresivas mayor de lo normal. En la edad escolar estos niños se relacionan poco con los de su misma edad, atendieron a sus hermanos menores con solicitud y de forma sumamente cuidadosa. La relación de estos niños modelo con su madre se caracterizaba por una gran dependencia, de forma que apenas pudieron soportar los breves períodos de separación. En sus tareas escolares obtuvieron muy buenos resultados gracias a su constante aplicación (Meierhofer, citado en Shütze, 1983), además de que tenían una actitud ahorrativa y exageradamente ambiciosa (Clauser, Müller citados en Shütze, 1983). Se trata de niños más miedosos de lo normal. La falta de espontaneidad, asociada a la escasa intuición de estas niñas, corresponde a una actitud básica, pasiva y sumisa. Entonces se puede decir que este niño ejemplar, bueno y sumiso, ha adoptado la conducta de sus padres en la fase de desarrollo prepuberal, con lo cual logra con una moralidad estricta y una perfecta normalidad.

Según Donoso (1990 citado en Barber et al, 1995), las personas anoréxicas presentan una inteligencia término medio y superior al término medio, autoexigencia y perfeccionismo obsesivo, al igual que una tendencia a evitar al conflicto. Se alejan de lo sensual y de las necesidades más primarias, frugalidad, desarrollo psicosocial y sexual retrasados; suelen ser sumisas, pasivas y completamente obedientes ante las figuras de autoridad, retraimiento,

introversión, timidez, ansiedad, cautela en las relaciones interpersonales y dependencia intensa a la familia. El conjunto de estas características responde plenamente al modo de interacción familiar y a las actitudes y valores de los padres de estos pacientes (Barber et al, 1995).

Al momento de que emerge el síndrome, el comportamiento en general resulta verdaderamente alterado, lo que se convierte en una conducta a la que según Bruch (citada en Barber et al, 1990) menciona que bordea lo psicótico. En este momento es cuando los pacientes se caracterizan por ser sensitivos, dependientes, introvertidos, ansiosos, obstinados, manipuladores y perfeccionistas. A la vez poseen una conducta obsesivo-compulsiva; con mucha frecuencia, otro síntoma que se encuentra presente es la depresión (periodos de llanto, disturbios en el sueño), el cual si es que existe indica un pronóstico menos favorable, en estas depresiones el mecanismo principal involucrado parece que es el enojo contra uno de los padres, y más comúnmente hacia la madre; hay un marcado desinterés sexual y aislamiento. Así también, en los estados de desnutrición es común: la irritabilidad, labilidad emocional, depresión, aislamiento y desinterés sexual (Barber et al, 1995).

Estos pacientes presentan un problema grave que es una regresión en la cual la persona no quiere crecer, la paciente tiene miedo a ser adulta y actúa como niña, existe gran temor a separarse de los padres y el ayuno representa la forma de detener el desarrollo físico y además manipular la atención de los padres.

En 1992, Holtz propone probables psicopatologías subyacentes a la anorexia nerviosa como son: Trastornos de la personalidad, sobre todo de tipo histriónico, limítrofe y narcisista, alta incidencia de ansiedad y trastornos del estado de ánimo, sobretodo bipolar, ciclotimia y depresivo, personalidad múltiple, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de despersonalización (Holtz citada en Barber et al, 1995).

La misma autora propone una lista de características de los pacientes con desórdenes de la alimentación: obsesividad, ansiedad, estrés, hostilidad, baja autoestima, somatización, impulsividad, mala adaptación social, aislamiento, confusión en cuanto a identidad sexual,

anestesia física, hipersensibilidad interpersonal, locus de control externo, abuso de sustancias, poca tolerancia a la frustración, distorsión perceptual y cognitiva, poca concentración, irritabilidad, sentimientos de inadecuación y enajenación, labilidad afectiva, poca capacidad para tomar decisiones, inseguridad, inconsistencia, oposicionalismo, pensamiento mágico y supersticioso, sobregeneralización y abstracción selectiva, necesidades extremas de ser aceptados, odio a sí mismos, expectativas demasiado altas, perfeccionismo, menos orientación hacia actividades recreativas, capacidad limitada para modular sentimientos, narcisismo, demuestran menos cohesión y expresividad, preocupación por la comida, las dietas y el comer, sentimiento general de fracaso.

Otras características de la anoréxica son: un sentimiento de desamparo, impotencia, incapacidad, miedo a perder el control, una autoestima que depende mayormente de la opinión de los demás, un pensamiento del estilo de todo-nada (dicotómico). Una historia de abuso temprano también puede ser un factor de riesgo, por su efecto de producir un sentimiento de desamparo e insatisfacción con el propio cuerpo (Holtz citada en Barber et al, 1995).

En otro orden de ideas, uno de los rasgos básicos de la anorexia, como se ha explicado, es la falta de un sólido sentido de sí misma o sea que tiene una idea muy vaga de su propio ser (Bruch citada en Duker y Slade, 1995), quienes la rodean sienten que es una persona de voluntad férrea y dominante. Es obvio que esto es cierto en lo que se refiere al control alimentario y regímenes de ejercicio físico. La paciente es tajante y exigente en cuanto a lo que tolera y con las rutinas y normas domésticas; de otro modo, no podrá poner control. A medida que aumenta su tensión y la preocupación por su negativa a comer, sus allegados pocas veces ven algo más que intransigencia, ya que su actitud no es más que la de una personalidad “fuerte”.

Martínez-Fornés (1994) da una idea general acerca de este perfil psicológico de la anoréxica; las características que menciona son:

- Un elevado índice de anoréxicas que padecieron enuresis nocturna hasta los diez-doceatorce años y todavía seguían mojando las sabanas al comienzo de la enfermedad.

-Son muchachas inteligentes e inquietas, con nivel de inteligencia superior a las muchachas sanas. Tienen dotes creativas: muy originales, con exuberante fantasía, a veces con rasgos esquizoides, que les lleva a sobresalir en poesía, pintura, diseño y en todo lo que se proponen. Son trabajadoras con actividad física y mental incesante, y responsables hasta llegar a rasgos obsesivos en las tareas escolares. Obtienen excelentes notas. Miedo a no ser bien aceptadas por sus compañeras.

- Son mujeres perfeccionistas: “niña modelo” la definen sus madres antes de desarrollar la enfermedad, por su excelente adaptación a la vida social. Son soñadoras. Practican un idealismo místico por la delgadez, la limpieza y la pureza, mientras “la obesidad es horriblemente vulgar”. Desprecio y asco por los comilones aunque sea su padre o su madre. El sexo aparece como algo “sucio, vulgar, brutal”.

- Son solitarias, prefieren quedarse en casa los fines de semana. Su vida interior tan rica y variada, cultivada con lecturas, música y escribiendo, les gratifica más que salir con otras chicas, que les quedaban pequeños.

- Se trata de muchachas excesivamente preocupadas por la alimentación y el peso, y son un tanto radicales: “todo o nada”, cuando deciden restringir sus alimentos. Inseguras y suspicaces. Se sentirán fácilmente aludidas en cualquier conversación, siempre negativamente.

- Tienen de sí baja autoestima intelectual y física. Muy disciplinadas, su férrea disciplina en los estudios la aplican con rigor para disminuir de peso; a la vez que son poco espontáneas y frías afectivamente.

- Un tanto caprichosas de siempre y con algún rasgo histeroide. Ambiciosas de saber y poder.

- En la familia, se trata de hijas íntimamente unidas a sus padres y- por tanto- poco preparadas para la individuación de la adolescencia. Problemas de autonomía e independencia ante una madre muy activa y sobreprotectora. Su ambiente familiar suele ser poco conflictivo a expensas de reducir la espontaneidad afectiva y seguir siendo niñas sin apenas desarrollo evolutivo.

- Sus relaciones interpersonales son escasas y superficiales, especialmente con los varones.

- Todas ellas participan en el complejo de Peter Pan: se sentían mucho más niñas de su edad cronológica, sentimiento reforzado por el acusado retraso en el peso y en la talla. Les

horrorizaba o no deseaban hacerse mujercitas. No es que aparecieran reprimidas, sencillamente no brotaba en ellas ningún sentimiento amoroso.

- Suelen ser muchachas llenitas o francamente obesas que deciden resueltamente adelgazar, obsesionadas con el perímetro de su abdomen, nalgas y muslos.

- Muy ostensible en ellas es la disforia de la adolescencia. Se llevan mal consigo mismas y con los demás. Hay días que se les cruzan los cables y se comportan odiosamente con todos, incluso en la consulta.

- Sorprende el escaso porcentaje de anoréxicas con algún animal doméstico: perro, gato, canario, pez. Y si lo tienen, el poco cariño que le prestan.

- Llama la atención también la escasa frecuencia con que padecen anginas, gripes, catarros, a pesar de su desnutrición.

- El perfil psicológico de las anoréxicas empeora gravemente con la desnutrición. Se convierten en desconfiadas, hostiles, obsesivas, desafiantes, frías hasta la crueldad, especialmente con su madre.

- Rechazan cualquier ayuda que se les ofrezca. Su caquexia las enorgullece como su mayor éxito profesional.

1.6.3 Otros Factores

La obesidad o sobrepeso es un factor facilitador de la anorexia nerviosa. Las primeras decisiones sobre el adelgazamiento quedan facilitadas, claro es, cuando el exceso de peso es objetivo. Sin embargo, la obesidad parece contar más como factor predisponente en el caso de las anoréxicas bulímicas (Garner y Garfinkel citados en Toro y Villardel, 1987). En cualquier caso, junto al sobrepeso hay que situar lo que se llamaría “sensibilidad excesiva para el peso”, es decir, las predisposiciones cognitivas para la fácil sobrevaloración del propio peso o de las propias dimensiones corporales. También la obesidad materna es de tomarse en cuenta, concretamente en el grupo de anoréxicas bulímicas. Lo lógico es que la madre obesa actúa transmitiendo genética o consuetudinariamente el sobrepeso a su hija o que funcione para ésta como un contramodelo estético corporal (Toro y Villardel, 1987).

Parece haber cierta concordancia en que la obesidad entendida como un exceso de peso de más del 15% era más frecuente entre las bulímicas premórbidas. Por cierto, una persona

que ha sido previamente obesa puede estar hipersensibilizada, como se dijo, a las humillaciones de que suele ser víctima. Esto bien puede ser un factor importante en la predisposición a hacer dieta, especialmente si su autoestima depende en gran medida de su aspecto (Hersovici y Bay, 1990).

1.6.4 Factores psicológicos predisponentes

La dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de una forma aparte de la familia o de otros patrones externos. Viven muy pendientes de lo que esperan de ellas, de cumplir con los ideales de sus padres, o de darles satisfacción a los demás. La obligación de ser siempre “adecuada” les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planteamientos propios de una etapa de crecimiento. Planteamientos que seguramente mostrarán diferencias con los padres o provocarán distanciamiento o dejarán temporalmente insatisfechos a otros. Cuando la seguridad está puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se espera de uno, en adecuarse a la imagen que otros puedan tener de uno, es inevitable que se tenga una cierta sensación de ineficacia personal, una gran dificultad para resolver las cosas apelando a recursos personales, porque siempre se está dudando de sí mismo. Otra característica significativa se refiere a los trastornos de la autopercepción del tamaño corporal y de los trastornos afectivos y viscerales (Crispo et al, 1998).

Buckroyd (1998) menciona acerca del carácter obsesivo en la anorexia señalando que la enferma piensa constantemente en comida, el peso, la figura y la talla. Las que están en las etapas más avanzadas del trastorno tienen dificultad para pensar en otra cosa. Es esto lo que las aísla de sus amigos y familia y lo que finalmente les impide estudiar o trabajar.

En la búsqueda de perfección se desplaza también al peso corporal: para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo. Terminan convenciéndose de que si logran transformar su silueta, también logran transformarse a sí mismas. De este modo, lograrán ser seguras y tenerse la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenta en la vida. Contrariamente, este perfeccionismo refuerza la

sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos. El perfeccionismo no le permite ser humana. Nunca se logra lo que se busca porque es en sí mismo inalcanzable (Crispo et al, 1998).

Chinchilla (1994) propone lo que él llama síndrome psicopatológico de la anorexia el cual tiene las siguientes características; rechazo o negación de la enfermedad, alteración del apetito, aislamiento, obstinación, manipulación del ambiente, alteración de la corporalidad, distimia depresiva, rasgos anancásticos (fóbicos y obsesivos) e histéricos, adicciones, inadecuación genérica, factores precipitantes, constelación social y familiar.

1.6.5 Características Familiares

Holtz (1992) la familia del paciente anoréxico posee las siguientes características: rígida, sobreprotectora, constreñida, con límites confusos, intrusivos, falta de relaciones objetales y empatía, falta de privacidad e independencia, poca o nula resolución de conflicto. Desviación y negación del conflicto, bajo una fachada de perfección, autosacrificio y amor, triangulación, el paciente se encuentra envuelto en el conflicto parental, lealtad de grupo, “la familia es antes que nada”, se otorga mucha importancia a guardar el status quo, demandantes y controladores; ni los deseos ni los conflictos se expresan abiertamente, fóbica, alianzas secretas entre los miembros de la familia (Holtz citada en Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen y Ostrosky; 1995).

Stierlin (1990) hace un análisis acerca de las niñas que se convierten en jóvenes anoréxicas, encontró que con frecuencia suelen mostrarse particularmente unidas a sus progenitores.

También menciona que con frecuencia el nacimiento de la niña suele estar rodeado de ansiedad, la madre se mostraba particularmente nerviosa en el curso del embarazo y ese nerviosismo no carecía de razón debido a que se ha encontrado que en muchas de estas familias existen recuerdos de repentinas muertes, pérdidas y catástrofes como resultado del (supuesto) descuido de los padres. Así la hija activa la ansiedad de la madre en el sentido de que ocurrirá algo terrible si como madre no se ocupa lo suficiente de la hija. La madre ve en esta hija un desafío para su capacidad materna, alguien a quien debe dar, amar y proteger todo lo posible. Así, constantemente muestra particular preocupación por esa hija, y parece amarla más que a las demás. Pero una observación más detenida permite descubrir que esta

apariencia engañosa. No es de extrañar que con frecuencia la madre tenga sentimientos insólitamente ambivalentes hacia esa determinada hija (Stierlin, H. y Weber, 1990).

Stierlin (1990) dice en una serie de casos, los progenitores querían tener un hijo varón y aunque ello nunca se mencionó o se discutió dentro de la familia, se sintieron amargamente defraudados con el nacimiento de una niña.

El tipo de vínculos que se han descubierto en las familias de anoréxicas casi invariablemente se compone de una tremenda ambivalencia y deseos de rechazar, liberarse y escapar junto con sus sentimientos de ansiedad y culpa. En tanto que la madre trata de dominar sus sentimientos de ambivalencia y deseos de rechazo mostrándose particularmente generosa, amante y protectora, la hija procurará enfrentar su ambivalencia, inquietudes y dudas anteriores ajustándose a las expectativas (abiertas) de la madre y convirtiéndose en un puñado de virtudes (filiales); en apariencia a menudo lo logra. Una y otra vez se dice que las pacientes anoréxicas eran particularmente buenas, que destacaban en la escuela y los deportes; a diferencia de sus hermanos y hermanas más “problemáticos”, aquellas nunca daban motivo de queja (Stierlin, 1990).

Otra de las características que por lo general provienen de hogares respetables, de clase media relativamente acomodada, están situadas en los estratos socio-económicos-culturales medios y altos. Sus padres son personas responsables y cuidadosas, pero también con una cierta tendencia a que sean de edad elevada (Toro y Villardel, 1987).

Los padres de estas pacientes suelen ser sobreprotectores, preocupados por el éxito y la apariencia externa (Bruch citada en Hersovici y Bay, 1990). Existen alianzas encubiertas, alternancia de la culpabilización, falla de resolución de conflictos y distorsiones en la comunicación (Selvini Palazzoli citada en Hersovici y Bay, 1990). Estas familias tienen tendencia a apoyar la expresión somática de los conflictos (Minuchin y cols. Citados en Hersovici y Bay, 1990).

Buckroyd (1998) habla de ciertas características de las familias anoréxicas basándose en los planteamientos de los teóricos sistémicos- Minuchin y Selvini Palazzoli-. Estos tipos de familias se caracterizan por:

La familia contenida

Es aquella que no se permite la libre expresión de sentimientos. Generalmente este tipo de familia tiene sus orígenes en la experiencia de los padres dentro de sus propias familias. De niños, los padres de la enferma aprendieron de sus padres que sentimientos debían temer o inspirarles vergüenza. Casi con seguridad reproducen los papeles que desempeñaban sus padres y pasan el sistema a sus propios hijos. Se les ha enseñado a temer y avergonzarse de algunos sentimientos, y transmiten las mismas lecciones a sus hijos. Con variantes, estos sistemas son bastantes comunes; aunque existen serias limitaciones en lo que los padres pueden expresar, son los hijos quienes más sufren. Su gama de oportunidades para expresar los sentimientos es muy limitada, pero tampoco saben si pueden expresarlos sin riesgo (Buckroyd, 1998).

La familia “buena”

Este tipo de familia impide o inhiben la libre expresión de una gran variedad de sentimientos. Les resulta casi imposible permitir la expresión de cualquier sentimiento perturbador. A ningún integrante de la familia se le permite expresar lo que siente en su interior; es como si prohibiese cualquier sentimiento que cause el más mínimo problema o perturbación. Lo que se premia es la docilidad ante un sistema familiar que exige cumplir con todos los deberes u obligaciones, sin protestar ni discutir (Buckroyd, 1998). Esta familia es a la que se llama evitadora de conflictos.

La familia “la que mucho abarca poco aprieta”

A algunas familias les resulta casi imposible prestar mucha atención a las necesidades de sus hijos porque los padres ya están agobiados con lo que les toca afrontar. Sencillamente no tienen recursos para hacerse cargo de nada más, así que los hijos se quedan solos con la responsabilidad de manejar sus propios sentimientos (Buckroyd, 1998).

Buckroyd (1998) menciona que cuando una joven se encuentra en un sistema donde por uno u otro motivo no se satisfacen sus necesidades emocionales, no puede procesar los sentimientos normales que los sucesos cotidianos le despiertan. Desde la más temprana edad, los niños de esas familias se habitúan a controlar los sentimientos que expresan dentro de la familia; y como los expresan. Este sistema se sostiene por el deseo fundamental del niño por conseguir la aprobación de los padres.

La persona no habrá aprendido a identificar los sentimientos ni a hablar de ellos; de hecho, habrá llegado a creer que no los tiene. La consecuencia es que le puede resultar muy difícil aceptar que tiene algún tipo de sentimientos (sobre todo los difíciles o negativos). Es bastante típico de la anoréxica, que con frecuencia no sabe lo que siente, o incluso si siente algo. Es esta confusión lo que le permite negar sus sentimientos de hambre. Una joven anoréxica no sabe que tiene hambre, pero tampoco sabe si esta enojada, triste o decepcionada (Buckroyd, 1998).

Buckroyd (1998) menciona también que todavía tienen otro conflicto y esto es que piensan que son malas porque tienen necesidades y sentimientos. Se le ha enseñado que no debe de tener necesidades y sentimientos que no pueda responder la familia. Desgraciadamente para ellas, eso no los desaparece, sólo los reprime, y es probable que aparezcan de vez en cuando. Una joven no sabe que eso es normal y esperable, acepta la postura de los padres según la cual no debe de tener esos sentimientos, y por consiguiente cree que es mala por tenerlos. La baja autoestima es parte de la personalidad de la anoréxica, tiene ese origen. Sus padres querían que fuera algo que no podría ser: una persona con menos necesidades emocionales. Ha procurado ser esa persona y ha fracasado.

Stierlin y Weber (1990) dan una descripción de lo que se podrían considerar como los perfiles de los padres de una paciente anoréxica. Con frecuencia han sido en sus familias de origen, los hijos más deseosos de satisfacer las expectativas de sus padres y por lo tanto, lo más influidos por las actitudes y juicios de valores de éstos.

Suelen ser los hijos que más se avienen a cuidar de sus padres, cuando éstos se vuelven ancianos y frágiles: suelen llevárselos a vivir a sus propias casas, con lo que demuestran que son quienes más completamente han interiorizado el credo familiar de autosacrificio, autocontrol, cohesión familiar y trato justo para todos los miembros. Esto puede observarse especialmente en las familias de las madres.

Los padres de las hijas anoréxicas se caracterizan entre otros aspectos por los lazos que los unen con sus familias de origen, y por un poderoso vínculo de lealtad, que hace que los hijos se vuelvan sensibles a las esperanzas, deseos y expectativas que les transmiten, abierta o encubiertamente sus padres. Estas expectativas pueden exceder la capacidad de la hija, tal vez imponerle un desarrollo de tipo marcadamente unilateral y tarde o temprano envolvería en una serie de conflictos y problemas. Tal ligamiento se materializa infaliblemente involucrado en una relación y reanudan en ciertas pautas de conductas específicas. Estas pautas, a la vez, afectan los sentimientos, supuestos y valores de los cuales surgieron (Stierlin y Weber, 1990).

Beavers (1983, citado en Rubio, 2004) adopta el término “centrípeto” a partir de Stierlin, quien luego llamó familias centrípetas a todas aquellas “estrechamente unidas”. Este modelo presenta los siguientes rasgos:

- Poseen rígidas fronteras externas.
- Se restringen los intentos hacia la autonomía y la separación y, se atribuye un máximo de importancia a la cohesión.
- Los miembros proyectan sobre la familia sus deseos de satisfacción de necesidades emocionalmente significativas; el mundo exterior se considera como una amenaza.
- Se evitan conflictos.
- La coalición materno-paterna es sumamente eficaz, y las relaciones con los progenitores se dan dentro de un modelo de dominación-sumisión.
- Se asigna gran valor a las palabras.
- Las familias recurren a terapia pero suelen delegar sus problemas en los terapeutas.

1.6.6 Factores socioculturales

En opinión de Crispo y cols. (1998) los trastornos de la alimentación no afectan a las diferentes clases sociales. De acuerdo con estos autores éstos son propios de la clase media y alta. Señalan que prácticamente no existen casos registrados en la clase baja. Las personas de clase baja afectadas por estos problemas, son aquellas jóvenes que por su trabajo se encuentran inmersas en un ambiente de clase media o alta donde se juegan esos valores fundamentales y se vuelve inevitable cierta mimetización.

Los medios electrónicos bombardean al público con imágenes de mujeres delgadas que “lo tienen todo”. Últimamente, las imágenes de las mujeres en los medios, además, sugieren que la apariencia externa es mucho más importante que la identidad interna (Gabbard, 1994, citado en García, 2002).

El predominio de la imagen se ha extendido desde hace tres décadas al cuerpo humano, sobre todo al cuerpo femenino. La mujer debe tener un aspecto correcto, y ese aspecto es la delgadez. Hay otros elementos deseados en una imagen aceptable, relacionados por ejemplo con el busto, los glúteos, las piernas, etc., pero con mucho el más importante es estar delgada. Culturalmente el prejuicio en contra de la obesidad es fuerte y la idealización de la delgadez es alta (Crispo et al, 1998). Aunado a esto, existe un conflicto entre las precisiones de la mujer para alcanzar un éxito profesional y también educar y criar que puede realzar las preocupaciones acerca del control personal que están manifiestas en el control de peso (Garfinkel, 1995).

Las imágenes del cuerpo femenino existen por todos lados, y ese cuerpo es delgado. La mujer delgada y joven es la que se asocia con los estilos de vida preferidos en las imágenes que se presentan (Buckroyd, 1998).

Se sugiere además al tomar como modelo estereotipado de físico al de una adolescente casi púber, que el atractivo está ligado estrechamente con el mantenimiento de una apariencia juvenil. O sea que para ser una mujer exitosa en esta sociedad occidental, no sólo hace falta no desarrollar un cuerpo femenino, con formas propias de la mujer, sino que además

tampoco está permitido crecer, madurar y envejecer naturalmente al ritmo que la vida requiere para ser vivida (Crispo et al. 1998).

Así es como manipular el peso se convierte en la actividad central de muchas jóvenes (y también sigue siéndolo en mujeres adultas), que quedan sin las energías necesarias para afrontar los verdaderos desafíos de la vida cotidiana, en esta etapa de crecimiento. La dieta comienza con el fin de ser más popular o atractiva, estar más acorde con los cánones estéticos reinantes, sentirse más “integrada” (o aceptada), pero puede desembocar en un serio trastorno de la alimentación (Crispo et al, 1998).

Crispo y cols (1998) mencionan que es así como aparecen la culpa, la ansiedad, el miedo y la pérdida de control sobre la alimentación como efecto de “fracasar” en ese intento de manipular el peso corporal. No obstante, en lugar de hacerla desistir, estos sentimientos la estimulan para intentarlo nuevamente con la dieta. De esta forma se pone en funcionamiento el ciclo. También, como efecto del mismo trastorno, se desarrollan creencias y actitudes extrañas acerca de la comida, que rondan la obsesión, hasta el punto no hacer ni pensar en otra cosa. En especial, surge un intenso miedo a subir de peso descontroladamente, que contribuye a paralizarse más. Todo esto, combinado con los efectos físicos y psicológicos que trae paralelamente el hecho mismo de comer por debajo del mínimo necesario para el funcionamiento normal del cuerpo y la mente, hace que la persona comience a aislarse y sentirse más descontenta con ella misma.

La preocupación por el peso corporal no es sólo cuestión de vanidad o moda, es también un problema de salud física y mental de las personas que constantemente se inquietan por su peso y el tamaño de su cuerpo, incurriendo en prácticas que cada vez se vuelven más peligrosas para su organismo (Aquino, 1998).

Holtz (1992) propone los siguientes factores socioculturales: Presión social para ser delgada, confusión de roles sexuales, alta presión para sobresalir, énfasis en la delgadez como modelo de belleza, popularidad, control y éxito, estigma hacia la obesidad, obesidad vista como fracaso, falta de control, falta de cultura, fealdad y soledad, bombardeo de

mensajes de la industria de las dietas a través de los medios de comunicación, alta competencia (citada en Barber et al, 1995).

1.7 Distintos trastornos asociados a la anorexia

Hay muchos trastornos asociados o lo que se llamaría como comorbilidad en psiquiatría donde la anorexia no viene por si sola sino que hay más trastornos detrás de está que se pueden confundir en el diagnóstico.

La comorbilidad simultánea o durante la vida, es un fenómeno que concierne a la causalidad común. La afinidad entre trastornos distintos permite extraer conclusiones acerca de la posible existencia de factores causales o de riesgo compartidos, facilitándose la delimitación de éstos y permitiendo formular hipótesis etiopatogénicas más elaboradas sobre uno de los trastornos implicados (Toro, 2004).

1.7.1 Histeria

Uno de ellos es la Histeria donde Freud interpretó la anorexia mental como una neurosis muy relacionada con la histeria y la melancolía. La mayoría de las pacientes anoréxicas presentan rasgos histeroideos del carácter y síntomas de conversión según sus deseos o temores. Se denomina neurosis de conversión por que expresa la neurosis a través de síntomas físicos: neuralgia, parálisis, pérdida de memoria o de visión, etc., sin hallazgo orgánico alguno que explique el síntoma. Síntoma que tiene una comprensión psicológica. Las histéricas son pacientes muy sensibles, con imaginación desbordante, sugestionables, actrices de su vida propia. Les fascina complacer y seducir. Utilizan su capacidad de seducción y extraña habilidad para manipular a quienes le rodean (Martínez-Fornés, 1994).

1.7.2 La neurosis depresiva

Las anoréxicas proceden de la población más vulnerable a la manipulación propagandística de la moda y de los intereses creados en torno al adelgazamiento. No pocas pacientes

empiezan con un cuadro depresivo esbozado que les hace verse más gordas de lo deseable y menos agraciadas.

Al restringir severamente la alimentación y perder peso, el cuadro depresivo empeora con la aparición de rasgos obsesivos en torno a los alimentos y el peso. El empeoramiento llega a tal punto que el hallazgo de síntomas depresivos en una obesa hace peligroso el tratamiento adelgazante si olvidamos tratar simultáneamente la depresión. Puede conducir al suicidio (Martínez-Fornés, 1994).

1.7.3 El síndrome borderline o frontera

Del inglés, borderline, límite, frontera. Como indica su nombre es un trastorno de la personalidad, a caballo entre los trastornos caracterológicos, la neurosis y enfermedades mentales psicóticas, presentando rasgos de todas ellas yuxtapuestos con elementos normales. No pocas anoréxicas presentan un cuadro borderline, más allá del cuadro depresivo o histérico (Martínez-Fornés, 1994).

Millon y Devis (2001) mencionan que los pacientes con personalidad límite son emocionalmente iracundos. Sus relaciones son tempestuosas e intensas, con tantas rupturas y reconciliaciones que la vida se convierte en mezcla de melodrama y montaña rusa. Una característica interpersonal notable es el caos, y el hecho de que su opinión acerca de los demás experimenta cambios repentinos, de manera que en un momento pueden pensar que los demás son cariñosos, sensibles e inteligentes, y en otro momento acusarles de negligencia y traición. Cuando se quedan solos, aunque sólo sea durante breves periodos de tiempo, se sienten insoportablemente solitarios y vacíos. Hacen esfuerzos frenéticos para evitar ser abandonados, incluyendo comportamientos suicidas, y son incapaces de entender que esta forma de vinculación en realidad les está alejando de los demás. Al presentar ansiedad, depresión, culpa e inferioridad, muchos llevan a cabo comportamientos autodestructivos y acaban abandonándose impulsivamente a las drogas o a la promiscuidad sexual. Algunos incluso llegan a mutilarse haciéndose cortes o quemaduras.

1.7.4 El complejo de Peter Pan

«Peter Pan o el niño que no quería crecer», personaje literario creado por el escritor James M. Barrie. A la semana de su nacimiento huye del hogar paterno para encaminarse al País de las Hadas, obtener la niñez eterna y emanciparse del Mundo de los Mayores (Martínez-Fornés, 1994).

Las anoréxicas *vivencian* la pubertad y adolescencia tan complicadas que desearían detener el tiempo permaneciendo siempre niñas. Acaso porque la ternura, la esperanza y las ilusiones escasean en el mundo de los adultos. Muchas de ellas piensan, hablan y se visten como niñas. La mayoría no ha conseguido una buena identidad de su propio sexo y se sienten felices sin reglas. En ocasiones este regreso-refugio a la infancia es una dramática protesta desexualizante contra la madre viuda o divorciada “que vuelve a enamorarse y se sexualiza” (Martínez-Fornés, 1994).

1.7.5 El complejo del hijo no deseado

Síndrome descrito por Poil de Carotte (citado en Martínez-Fornés, 1994), se trata de hijos no deseados que conservan un sentimiento de inseguridad y rechazo en la vida:

- Hijos de soltera,
- Último hijo de una serie filial que se había dado ya por terminada,
- Una niña cuando se esperaba anheladamente un varón.

Saciar el hambre para ellos es sentirse más seguros, más fuertes, más queridos. Y se desarrollan obesos. Pero un porcentaje pequeño escoge el camino de la rebeldía y la contra que puede terminar en una anorexia mental.

1.7.6 Trastorno por ansiedad

Toro (1987) menciona que es un factor muy importante la ansiedad en el cuadro de la anoréxica. Es sin duda un factor emocional la constante que embarga y cimienta el curso de la anorexia nerviosa. A lo largo la evolución del cuadro se multiplican los agentes ansiógenos: el sobrepeso, la imagen corporal, la amenaza de descontrol, la baja autoestima, la presión familiar, los conflictos interpersonales, el temor a enfermar y morir, la percepción de ser diferente y “rara”, el convencimiento de que eso es lo que perciben los

demás, las ambigüedades e incertidumbres progresivamente acumuladas, la coacción sociocultural a favor del adelgazamiento temido/deseado, las intervenciones médicas acertadas o iatrogénicas, la expectativa de una posible hospitalización, el aislamiento social por lo menos subjetivo, las molestias y el deterioro físico progresivo... Todo ese conjunto de hechos, acciones y reacciones, interpretaciones y anticipaciones, tiene un resultado común: mantener y aumentar la ansiedad. Ha sido posible determinar la existencia de un estado de ansiedad en un 80% de un grupo de 28 anoréxicas.

1.7.7 Ansiedad fóbica

Existe una ansiedad difusa, constantemente experimentada, que tiende a agudizarse e incrementarse con el devenir del trastorno anoréxico. Cimentándola, constituyendo su armazón psicopatológica central, se afianza el fenómeno esencial del trastorno anoréxico: la fobia al sobrepeso real o supuesto, con todas las consecuencias de generalización (Toro, 1987).

El proceso anoréxico se inicia a partir del momento en que determina aprehensión crítica del propio cuerpo conduce a la decisión de perder peso mediante la reducción de la dieta alimenticia. Esa aprehensión crítica supone una percepción y evaluación negativistas del cuerpo en general o de algunas partes del mismo en particular. Estamos refiriéndonos a una valoración estética negativa del mismo. Ese cuerpo, por sí solo, en cuanto ente físico que es, no produce molestia ni daño alguno a la interesada. El daño viene producido por la valoración; se trata de un pensamiento, un juicio, un hecho cognitivo, que desencadena una ansiedad suficientemente intensa para tomar la decisión radical de disminuir drásticamente la alimentación. Este proceso supone que el cuerpo así evaluado se transforma en un estímulo fóbico. Unos criterios estéticos externos, adquiridos, conforman en determinadas circunstancias un contenido de pensamiento negativo respecto al propio cuerpo; este contenido despierta ansiedad y la asociación pensamiento-realidad conduce a que el propio cuerpo suscite la respuesta ansiosa. Es éste el inicio de un fenómeno fóbico, cuyos antecedentes serían única y exclusivamente cognitivos, en el bien entendido de que, si previamente se han producido situaciones traumáticas- por ejemplo, burlas, críticas,

comparaciones odiosas o humillantes-, éstas sólo pueden incidir sobre el individuo reforzando el carácter negativo de sus autoevaluaciones corporales (Toro, 1987).

1.7.8 Trastorno obsesivo-compulsivo

En algunos pacientes se ha observado características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, relacionado a la comida o no. Estas personas siempre tienen pensamientos con relación a la comida, algunas veces suelen coleccionar recetas de cocina o almacenan alimentos. Estas obsesiones y compulsiones pueden ser producidas o aumentadas a consecuencia de la desnutrición. Así también se pueden presentar ciertas características asociadas a la anorexia nerviosa, como por ejemplo la preocupación por comer en público, el sentirse incompetente, una gran necesidad de tomar control sobre el ambiente que le rodea, inflexibilidad en el pensamiento (pensamiento dicotómico), poca espontaneidad social y restricción de la expresión de emociones y de la iniciativa.

1.8 Tipos de personalidad dentro de la anorexia: descripción de Mara Selvini Palazzoli

Selvini Palazzoli (1999) hace una investigación acerca de la personalidad de las anoréxicas partiendo de un supuesto universal en la enfermedad: “las anoréxicas tienen una organización de la personalidad homogénea”, éste supuesto no convence a Selvini ya que se da cuenta en su trabajo con anoréxicas que algunas pueden vincularse fuertemente con su terapeuta a diferencia de otras que son indiferentes, algunas vivían largas fases de anorexia restrictiva para luego volverse a la fase bulímica como una especie de evolución natural en la enfermedad, en otras se notaba una fuerte dependencia a diferencia de otras que se notaban arrogantes y autosuficientes, etc., para verificar si era cierto que las anoréxicas tenían una personalidad común, Selvini compara a fondo cincuenta y dos casos que había estudiado anteriormente “a fondo” (dentro y fuera de su núcleo familiar) y además, les aplica un cuestionario para evaluar sus rasgos más representativos de personalidad.

Selecciona 52 chicas anoréxicas con una edad media al momento de la consulta de 23 años y con duración de su anorexia de cinco meses. De los 52 casos, 21 eran anoréxicas

restrictivas estables, 23 eran anoréxicas bulímicas que alternaban fases de ayuno con fases bulímicas (manteniéndose muy por debajo de su peso ideal) y 8 eran ex anoréxicas que habían vuelto a tener su peso normal (pero seguían siendo bulímicas).

La distribución de los 4 tipos de trastorno de personalidad (o los rasgos más importantes) que obtiene Selvini Palazzoli (1999) es la siguiente:

- Dependiente 10
- Boderline 19
- Narcisista 12
- Obsesivo-Compulsivo 11

1.8.1 Tipo Dependiente

Esta chica tiene una familia en la que ha sido criada en una relación muy estrecha con la madre, de la que comprende perfectamente los estados de ánimo, mientras que tiene problemas para reconocer las propias necesidades y las subordina a las demás. La relación fisiológica aparece aparentemente invertida, pues la empatía de la madre hacia la hija es deficiente, mientras que la muchacha ha sido, en la infancia, un consuelo para ella con su asidua presencia y desvelo.

En ellas, en la infancia y adolescencia prevalece un excesivo apego a la madre u otras figuras de referencia (abuela, etc.), típico de la niña demasiado buena, condescendiente, incapaz de hacerse valer y afirmarse, y más tarde de comportamiento adolescente. Se puede suponer que el tipo de apego de éstas pacientes es del tipo ansioso-ambivalente, lo cual en la primera infancia les permite no estar cerradas a las relaciones afectivas externas, sino, antes bien, buscarlas activamente en formas de dependencia simbiótica. Sin embargo cuando los coetáneos progresan hacia posiciones más evolucionadas, estas chicas se reducen a menudo a permanecer aisladas, puesto que son juzgadas tímidas e infantiles, especialmente en el plano sexual. Idealizadoras de sus padres, y en particular de su madre, son, en general, muy poco transgresoras y reivindicativas, más allá del síntoma. Confusamente se sienten humilladas por su dependencia de la madre y por la incapacidad de pensar por sí mismas. El comienzo de la enfermedad se produce a menudo en sentimiento de desvalorización, de escasa autoestima y de contar con nada: el ayuno y el

control representan la propia independencia de juicio sobre sí misma, su propio cuerpo y sus propias decisiones. El paso a la bulimia es bastante raro.

En este subgrupo, la madre nunca es agresiva ni abiertamente desvalorizadora respecto de la hija, sino más bien muy protectora.

El padre, de costumbre, la considera la niña de la madre y se mantiene alejado de ella. Es más a menudo un rival de las atenciones maternas que un seductor, pero nunca es particularmente destructivo con la paciente, en coherencia con la propia convicción inconsciente de haber hecho lo mejor al dejar a su hija a la madre. En efecto, él ha abandonado completamente su rol de separador de la díada simbiótica, cargando sobre los hombros de la chica el peso de las necesidades de cercanía y de interlocutoriedad de su esposa. En general, es un hombre pasivo y renunciador, con tendencias a depender de ésta. De modo que siente como gesto de amor paterno dejar el terreno a favor de la hija, por lo que se queda muy asombrado cuando en la terapia se le critica su escasa implicación y apoyo tanto en relación con su esposa como con su hija.

1.8.2 Tipo Boderline

Estas pacientes tienen una historia familiar en la cual basan su crecimiento en la inversión paterna, desconfiadas de la relación de apego ambivalente, y desorganizada con la madre. Entre éstas pacientes se encuentran personalidades muy dolientes, que muestran rasgos prepsicóticos indicativos del grave sufrimiento infantil. Su apego al padre, necesariamente posterior a la fase de asistencia primaria, se recienta de la desesperada exigencia de identificar un referente afectivo en un mundo relacional de abandono y agresividad. En efecto, la nodriza es, a menudo, una personalidad frágil, turbada con frecuencia por eventos emocionalmente catastrófica en épocas próximas al nacimiento y en los primeros años de la criatura de la niña.

En esta categoría se encuentra tanto a muchachas interesadas en su cuerpo, en vestirlo, en maquillarlo, en enmascarar su excesiva obesidad o su delgadez con vestidos incluso costosos y rebuscados que subrayan su identidad sexual, como también, en el lado opuesto, a chicas extremadamente descuidadas y desaliñadas que parecen poseídas por la inconsistente necesidad de destruir su belleza con conductas autolesivas de tipo penitencial. El cuerpo ocupa su mente o mejor, en los casos más graves, es el interlocutor de la mente,

como amo, enemigo o fetiche. Entre éstas anoréxicas se presenta a menudo abuso de sustancia estupefaciente, promiscuidad (con frecuencia relacionada con historias de abusos sexuales sufridos en la infancia), hurto en casa y fuera, y otros desordenes de la conducta que están ausentes en las demás categorías.

Desgarradas por las vivencias de su propia turbulencia emocional, donde los predominantes sentimientos de depresión y de angustia están reñidos con el recurso a la excitación, temen constantemente volverse locas. En los sujetos más turbados, los momentos de descompensación se caracterizan por rápidos flashes alucinatorios de tipo visual. Son capaces de mantener relaciones afectivas prolongadas e importantes, si bien a menudo tumultuosas, tanto con amigas como con parejas. Se trata de relaciones que las ayudan a romper el sentimiento crónico de vacío. Algunas pueden aceptar de sus parejas comportamientos destructivos con respecto a ellas por el componente excitante propio de una relación masoquista.

A diferencia de otros subgrupos, aquí la excitación es buscada activamente, a niveles muy primitivos, ante todo en la orgía bulímica, que puede adquirir caracteres compulsivos y caóticos, y luego en las manipulaciones del cuerpo, que van de raparse la cabeza a conductas más gravemente autolesivas como cortes o heridas, al abuso de drogas, al riesgo físico debido a acciones temerarias o la frecuentación de ambientes de mala vida. Ésta búsqueda de excitación revela siempre, cuando se profundiza, su naturaleza antidepresiva, el esfuerzo de romper las vivencias subyacentes de fragmentación y desánimo, vivencias que son de intensidad psicótica, tanto más impresionantes por su coexistencia con componentes relativamente organizados de la personalidad que permiten la presencia de áreas de relativa adaptación. Si se indaga en la historia infantil de éstas muchachas dentro de un tratamiento individual, se puede hallar, además de la crónica y angustiada ausencia de recuerdos anteriores a la anorexia (en particular, respecto de las figuras paternas, que son nebulosas), una historia de síntomas infantiles (fobias, obsesiones, micción involuntaria prolongada, pavor nocturnos, grave ansiedad de separación...) que fueron trivializados por los padres e interpretados no como signo de desasosiego psíquico, sino como caprichos a los que no era necesario prestar atención.

Las pacientes de éste subgrupo pueden alternar fases restrictivas con fases bulímicas y en algunos casos el peso puede oscilar entre el adelgazamiento excesivo y la obesidad. El rendimiento prestacional oscila incluso en sujetos con una brillante dotación básica. Pueden presentar momentos de apatía, retraimiento y profunda descompensación depresiva, en los que existe la posibilidad de que se manifiesten tendencias suicidas, seguidos por periodos de hiperactividad, experimentados como intentos de procurarse una norma y una consistencia psíquica a través de la acción. El control alimentario, asociado a aspectos de rígida organización cotidiana, es vivido como una aspiración a estabilizar un mundo interior fluctuante y caótico, caracterizado por la angustia. El ayuno y la restrictividad suelen ser severísimos, intercalados por explosivos atracones angustiantes, peligrosos y desordenados por la cantidad y la calidad de los alimentos, tragados sin ritualidad o preparación.

Entre las conductas de eliminación deben considerarse los laxantes, de los que con frecuencia se abusa en las fases depresivas, no sólo para generar una “mágica” limpieza interna, sino también porque, ingeridos en dosis altas, producen una experiencia de extrema debilidad que, con la sensación de muerte, induce una especie de quietud que pone un efímero término a la angustia. Los impulsos de muerte y autodestrucción serpentean constantemente en estas chicas, que en las fases descompensadas pueden poner en serio peligro su integridad física. Sin embargo, paradójicamente, la muerte se teme, a diferencia de lo que acaece en la anorexia narcisista, donde los núcleos delirantes impiden la percepción de la angustia (Selvini Palazzoli, 1999)

1.8.3 Tipo Obsesivo- Compulsivo

Son muchachas que a veces pueden conservar algún modesto rasgo de dependencia, tienden al aislamiento y la autosuficiencia. En ellas han prevalecido experiencias de apego de tipo esquivo, pero parcialmente compensadas por fases de apego más “seguro”. En cuanto a su infancia, éstas chicas no han tenido un vínculo preferencial con uno de los padres.

A menudo han recibido una crianza irreprochable en el plano formal, pero casi actuada “mimada”. En el plano escolar y laboral, estas chicas se aplican con dedicación; a veces si

lo rasgos depresivos no son muy altos, alcanzan muchas horas de estudio, experimentadas como penoso deber. Los éxitos escolares, aunque prestigiosos, no parecen sostener la autoestima: la muchacha parece incapaz de reflejarse en los propios resultados. El producto “expuesto” y apreciado por el entorno no parece vivido como buena prueba de sí misma y el ansia de prestación y laboral incluso en la fase sintomática.

El placer también está ausente de las actividades del tiempo libre, que entran rápidamente en la espiral prestacional. Hacia el cuerpo tienen una actitud espartana se visten de manera anónima, a veces con rasgos que parecen evidenciar un rechazo de la identidad sexual (por ejemplo, no se ponen faldas). A menudo practican actividades motorizadas y deportivas de manera compulsiva. Se imponen posiciones fastidiosas y se privan de sencillas comodidades (por ejemplo, de agua caliente).

La vida amistosa, aunque muchas de ellas están bastante aisladas, a menudo es modesta pero está presente. En efecto, son capaces de entablar relaciones importantes con chicos, amigos/as o hermanos/as, aún cuando frecuentemente se trata de relaciones exclusivas, que no borran un cuadro general de soledad y aislamiento. Socialmente saben adaptarse, temiendo con angustia la reprobación crítica del entorno. Ambicionan pasar inadvertidas y parecen atrapadas en una batalla consigo mismas.

De costumbre, mantienen una parcial capacidad crítica hacia los padres, oscilando de manera contenida entre condescendencia y agresividad que aparece, no obstante, sólo si encuentran oposición a sus propios rituales.

Raras veces idealizan a sus padres, a veces al padre, al que estiman si son correspondidas por él. La relación con la madre no es funcional como en el tipo dependiente, ni inestable como en el tipo borderline, sino más bien caracterizado por una histórica barrera, por la distancia, por la incomunicación y la inaccesibilidad. Estas madres han sufrido en la infancia más carencias que las madres de las dependientes. Han cumplido con su “deber” con sus hijas sin obtener ningún placer en la relación (es decir, asistencia mimada). Son mujeres que, a menudo, han tenido algún periodo crucial del desarrollo de las hijas grandes preocupaciones y fuertes sobrecargas: la duda, por ejemplo, sobre las habilidades profesionales del marido, cogido por el vicio del juego o que corre el riesgo de dilapidar el patrimonio, o que acaba de quebrar en su propia empresa, única fuente de renta para la familia; o su etilismo o una grave enfermedad, o aún la furia generada por tener que atender

a los suegros inválidos sin recibir la ayuda del marido y descuidan a sus propios hijos, muy pequeños. Estos sentimientos, vividos por lo general en la soledad, sin compartirlos ni desahogarse con las personas queridas, “colonizan” la mente de la mujer, amenazándola en su íntima seguridad, y hacen de su vínculo con la hija recién nacida e infante más una carga emocional que una gratificación. Puesto que son mujeres profundamente sacrificadas, las madres de las futuras anoréxicas obsesivo-compulsivas no se sustraen de sus deberes y frecuentemente ni siquiera piden ayuda, sino que “aprietan los dientes” reconfortándose por haber hecho todo lo necesario con escurpulosidad. El tipo de cuidado parental que deriva de ello es meticuloso, pero inanimado. De aquí, entonces, las vivencias de las pacientes de estar trágicamente solas, totalmente incomprendidas por sus madres inalcanzables o distraídas por mil problemas con la desoladora sensación de no poder fiarse de ellas. Esto las hace desconfiadas con el terapeuta y, en las fases avanzadas de la terapia, angustiadas por su mismo deseo de dependencia.

En la adolescencia, la falta de vínculo positivo entre éstas chicas y sus madres se expresa en actitudes hipercríticas por parte de estas últimas y en una educación rígida carente de diálogo. Algunas madres llegan a ser desvalorizadas y fóbicas respecto al posible desarrollo sexual de las futuras pacientes. Los padres se sienten, en general, ausentes de la vida emotiva de las hijas. A lo sumo, pueden haber apreciado sus competencias mentales, lo que las ha reafirmado en el plano mental-prestacional. Así, la naturaleza sexual femenina de la muchacha es escasamente apreciada por el padre que, antes bien, parece sentirla más como una fuente de embarazo que como un valor.

La impulsividad, la dependencia y el deseo son temidos como sentimientos de los que se puede derivar dolor. La coraza defensiva obsesiva parece proteger, como el caparazón de un molusco, las partes vitales blandas. Su resquebrajamiento genera pánico, su rígida presencia anestesia el sentimiento de debilidad (Selvini-Palazzoli, 1999).

1.8.4 Tipo Narcisista

Ésta paciente le cuesta involucrarse en la relación. El egocentrismo, la megalomanía, la intolerancia a la crítica y al fracaso, la compresión a la exploración de los demás la hacen ingrata, para el terapeuta, que tiene muchas dificultades para experimentar empatía.

A veces presentan rasgos paranoides que inducen a escasos intercambios con el mundo extra familiar e incomunicación de la intimidad con quienes conviven con ella. Aunque tienen relaciones pseudoadaptadas en la vida social, son fuertemente instrumentalizadoras con las personas, a las que utilizan para tener una platea para la propia dimensión exhibicionista, o bien, en los cuadros menos organizados, como modelos idealizados a los que adherirse, tomando en préstamo acriticamente sus modalidades de apoyo del propio falso yo. Cuando aflora de dimensión depresiva, van más hacia una especie de autismo llevando una vida de sustancial aislamiento.

Estas chicas asumen actitudes de superioridad hasta el desprecio por los padres o por uno de ellos en particular, sobre todo la madre.

El cuidado del cuerpo es meticuloso y las ropas son frecuentemente costosas y rebuscadas cuando está prevista la interacción social. En soledad o en el ámbito doméstico pueden ser muy descuidadas y sufrir una regresión a medida que afloran los aspectos regresivos. Muchas rechazan a los chicos y a los cortejadores antes de la explosión sintomática; casi siempre son ellas las que dejan un chico con el que han tenido una relación incluso bastante formalizada, en la que se situaban en la posición de ser cortejadas y rechazaban entrar en una relación más íntima.

Selvini Palazzoli (1999) encontró que en su historial, éstas chicas presentan graves carencias infantiles, son frecuentes los elementos de excitación y seducción por parte de ambos padres en la preadolescencia y en la adolescencia.

Son exhibidas por los padres como compensación narcisista, deben ser “especiales”, princesas sobre las que vuelcan grandes expectativas con exigencias de prestación, predeterminadas incluso agresivamente, recurriendo a chantajes y a amenazas de desprecio por parte de los mismos padres. El daño precoz con un apego de tipo esquivo y con una muy temprana adultización, ha sido luego estabilizado por una crianza carente de empatía.

Se pueden identificar dos variantes: la más autista, donde prevalecen los rasgos depresivos y la más paranoide, caracterizada por una historia de “síndrome de indemnización” respecto a los padres.

La relación padres-hijos, cuando está presente es turbada por lo típicos celos competitivos característicos de una crianza en la que la disponibilidad afectiva de los padres, además de crónicamente deficiente está acompañada por ambiguas señales de privilegio ora por uno ora por otro. Un recorrido individual de la paciente, cuando es aceptado, plantea el grave problema de conducir a la muchacha de visita a la imponente depresión subyacente, de la que se defiende con la anorexia; depresión que puede colapsarla o llenarla paranoicamente de odio hacia las figuras paternas, favoreciendo un deterioro indeseable de la conducta de tipo agresivo (pretensiones, escenas, insultos, ataques).

Finalmente, con éste subgrupo, Selvini Palazzoli (1999) llegó a la conclusión de que: “la generalización unificadora sobre las características de personalidad de las anoréxicas nos ha llevado hasta no hace demasiado tiempo a dar un peso insuficiente a la específica diagnosis de personalidad de éstas pacientes, haciéndonos privilegiar las hipótesis explicativas y las consiguientes estrategias terapéuticas según el modelo de las experimentadas con éxito con otras anoréxicas, que, en cambio, presentaban personalidades dependientes o borderline. A la luz de éstas reflexiones, esta especificidad de diagnosis parece ahora imprescindible para las futuras intervenciones. Por el contrario, a nivel retrospectivo se puede pensar que el clásico modelo paradójico basado en los elementos de la brevedad de la relación y de la mezcla de la alianza con un desafío provocador, era particularmente apropiado para este cuarto tipo de pacientes; porque la terapia en ellas es el que se ha tenido un número mayor de fracasos”.

2. CAPITULO SEGUNDO ANTECEDENTES DE LA ANOREXIA

En varias culturas el ayuno se considera como un recurso para protegerse del mal (Toro, 1996). En el Génesis se lee: *si comieres del Árbol de la Sabiduría seréis como dioses*; pero más adelante se podría decir: *si ayunáis vendrá la comunicación con Dios*. El ayuno puede ser entonces entendido como un medio para superar ese pesado vínculo que, en su aspecto negativo, ata a lo terrenal, al reino de la necesidad (Caparrós y Sanfeliú, 1997). La

evitación del alimento protegía de las influencias demoníacas y era garantía de cierta pureza. Los antiguos egipcios, antes de entrar en el templo sagrado, ayunaban. La Purificación y la Penitencia van asociados al ayuno en casi todas las religiones, Jesús mismo lo práctico y lo sugirió. Juan el Bautista fue uno de los primeros discípulos en seguir al pie de la letra las reglas de vida que han constituido el ascetismo (la palabra griega askesis significa “ejercicio”, que se refiere a la preparación para las competencias de los atletas griegos, consistente en actividad física y restricciones alimentarias). Con la institucionalización y socialización de la Iglesia Católica se estableció oficialmente el ayuno obligatorio, la ascesis obligatoria. Incluso en ciertas comunidades el que no ayunaba, sufría algún castigo como quedarse sin dientes o podía perder la vida. Sin embargo, a los adinerados se les permitía omitir ayunos comprando indulgencias. Así, en épocas de escasez alimenticia, los adinerados siempre comían y en gran cantidad, en cambio los pobres lo hacían poco e intermitentemente, en contradicción ahora son los ricos lo que se niegan a comer....

(Toro, 1996).

En el cristianismo, el ayuno no es una forma de penitencia, sino de arrepentimiento o remordimiento por los pecados cometidos por el ayunador o por otras personas. La carne tiene que ser dominada; el espíritu debe triunfar. Algunas de las mujeres citadas con anterioridad renunciaban al alimento para estar mejor dispuestas, “más puras y limpias” para recibir el cuerpo de Cristo (Toro, 1996).

Según Vandereycken (1994) la privación del alimento es el resultado de una rigurosa escisión que pretende separar cuerpo y mente. La segunda se une a Dios.

Anteriormente el ayuno lo practicaban los cristianos y los místicos como penitencia, rechazo del mundo y medio para lograr un estado espiritual más elevado y las primeras descripciones de muestra de anorexia ha sido desde antes pero que no se tomaba como un trastorno o enfermedad ya que esta iba encaminada hacia la religión y lo tomaban como algo místico (Turón, 1997).

Los reportes históricos tempranos de mujeres que ayunan y mueren tras su estado de inanición son considerados por algunos teóricos como las primeras muestras de anorexia nerviosa (Holtz, 1995 en García, 2002).

Holtz (1995) coincide con la opinión de Habermas (citado en Holtz, 1995) en la que se discute que las mujeres de antes de mediados del siglo XIX no tenían propiamente anorexia nerviosa, ya que hacía falta un elemento básico: que el motivo de los ayunos fuera el temor mórbido a engordar.

En 1373 o 74 una joven de 26 años, nacida en 1347, hija de artesanos de familia acomodada, Catharina Banincasa, más tarde Catalina de Siena, recibe una esmerada educación cristiana como todos los niños de su época. A los siete años refiere la primera visión de Jesús, vestido de blanco, le sonreía, rodeado de varios santos con aureolas de rayos luminosos, y al mismo tiempo comienza a rechazar la comida, se impone penitencias, renuncia al mundo, y en la adolescencia se niega obstinadamente a casarse, como sus padres le ordenaron, ya solo se alimentaba de hierbas crudas y algo de pan; sólo bebía agua. En lapso muy corto de tiempo perdió casi la mitad de su peso. Después ingresó a la orden Dominicana llegando a ser consejera del Papa Gregorio IX en Avignon (Guillemot y Laxenaire, 1994). Durante su vida estuvo sumamente preocupada por los problemas de la Iglesia católica y las formas de vida religiosas, tanto que su popularidad se extendió con rapidez y, tras su muerte, al conocerse su vida surgió una gran cantidad de seguidoras en todo el ámbito católico. Murió en 1380 tras un periodo de convulsiones y finalmente un estado de coma (Toro, 1996).

Durante la Edad Media tardía, las mujeres siguiendo un modelo de ascetismo, comían muy poco porque creían que era de las maneras para desprenderse de sus lazos terrenales e intensificar su espiritualidad. El restringir su consumo de alimentos era sólo una forma más de autosacrificio entre muchas otras, como dormir sobre piedras, el aislamiento de la sociedad, el automortificarse, etc. (Byum, 1987; Bell, 1985 citados en Holtz, 1995). De este modo, muchas mujeres ayunaban con el fin de facilitar experiencias místicas. Ninguna cosa así se asemeja a la anorexia nerviosa. Por otra parte, Liduina de Shiedman, una santa del siglo

XIV, vivió durante años alimentándose “solo con trocitos de manzana del tamaño de una hostia” (Martínez-Fornés, 1994; Hersovici y Bay, 1990).

La santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal era la séptima hija, ante la amenaza de su padre de querer casarla con el rey de Sicilia, se dedicó a orar suplicando la ayuda de Dios para desaparecer cualquier vestigio de belleza que tuviera su cuerpo para así ahuyentar la atención de los hombres, después de algún tiempo lo consiguió ya que por todo su cuerpo brotaba pelo e incluso en la barba, la inanición masculinizó su cuerpo, y de esta manera evitó casarse con el rey de Sicilia. Entonces su padre la crucificó y murió entre 700 y 1000 a. C.; siendo adoptada en algunos países de Europa como santa patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina (Toro, 1996; Martínez-Fornés, 1994; Hersovici y Bay, 1990).⁴

Wofhard, un monje de Monheim en Baviera, en el siglo IX (aproximadamente en el año 895), refiere la milagrosa historia de Friderada de Treuchtlingen, quien era hija de unos sirvientes y trabajaba más que el resto de los criados cuando cayó enferma. Esta enfermedad, imposible de identificar a partir de los escritos del monje, duró dos años. Sufrió una larga y desconocida “aflicción”, y se curó en el santuario de Santa Walpurgis tras haberla superado surgió en ella un apetito voraz que la llevaba a grandes excesos, se dedicó a devorar todo lo que encontraba, poniendo así en peligro la precaria economía de sus padres. Rechazaba los alimentos sólidos y vomitaba los productos lácteos que ingería, al poco tiempo dejó por completo de comer, con el paso de los días iba debilitándose. Sus padres se inquietaban mucho por ella, al ver que perdía las fuerzas y que las piernas se le debilitaban hasta el punto de que un día se vio obligada a llevar muletas. Ella estaba muy afligida por su repentina debilidad, así como por su apetito siempre insaciable.

Ya en el santuario de Santa Walpurgis, tras un día de oración su parapesia desapareció (primer milagro). Al paso del tiempo recuperó sus fuerzas y su actividad, así como también disminuía su apetito, éste fue desapareciendo completamente, tanto, que ella manifestaba una gran repulsión hacia los alimentos, y sus comidas continuaban seguidas de vómitos.

⁴ **Anorexia.** Documento disponible en: <http://www.lafacu.com/apuntes/psicologia/anorexia/default.htm>

Vivió así 6 meses hasta que dejó de comer por completo otra vez. Cuando, animada por una religiosa que veía cómo iba debilitándose, comió un trozo de carne, empezó a llorar y se quedó súbitamente ciega. Se dirigió entonces de nueva cuenta, al santuario de Santa Walpurgis y recuperó la vista tras dos días de oración (segundo milagro). Llegados a este punto, el obispo fue prevenido de estos hechos. El prelado ordenó que Friderada fuese encerrada y vigilada durante seis meses, para comprobar si efectivamente no comía nada en absoluto. Esta mujer fue famosa en su época no tanto por haber dejado de comer, sino por haber sido curada milagrosamente por Santa Walpurgis (Turón, 1996).

Muchas de las mujeres del postmedievo, famosas por sobrevivir sin comer, pasaron muchos años en la cama, generalmente “sufriendo” de una parálisis histérica. Estas mujeres, sin embargo, se parecen más a las mujeres histéricas modernas, quienes dejan de comer por el valor que simbólicamente le dan a la comida (Bruch, citada en Holtz, 1995), a las “anoréxicas modernas”, quienes en contraste, tratan de negar su demacrado estado y fragilidad, manteniéndose exageradamente activas durante el mayor tiempo posible.

Con la Reforma protestante el asunto tomó otro rumbo, al menos en los países donde triunfó. En algunos lados, “las mujeres ayunadoras” ahora son perseguidas: eran Satán y no Dios quien las motivaba (Toro, 1996). Aún así, en el período del siglo XVI al XIX hubo bastantes mujeres que se restringieron excesivamente en su alimentación, atrapando la atención pública y con cierta frecuencia bonificaciones materiales (Bell, citado en Toro, 1996).

Uno de los primeros casos de anorexia es el recogido por Mexio en 1613 (Morgan, 1977 citado en Toro, 1996). En el texto de Mexio, *The treasure of Ancient and Modern Times* aparece un ejemplo de estas jóvenes, fue Jeanne Balan, inglesa, de 14 años, se rumoraba que no comía ni bebía nada desde hacía 3 años. Debido a esto un médico francés se dedicó a observarla y al darse cuenta de una ausencia total de excrementos, orina y menstruaciones, concluyó que ella debía ser una “doncella milagrosa” cuya vida continuaba por obra y gracia de Dios. El cuadro se inicia en 1599 tras un episodio febril con vómitos, a continuación un estado de mudez, y posteriormente presenta un episodio delirante, hay

parálisis de los miembros y nadie consigue hacerla comer. Seis meses después recupera el juicio pero persiste el rechazo a la alimentación, su aspecto físico es extraño, su abdomen está depauperado y sin vísceras, pero sus muslos, senos y cara son bastantes carnosos. “La victoria sobre la carne” que suponía la restricción alimentaria con frecuencia se prestaba a farsas (Toro, 1996).

Por otra parte, en 1677, Marthe Taylor, una joven de Derbyshire, también inglesa nacida en 1649, hija de un minero, tuvo una infancia tortuosa con accidentes y enfermedades empleaba todo su tiempo en leer la Biblia. Presenta un cuadro de inanición autoprovocado. A los 18 padeció amenorrea, apareciendo también vómitos sistemáticos tras las comidas, restringiendo los sólidos por un espacio de 12 o 13 meses. Lo único que tomaba eran jugos de frutas y vasos de almíbar. Ella desencadenó de nuevo la polémica y reservas sobre la honestidad de su conducta. Alguien que sí creía en su sinceridad fue su médico, Jhon Reynolds (1669) la tomaba como un caso más de los que observaba en jovencitas de 14 a 24 años (citado en Toro, 1996). Ella fue visitada no solo por médicos, sino también por nobles y clérigos, estos últimos, con la loable intención de convencerla de que abandone el ayuno. El cuadro se inicia a los 11 años, cuando presenta una parálisis, esta vez de los pies, acompañada de melancolía y delirios, es decir, presenta un cuadro depresivo acompañado de ideas místicas. De nuevo recuperada, presenta una persistente tos, esta tos era tan intensa que le impedía dormir y así es como pasaba las noches y los días leyendo las Sagradas Escrituras. Más tarde, Marthe presenta amenorrea, tiene su última regla a los 18 años, restringe la alimentación y vomita lo poco que come. La paciente pasó mas de un año subsistiendo con bebidas con bebidas azucaradas, como vasos de almíbar y jugo de uva. La joven no eliminaba orina ni excremento. Hecho verídico o no, lo cierto es que es el primer caso de anorexia con amenorrea que se tiene registrado (Toro, 1996).

La primera descripción clínica que conocemos aparece publicada en 1689 por Richard Morton en su *Treatise of consumption*, cuyo resumen es: a la hija de Mr. Duke, una hija de 18 años que tras una serie de sufrimientos espirituales presenta una supresión de la menstruación sin que hubiera signos de clorosis. Decayó el apetito y la digestión. Presenta debilidad muscular, palidez y signos de consunción general del cuerpo. A pesar de ello se

entrega a sus estudios y lecturas día y noche. He intentado aliviar sus síntomas con aplicación de emplastos, amargos y preparados de hierro, pero pronto dejó de tomarlos, muriendo a los tres meses (Martínez-Fornés, 1994).

En 1694, Morton un especialista en tuberculosis, llamó a esta enfermedad "consunción nerviosa" y estableció correctamente mucho antes del nacimiento de la psicología, que este desorden, ahora llamado, anorexia nervosa, "casi siempre procede de la tristeza y la ansiedad; y es considerada la primera descripción clínica de dicho trastorno (Martínez-Fornés, 1994; Silverman citado en Toro, 1996).⁵

En 1750 se hace una descripción de una enfermedad de las vírgenes, con amenorrea, trastornos mentales y disminución del apetito que se conoció como clorosis. Para 1789, Djerine señala el rechazo de los alimentos de origen psíquico y describe decididamente como algo separado de los trastornos orgánicos (Caparros y Sanfeliú, 1997).

En 1849, Fleury Imbert clasificó tres trastornos de la alimentación, anorexia, bulímica y pica como neurosis del estómago, describió 2 tipos de anorexia: "la gástrica" que era un trastorno del estómago y la "nerviosa", una alteración de las funciones cerebrales. Los individuos que padecían esta última carecían de apetito y otros muchos otros síntomas neuróticos, se volvían melancólicos, coléricos y asustadizos (Toro, 1996).

En 1873, Lasègue (citado en Martínez-Fornés, 1994) en Francia describe la enfermedad como anorexia histérica y un año después Gull en Oxford (citado en Martínez-Fornés, 1994), como anorexia nerviosa o histérica. Sir William Gull en 1874 (citado en Herscovici y Bay 1990) acuñó el nombre de anorexia nerviosa en el informe del caso de la señorita A. de 17 años donde menciona que la paciente no se quejaba de ningún dolor, pero estaba inquieta y activa y esto lo tomó como una manifestación de su estado nervioso.

Garner y Garfinkel (citados en Herscovici y Bay 1990) califican a la anorexia como un síndrome psiquiátrico discreto, diferenciado, que tiene una patogénesis compleja.

En la misma época, y de modo casi simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad, calificándola de inanición histérica y considerándola al igual que Gull, una enfermedad psicógena.⁶

⁵ **Anorexia.** Documento disponible en: <http://www.lafacu.com/apuntes/psicologia/anorexia/default.htm>

⁶ **Anorexia.** Documento disponible en: <http://www.lafacu.com/apuntes/psicologia/anorexia/default.htm>

Huchard, en 1883 describe un caso de anorexia mental distinguiéndolo de la anorexia de origen digestivo. En 1885, Djerine publica casos de rechazo de alimentos, de origen mental. Ocho años después, Freud da a conocer un caso de anorexia de origen nervioso curado por hipnosis (Martínez-Fornés, 1994).

Un año más tarde se describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía.

En este mismo siglo se reportó otro desorden alimentario conocido como “clorosis”, denominado así por el color verdoso que presentaban las pacientes. Los síntomas consistían en la disminución de la energía, dolor de cabeza, dificultad para respirar, amenorrea y anemia. Curiosamente, a pesar de que este padecimiento fue relativamente común en este siglo y en la primera década del siglo XX, prácticamente desapareció al inicio de la Primera Guerra Mundial (Bemporad, 1996 citado en García 2002).

En Francia, junto con Lasègue, Jean Martín Charcot, también contribuyó al estudio de la anorexia nerviosa, introdujo casi formalmente el término “parentectomia”, que se refiere al aislamiento de la paciente de su familia, como medio terapéutico. En su opinión, el aislamiento era el tratamiento más exitoso. Charcot se enfadaba con los padres que ponían a su hija en restablecimiento hidroterápico, pero que a su vez se negaban a dejarla sola. Les explicaba que “debían alejarse, o simular que se iban....lo más rápido que fuera posible”. Finalmente, cuando el aislamiento se lograba, los resultados según Charcot eran “rápidos” y “maravillosos” (Garner y Garfinkel, 1997).

Charcot describe un caso en el que trató a una joven anoréxica en un estado muy demacrado. Un día, mientras la desvestía, encontró que ella tenía un lazo muy apretado alrededor de la cintura. La paciente le confesó que ese lazo era la medida que su cintura nunca debía exceder: “prefiero morir de hambre antes que volverme obesa como mi madre”. Desde ese momento Charcot comprendió la fuerza motivante y el síntoma constitutivo de la anorexia nervosa (Toro, 1996).

En el siglo XIX ciertos autores franceses sugirieron la existencia de tal síntoma. Pero al parecer, fue Charcot el primero en describir “el miedo a la obesidad” como detonador de la motivación anoréxica hacia la restricción alimentaria (Vandereycken y Van Deth citados en Toro, 1996).

A principios de este siglo XX, la anorexia nerviosa empieza a tratarse desde un punto de vista endocrinológico, así en 1914 un patólogo alemán, describe una paciente caquética a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria y durante los siguientes 30 años reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria y anorexia nerviosa. A partir de los años 30, la anorexia nerviosa pasa a estudiarse principalmente desde el punto de vista psicológico, quedando en olvido las antiguas discusiones acerca del origen endocrino o psicológico del trastorno. Las explicaciones de esta época se encuentran muy influenciadas por los modelos psicoanalíticos que predominaban en ese momento.⁷

Después de la Segunda Guerra Mundial se estudian con más detenimiento los trastornos de la alimentación, y más específicamente de la anorexia nerviosa. El método científico, las observaciones, exploraciones se hacen más rigurosas y las explicaciones sobre los orígenes y causas ahora son más complejas, menos simplistas y reduccionistas (Toro, 1996).

La contribución de mayor influencia, desde el punto de vista de psicopatología individual surge de los escritos de Hilde Bruch que abarcaron más de tres décadas (Hercovici y Bay, 1990). Ella misma se refiere a la anorexia como una enfermedad “nueva” porque lo que ella discute es un rápido incremento en la incidencia desde 1960, una incidencia que ella relaciona con las presiones de los medios para adelgazar en las mujeres jóvenes (Mac Sween, 1993 citado en García, 2002). En 1973, Bruch destaca la importancia de los trastornos de la imagen corporal y las dificultades de interpretación de los estímulos metabólicos (Turón, 1997).

La psiquiatra psicoanalista Hilde Bruch, afirmó que un tratamiento psicodinámico en si mismo no era lo recomendable en la anorexia nerviosa. Según ella, la anorexia nerviosa se

⁷ **Anorexia.** Documento disponible en:

<http://www.lafacu.com/apuntes/psicologia/anorexia/default.htm>

debía entender en términos de desarrollo de la personalidad total en el contexto de una familia concreta. De este modo, se opone a una visión limitada del desarrollo psicosexual. También propuso 2 tipos de anorexia: primaria y secundaria (Guillemot y Laxenaire, 1994). La primaria se refiere a que existe la distorsión de la imagen corporal, la incapacidad de reconocer estados internos, como el apetito y las propias emociones, y una sensación generalizada de ineficacia, encontrándose siempre bajo un “locus de control” externo. La etapa de la adolescencia es la crucial para la aparición del trastorno y al mismo tiempo es en ese momento donde se busca y desarrolla la autonomía y la “individuación”. En la anorexia secundaria o atípica existía una grave pérdida de peso causada por conflictos internos. Ya que la comida y la alimentación se ven llenas de interpretaciones simbólicas equivocadas de la función alimentaria (Toro, 1996). Bruch crea el concepto de anorexia nerviosa atípica para significar la anorexia secundaria a un trastorno depresivo (Caparrós y Senfeliú, 1997).

La psiquiatra italiana Mara Selvini Palazzoli concluyó que el desarrollo de la anorexia nerviosa se debía al surgimiento de una sociedad opulenta, basada en el consumismo, aumentando la atención de las familias de clase media hacia los hijos, y la experiencia de las mujeres de una situación contradictoria debida a la creciente presión favoreciendo su emancipación. Selvini remarca la importancia de la dinámica familiar (Guillemot y Laxenaire, 1994), ya que la familia, es el mayor agente transmisor de dichos valores y prácticas sociales. Señala que la anorexia es más frecuente en las mujeres que en los varones debido a que ellas siguen mucho más sujetas al control familiar. El alimento y las comidas son elementos susceptibles de simbolizar estas luchas y conflictos concretados en la familia. Sin embargo, este fenómeno se da únicamente en las sociedades opulentas, en donde abunda la comida, se adquiere con facilidad y es ofertado sistemáticamente. En 1963 y 1971 Selvini aborda la anorexia como psicosis monosintomática; concibe a la anorexia como un mecanismo de defensa extremo contra la psicosis (Caparros y Sanfeliú, 1997). La visión de relaciones objetales de Selvini sostiene que un paciente con anorexia nervosa siente el cuerpo como “el objeto materno, del cual el ego desea separarse a toda costa” (Garner y Garfinkel, 1997).

Crisp y otros proponen otra teoría que vincula aspectos psicológicos y biológicos. Según estos autores la evitación de alimentos con hidratos de carbono y la consiguiente pérdida de peso llevan a interferir en la regulación que hace el sistema nervioso central de la menstruación, y así una forma de regresión que elude los conflictos del crecimiento, la independencia personal y la sexualidad (Hersovici y Bay, 1990). La anorexia nervosa sería un intento de enfrentarse a miedos y conflictos asociados con la madurez psicobiológica.

Crisp (1974) opina que el hacer dieta y la consecuente inanición se vuelven mecanismos por los cuales el paciente regresa a una pubertad más temprana, a una figura, estatus hormonal y experiencia prepuberales combinadas con la incertidumbre moral del siglo XX. Crisp hizo énfasis en la necesidad de la re-alimentación para permitir a los pacientes que confronten sus aspectos dinámicos que la han llevado al temor fóbico del peso corporal del adulto como parte del proceso de dominar estrategias alternativas de enfrentamiento (Garner y Garfinkel, 1997).

3. CAPITULO TERCERO TEORÍAS EXPLICATIVAS

3.1 ENFOQUE MÉDICO

No hay muchas explicaciones acerca de porque es causada la anorexia porque con el tiempo las hipótesis patogénicas han ido evolucionando. Los primeros autores que aislaron el síndrome lo consideraron de origen mental.

En 1914 (tras la descripción por parte de M. Simmonds del síndrome que lleva su nombre y que se caracteriza por una progresiva caquexia de origen hipofisario), muchos autores creyeron que la anorexia mental tenía su origen en anteriores trastornos hipofisarios. Otros, al no hallar lesiones anatómicas, piensan en una incierta insuficiencia antehipofisaria. Otros creen que convenía buscar en las anorexias de tipo psíquico un substrato constitucional (debilidad hipofisaria) y un trastorno determinante (la prolongada infraalimentación) (Ajuriaguerra, 1977).

Es indudable que en las anorexias mentales existe una sintomatología endocrina, aunque sea causada por el trastorno principal que viene a ser la falta de elementos nutritivos. La anorexia mental se opone a la enfermedad de Simmonds (caquexia por necrosis de la antehipófisis), al síndrome de Sheehan (caquexia por necrosis aguda de la antehipófisis, generalmente consecuencia de una Isquemia), y a la poliesclerosis glandular de Falta, aún cuando secundariamente abarque un fenómeno hipofisario irreversible en casos de prolongada no- alimentación (Ajuriaguerra, 1977).

También se ha propuesto una hipótesis hipotalámica. Son conocidos los adelgazamientos potencefalíticos, los síndromes caquéticos subsiguientes a tumores del tercer ventrículo. Ciertos autores, sin admitir una lesión del tercer ventrículo, suponen la existencia de cambios funcionales hipotalámicos que pudieran explicar en forma global el factor constitucional, los trastornos de necesidades alimenticias y el adelgazamiento (Ajuriaguerra, 1977).

Se creía que era un mal funcionamiento del hipotálamo por que controla el balance de líquidos corporales, el mantenimiento de la temperatura corporal, la secreción de las glándulas endocrinas y el metabolismo de la grasa. Parece relacionarse con el deterioro de la regulación de la dopamina y, por tanto de la depresión (Aburto, 2006).

También hay quien considera importantes la predisposición o ciertos componentes constitucionales. Muchos autores coinciden en señalar que la anorexia suele producirse en niñas de una especial constitución fisiológica: las de “morfología miniatura” (H. Brauk, citado en Ajuriaguerra, 1977), de morfología de cariz ectomórfico (R. Debré citado en Ajuriaguerra, 1977), asténicas y lonfilíneas poseedoras del tipo leptosómico de E. Kretschmer (J. Carrier citado en Ajuriaguerra, 1977). Discutiendo el problema constitución somática, H. Toma (citado en Ajuriaguerra, 1977), considerando que hasta contraer la enfermedad los pacientes son normales en cuanto a talla, peso y aparición de las reglas, piensa que en ellas no existe un hipogonadismo constitucional básico.

La anorexia desequilibra el funcionamiento del organismo, dando lugar a retrasos en el crecimiento de los huesos, anemia, piel reseca, temperatura corporal y metabolismo basal bajos, ritmo cardiaco lento y falta de tolerancia al frío (Rock y Yager, 1987; citado en Aburto, 2006).

La evaluación biomédica de anorexia nerviosa es imprescindible, especialmente en los casos en que el peso sea muy bajo (Raich, 1994).

La exploración médica preliminar deberá medir la pérdida de peso que puede llegar a ser del 50%. Se han citado varios trastornos que deben analizarse:

- Sequedad de la piel, que puede agrietarse.

- Lanugo o aparición de vello, de preferencia en mejillas, espalda, antebrazo y muslos.
- Pigmentación de la piel. Coloración amarillenta en la palma de las manos y planta de pies.
- Manos y pies fríos.
- Uñas quebradizas y caída de cabello.
- Hipertrofia paratidea.
- Alteraciones dentarias, como la descomposición del esmalte dental y caries (sobre todo cuando se induce el vómito) (Raich, 1994).

Si bien en algunas personas con anorexia nerviosa no hay hallazgos de laboratorio anormales, la semiinanición característica de este trastorno puede afectar la mayoría de los órganos y producir una gran variedad de alteraciones.

Asimismo, la provocación del vómito, la ingesta excesiva de laxantes y diuréticos y el uso de enemas pueden provocar trastornos que conducen a resultados de laboratorio anormales.

Se han descrito trastornos cardiovasculares como bradicardia, hipotensión y en ocasiones, adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo (Raich, 1994).

Trastornos gastrointestinales como hinchazón, flatulencia, dolor abdominal y estreñimiento. En ocasiones, con el uso de laxantes aparecen diarreas que empeoran el equilibrio electrolítico. Alteraciones renales como elevación de la creatinina plasmática, azotemia e hipopotasemia. En el hemograma, es frecuente la aparición de leucopenia y de anemia leve; rara vez se observa trombocitopenia (Raich, 1994).

Bioquímicamente, la deshidratación puede reflejarse en niveles altos de urea en la sangre. Existe muy a menudo hipercolesterolemia; las pruebas de la función hepática están aumentadas. Ocasionalmente se ha detectado hipomagnesemia, hipocincemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia. Los vómitos autoinducidos pueden producir alcalosis metabólica (bicarbonato sérico aumentado), hipocloremia e hipopotasemia y; el abuso de laxantes, acidosis metabólica. Los niveles séricos de tiroxina (T4) suelen estar en el límite normal-bajo y los de triyodotironina (T3), disminuidos. Habitualmente se observan también

hiperadrenocortisolismo y respuestas anormales a diferentes pruebas endocrinas (Aburto, 2006)

Las mujeres presentan niveles séricos bajos de estrógenos y los varones niveles bajos de testosterona. Se produce una regresión del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal en ambos sexos (el patrón de secreción circadiana de la hormona luteinizante (LH) es similar al de los individuos pre-puberales y puberales), (DSM-IV, 1994).

El electrocardiograma se observa bradicardia sinusal y rara vez arritmias provocadas por un nivel bajo de seropotasio (DSM-IV 1994).

Alrededor del 80% exhiben bradicardia e hipotensión. Han sido reportados ritmos cardiacos tan bajos como 25 latidos por minuto (Zwaan y Mitchell, 1993, citado en Aburto, 2006).

El electroencefalograma. Puede haber anormalidades difusas (que reflejan una encefalopatía metabólica) como consecuencia de alteraciones significativas de líquidos y electrolitos. En el estudio cerebral por técnicas de imagen se observan frecuentemente un aumento del cociente ventrículo / cerebro relacionado con la desnutrición. Gasto específico en reposo. A menudo está reducido de forma significativa (Aburto, 2006).

3.2 ENFOQUE CONDUCTUAL

Este modelo no ha explorado o no se ha dedicado al estudio de los trastornos alimenticios en especial la anorexia, aunque se dará lo que se ha encontrado.

De acuerdo a este modelo, la conducta de rechazar el alimento aparece tanto primordial, como central en el cuadro. Esto conduce a formular la hipótesis de que esa conducta, mantenida a una tasa alta de frecuencia, debía estar sometida a algún genero de reforzamiento positivo; esto es, se trataría de un comportamiento operante mantenido por las consecuencias ambientales que le seguirían (Toro y Villardel, 1987).

Está demostrado que el comportamiento ingestivo, como cualquier otro comportamiento, depende de las consecuencias que determina o halla. Cuando el fenómeno situado en el punto de mira ha sido el miedo a engordar, es lógico que el cuadro anoréxico se planteara

según un modelo fóbico. Ello supone que una vez establecido el miedo a engordar, es decir, la respuesta de ansiedad ante el aumento de peso, cualquier comportamiento que consiga evitar ese aumento o reducir el peso debiera resultar reforzado negativamente a merced de la disminución de la ansiedad. La traducción terapéutica de este planteamiento se concretó en la experiencia de Hallsten (1965), quien trató con éxito a una niña de 12 años mediante desensibilización sistemática (Toro y Villardel, 1987).

El comportamiento anoréxico es explicado como fruto de un conjunto de circunstancias en las que los elementos ambientales reforzadores y los factores aversivos ansiógenos se estructuran y combinarían de tal manera que la conducta de no ingestión alimenticia no tendría más remedio que incrementarse y/o mantenerse en una elevada frecuencia (Toro y Villardel, 1987).

3.3 ENFOQUE COGNITIVO- CONDUCTUAL

Los planteamientos cognitivo-conductuales proponen que entre las variables estímulo-respuesta, median los pensamientos de los sujetos. Es decir, que las conductas características de las personas con trastornos alimentarios son de alguna manera consecuencia de las distorsiones en el pensamiento y las alteraciones de la imagen corporal.

Las características cognitivas de la enfermedad una percepción errónea de la propia imagen corporal, pensamiento de todo-nada (dicotómico), pensamiento mágico, pensamiento obsesivo-compulsivos y rituales. También las características de personalidad premórbidas se ven acentuadas en estados de deficiencia nutricional. El miedo a ser gorda se ve moderado cuando el paciente comienza a comer y a ganar peso (Garfinkel, 1995).

Garner y Bemis (citados en Hersovici y Bay, 1990) destacan que el pensamiento en la anorexia se vuelve egocéntrico, concreto y dicotómico, como se menciona, en donde no hay cabida para los puntos intermedios. De este modo, se vuelve difícil para la persona regular su ingesta de comida o su actividad física sin caer en extremos. Todos los anoréxicos coinciden, en algún punto en que la delgadez se convierte en fundamental para su bienestar, y su autoestima comienza a ser regulada por un sistema de valores que tiene como eje el peso, existe un refuerzo positivo en la pérdida de peso exitosa y de la evitación

del incremento de peso; la evitación de las comidas perpetúa una retracción social y así se mantiene el ciclo.

Los tipos de trastorno de pensamiento son:

- **Abstracción selectiva:** es basar una conclusión en detalles aislados, ignorando evidencia contradictoria.
- **Sobregeneralización:** es aquella por medio de la cual se extrae una regla a partir de un hecho y la aplican a situaciones disímiles.
- **Magnificación de los estímulos:** es notable cómo, para estos pacientes, las cosas pueden estar connotadas exageradamente.
- **Razonamiento dicotómico:** (pensamiento de todo o nada) piensan en términos extremos y absoluto.
- **Personalización y autorreferencia:** hacen una interpretación egocéntrica de hechos impersonales.
- **Pensamiento supersticioso:** creen en la relación causa-efecto de hechos no contingentes.

Siguiendo todos estos patrones erróneos de pensamiento, la anoréxica presenta una conducta manifiesta de básicamente evitación de la ingesta con el fin de tratar de no subir de peso (motivo aparente). Todos estos pensamientos la llevan a las conductas o patrones típicos de la enfermedad.

Para T. Cash (1987 citado en Aburto, 2006) los pensamientos automáticos más frecuentes corresponden a los llamados "docena sucia" y son:

- **La Bella o la Bestia;** es un pensamiento dicotómico "o soy atractiva o soy fea", "o peso lo que deseo o soy gorda". No acepta aspectos positivos y como es difícil ser perfecto, entonces se considera un desastre o se impone regímenes sumamente drásticos para intentar aproximarse al ideal que considera.
- **El Ideal Irreal;** se refiere al uso del ideal social como un estándar de apariencia aceptable. Los sentimientos de fealdad se dan cuando se compara con el ideal de la [cultura](#) y sociedad; es decir, lo que está de [moda](#). En revistas y [televisión](#) se bombardea con

[imágenes](#) en las que el peso, altura, figura, [estructura](#) corporal, musculatura, tono de piel, [color](#) de cabello, textura, etc. son destacadas. En realidad, los estándares varían con el [tiempo](#) e incluso aquellos que se acercan o asemejan con el modelo de belleza tampoco están satisfechos con ello (la [investigación](#) llevada a cabo sobre la imagen corporal confirma que personas objetivamente muy bellas no se ven como tales y sufren por ello).

- **La Comparación Injusta;** referida a quienes se comparan con gente a la que le gustaría parecerse y que encuentra en situaciones diarias. Dicha comparación, por lo general está llena de prejuicios. Por tanto, los sentimientos de envidia e insatisfacción se incrementan debido a que la comparación resulta injusta. Por ejemplo: "desearía ser tan atractiva como tal persona".
- **La Lupa;** concierne a que se observa únicamente aquellas partes que se consideran las más negativas de la propia apariencia. Por ejemplo: "que anchas son mis caderas, hacen que me vea horrible".
- **La Mente Ciega;** es aquel pensamiento que minimiza o descuida cualquier parte del cuerpo que pueda considerarse atractiva.
- **La Fealdad Radiante;** consiste en criticar una parte de la apariencia y continuar con otra y con otra hasta conseguir finalmente una gran bola de nieve en la que uno ha conseguido destruir cualquier aspecto positivo de su figura.
- **El [Juego](#) de la Culpa;** permite que la apariencia sea la culpable de cualquier fracaso, insatisfacción o desengaño aunque en principio no esté relacionado con ella.
- **La Mente que Lee Mal;** es la distorsión que consiste en interpretar la conducta de los demás en función de una falla en el aspecto corporal. Por ejemplo: "no tengo suerte en el trabajo porque soy gorda". Son suposiciones sin fundamento real, pero ellos consideran que es la única causa posible de su fracaso y actúan en función a ello.
- **La Desgracia Reveladora;** referida a la predicción de desgracias que sucederán por culpa de la apariencia. Por ejemplo: "nunca me amarán por mi apariencia". Se usan frecuentemente los "siempre" y "nunca".
- **La Belleza Limitadora;** consiste en poner condiciones a las cosas a realizar que las hace imposibles. Por ejemplo: "no puedo ir a esa fiesta a menos que baje 4 kgs."
- **Sentirse Fea;** es un error cognitivo que consiste en convertir un sentimiento personal en una verdad universal. Es decir, el que una persona se sienta fea, no significa

que lo sea, ni que los demás consideren eso, ni que ella misma pueda sentirse bien consigo más adelante.

- **Reflejo del Malhumor;** es traspasar el malhumor o preocupación causada por cualquier circunstancia o evento a su propio cuerpo. Por ejemplo: "un día difícil o un disgusto es atribuido a algún aspecto de su apariencia".

La "docena sucia" comprende pensamientos que pueden enmarcarse en muchas distorsiones cognitivas. Aunque estos pensamientos no son exclusivos de los trastornos alimentarios, la persistencia y credibilidad que se les atribuye puede considerarse etiológica y mantenedora.

Una de las cosas que ha llamado la atención de los clínicos desde el comienzo del estudio de los trastornos alimentarios es que las muchachas que presentan un aspecto esquelético creen que se ven gruesas. Esta incongruencia con la opinión externa ha llevado a desarrollar diversos estudios en los que se evalúa a través de diversos procedimientos la percepción de las medidas corporales. Por ejemplo, una de las maneras más sencilla de hacerlo es pedirle a la persona que indique sobre una superficie externa la longitud que cree poseen sus caderas vistas de frente. Luego, se miden y se comparan las longitudes real y la propuesta por la paciente. En numerosos trabajos ha quedado claro que las anoréxicas tienden a sobrestimar su tamaño corporal, creyendo que son mucho más gruesas de lo que en realidad son; es decir, la fotografía mental de su cuerpo no corresponde a una estimación objetiva.

A partir de las primeras publicaciones sobre el tema, se desarrollaron muchas investigaciones en las que se han utilizado diversos métodos de evaluación, desde los más sencillos a los más sofisticados. Los resultados indican que esta sobrestimación corporal no se debe a fallas perceptivas y que la insatisfacción corporal no es una consecuencia de la percepción alterada, sino que parece ser realmente la causa. La evaluación del propio cuerpo que está correlacionado con la autoestima y que es valorado socialmente constituye una amenaza al propio valor y genera ansiedad, por lo que no ocurre una objetividad en la medición (Mora y Raich, 1993).

3.4 ENFOQUE PSICOANALITICO

La anorexia nerviosa no es más que una expresión de un conflicto intrapsíquico a través de la vía oralimenticia; el rechazo de alimento está relacionado con un símbolo oral primitivo (Toro y Villardel, 1987).

Hay que comer para vivir y no, vivir para comer dice el dicho popular.

La paciente con anorexia parece plantear otra posibilidad: no comer para vivir, haciendo gala de esa actitud que Ch. Lasègue describe como “seguridad satisfecha”, “optimismo inexpugnable contra el que se quiebran las súplicas y las amenazas”. El otro se quiebra, y ella, la sujeto con anorexia permanece incólume (Goldman, 2000).

El médico, menciona Goldman (2000), es requerido en función de científico y el medio exige de él un número infinito de agentes terapéuticos nuevos, y es ahí donde él responde a la demanda. El enfermo no espera de él puramente la curación, a veces viene a demandarle que lo autentifique como enfermo, que lo preserven en su enfermedad y soporten su cuerpo sufriente. La demanda apunta a otro, su ausencia o su presencia ha de ser respuesta. Decir demanda es decir demanda de amor, es con amor que se procura responder a la falta en ser, en tanto falla abierta por el lenguaje. Confundir demanda de amor por necesidad, es intentar atiborrar al sujeto con lo que se tiene, pensada la necesidad como una respuesta que sabe del deseo en el Otro. Se podría conjeturar que el sujeto que padece anorexia-bulimia, es que está enfermo del atiborramiento del Otro, de estar alienado su deseo a la demanda de ese Otro, y a su demanda de amor se la responde y taponada desde la necesidad (Goldman, 2000).

Para Tinahones (2003) menciona que estamos ante una paciente donde “no hay demanda, no pide nada”, entre otras cosas porque teme que se le dé lo que no quiere, es decir, que se le atiborre de comida. Cuando de lo que se trata es de otra cosa.

Para comprender lo que está mas allá del deterioro físico que conlleva el síntoma, tendríamos que remontarnos a la infancia del sujeto y para ello tomaremos como punto de partida el “Don de Amor”, que es algo que transmite la madre y que no podemos referir a un objeto de la realidad sino más bien lo situamos del lado simbólico (Tinahones, 2003).

Porque cuando un niño llora, la madre puede responder de diversas maneras, siendo ella la que tiene el poder de interpretar lo que quiere, en cada momento. Cuando una madre responde a la llamada del hijo satisfaciendo las necesidades biológicas estamos ante una madre que prioriza la satisfacción de la necesidad en contra del deseo. Son estos niños los que a medida que van creciendo siguen planteando una batalla a la hora de comer, a veces llegando a un auténtico rechazo de la papilla que los asfixia (Tinahones, 2003).

Para Ajuriaguerra (1976) el hecho de comer está ligado a unas preocupaciones sexuales a la creencia de una fecundación por la boca y por la comida. Estos fantasmas serían por tanto la expresión del temor a ser fecundada; la obesidad simbolizaría el embarazo, debido a un exceso de alimentación y donde el nacimiento sería una especie de exoneración. El problema puede centrarse a veces en un plano mucho más primitivo: incorporación del seno, objeto ambivalente benéfico y maléfico. Es en la lucha entre la incorporación y el rechazo donde se encuentran a veces las bases primitivas de la anorexia, implicando el comer la asimilación y la destrucción simultáneamente.

Ajuriaguerra (1976) también menciona que cuando el niño tiene de 5 a 8 meses, puede ir reaccionando de modo apático a la alimentación. En el niño existe una reacción a la alimentación: no coopera, (anorexia inerte) o se opone abiertamente con reacciones de chillidos, agitación, vómitos (anorexia de oposición). Este último tipo de anorexia marca la clave hacia el mundo de la relación entre la madre y el niño. El niño al reaccionar ante la comida:

1. Rechaza o acepta la relación con la madre.
2. Es una manifestación de la personalidad que se opone al adulto (pasividad-rebeldía).
3. Es una reacción al comportamiento de la madre (nerviosismo, rigidez, complacencia, ansiedad...).
4. Se torna un problema importantísimo para la madre.
5. Los padres pueden reaccionar dejándose embaucar por la tiranía del niño.
6. Los padres pueden reaccionar con hostilidad y tiranizan al niño con su madre.
7. La anorexia muy agudizada refleja un conflicto de relación del niño con su madre.
8. Estos niños es fácil que se retrasen en el control de esfínteres, alteren el sueño....

9. Hay madres que hacen a sus hijos anoréxicos, son posesivas, exigentes, o se precipitan y los atragantan. Se generan hábitos permanentes de ritualización de comportamientos frente a la comida como reacción a: oposición de las normas del adulto, o bien, capricho en relación con la comida.

Melanie Klein menciona que el niño ve en la madre un pecho bueno que lo alimenta y un pecho malo que no está presente cuando necesita del inmediato y perentorio deseo de ser alimentado (González, 1999, citado en García, 2002). También menciona que el acto de comer, y no la comida misma es lo que aprenden los niños que tiene poder de comunicación: los afectos y las emociones...La comida no sólo satisface el hambre y elimina el apetito del niño sino que también colma el deseo de ser amado y atendido. Si dichas necesidades no son satisfechas, el niño es capaz de arremeter contra el acto de comer.

Estas madres confunden el objeto de la necesidad con el don de amor, dando lugar a una relación mediatizada por la comida. La adolescencia es un periodo de cambios; es el momento de asumir la identidad sexual, en ese momento se desencadena el síntoma que borra la diferencia; puesto que el cuerpo queda asexuado. Mediante la identificación sintomática queda borrada la particularidad subjetiva y permanece fijado a una posición infantil en la que tiene lugar un predominio de la oralidad. El sujeto que elige esta identificación sintomática dice que el sacrificio no le asusta incluso es buscado y se goza porque estaría en juego su propia existencia. El sujeto se considera alguien especial, tanto para él mismo como para los otros donde busca su identidad en el lugar donde prevalece la Nada en oposición al Todo que estaría representado por la figura de una madre omnipotente que privilegia la satisfacción de la necesidad en contra del deseo. La respuesta a esa figura controladora es un intento desesperado de separación, apareciendo la muerte como una promesa de liberación, que le permita preservar su deseo (Tinahones, 2003).

Un deseo puro que no pasa por la sexualidad puesto que al faltar el don de amor, el encuentro sexual siempre lo deja insatisfecho. En este sentido para sentirse querido se somete a los ideales familiares o sociales, de manera tal que cumpliendo con el Otro desaparece como sujeto, quedando reducido a un objeto de desecho. Objeto descarnado

puesto que niega la necesidad, sintiéndose culpable por estar vivo, se interna en la soledad, siendo la propia existencia el núcleo del conflicto (Tinahones, 2003).

Boris (citado en Rubio, 2004) conceptualiza a la anorexia nerviosa como una inhabilidad para recibir cosas buenas de los demás por el inusual deseo de poseer. Cualquier acto de recibir alimento o amor confronta a estos pacientes justamente con el hecho de que ellos no pueden poseer lo que desean. El paciente transfiere el siguiente mensaje: “No hay nada bueno disponible para mi que yo pueda poseer, así que simplemente renunciaré a todos mis deseos”. Esa renunciación hace al paciente anoréxico el objeto de deseo de otros y, en su fantasía, el objeto de envidia y admiración (ella, la paciente, envidia y avaricia lo que otros poseen por eso esa actitud), por que ellos están “impresionados” por su autocontrol. El alimento simboliza las cualidades positivas de ellos que el paciente desea para si; estar esclavizado por el hambre es preferible a desear poseer la figura materna.

Bruch (citada en Rubio, 2004) observó que la preocupación por la comida y el peso es un acontecimiento relativamente tardío emblemático de un trastorno más fundamental en el autoconcepto. La mayoría de los pacientes con anorexia nerviosa tienen una convicción extrema de que ellos son totalmente impotentes e inefectivos. La enfermedad comúnmente ocurre en “niñas buenas” que han dedicado su vida tratando de complacer a sus padres, solo para que de repente se conviertan en obstinadas y negativistas en la adolescencia. Estos pacientes carecen de todo sentido de autonomía hasta el punto de que ellos ni siquiera se sienten en control de sus funciones corporales. La postura defensiva premórbida de ser una niña pequeña perfecta comúnmente es una defensa contra un profundo sentimiento subyacente de inutilidad. La anorexia nerviosa se desarrolla, en las propias palabras de Bruch (1987, citada en Rubio, 2004) como un “intento de autocuración, para desarrollar mediante la disciplina sobre el cuerpo un sentido de sí mismo y efectividad interpersonal. Los anoréxicos transforman su propia ansiedad y problemas psicológicos a través de la manipulación de la ingesta de alimento y el tamaño.

Bruch (1987, citada en Rubio, 2004) rastreó los orígenes del desarrollo de la anorexia nerviosa hasta una relación trastornada entre el niño y la madre. Específicamente, la madre parece criar al niño más de acuerdo a sus propias necesidades que las del propio niño.

Cuando el niño iniciado apunta a no recibir respuestas válidas y confirmatorias, el niño no puede desarrollar un sentido sano de sí mismo. Entonces, el niño se ve a sí mismo simplemente como una extensión de la madre, no como un centro de autonomía con su propio derecho. El niño no es percibido como un sujeto separado, sino como el “brazo derecho” de la madre. Así, ella determina que la respuesta de “hambre” es una conducta aprendida en la infancia y depende de las interacciones en la alimentación entre madre-hijo y precisamente éstas son las que determinan el reconocimiento de hambre más tarde.

Bowlby (1989) menciona que una madre ansiosamente apegada es propensa a buscar el cuidado de su propio hijo y por lo tanto hace de que el niño se vuelva ansioso, culpable y tal vez fóbico.

Bruch (1987, citada en Rubio, 2004) entiende el comportamiento del paciente anoréxico como un esfuerzo frenético para ganar admiración y validez como una persona única y especial con atributos extraordinarios.

Masterson (citado en Gabbard, 1994) notó una similitud entre las dinámicas de algunos pacientes anoréxicos y la de los pacientes con desordenes de personalidad límite. Con falta de algún sentido de identidad, el niño desarrolla un falso self para complacer a la madre. La niña pequeña trata de ser la niña perfecta como una forma de reasegurarse a sí misma de que su madre no la abandonará.

La Teoría de Apego considera un *apego ansioso resistente*, donde el individuo está inseguro de si su progenitor será accesible o sensible o si lo ayudará cuando lo necesite. A causa de esta incertidumbre, siempre tiene tendencia a la separación ansiosa, es propenso al aferramiento y se muestra ansioso ante la exploración del mundo. El progenitor que se muestra accesible y colaborador en algunas ocasiones pero no en otras, y por las separaciones y por las amenazas de abandono utilizadas como medio de control (Bowlby, 1989).

Concretamente, la anoréxica sería una joven con unos padres permanentemente en competencia por sacrificarse por su hija. Al propio tiempo le plantearían unas exigencias muy extremas, difícilmente realizables, especialmente en lo que concierne al aspecto físico,

el comportamiento general y el rendimiento. Los problemas específicos que conducirían ulteriormente a la anorexia se iniciarían, claro está en la primera infancia, básicamente en las situaciones de alimentación que ponen en contacto a la madre y al hijo. La madre, en estos casos, no reaccionaría coherentemente a los estados de privación y saciedad de la pequeña, impidiéndole una correcta discriminación de la “conciencia de hambre”, entendida como el reconocimiento de ciertas sensaciones y cogniciones que se experimentan en la privación de alimento y a ellas se asocian (Toro y Villardel, 1987).

Chinchilla (1994) menciona que Bruch destaca tres trastornos centrales en la Anorexia Nerviosa: la alteración de la imagen corporal, las distorsiones interoceptivas que afectan desde la sensación de hambre hasta las sensaciones afectivas, y el sentimiento de ineficacia personal.

Toro (1987) comenta que en el abordaje del problema anoréxico, las relaciones entre los padres juegan un papel central: en las relaciones de pareja, todo conflicto es negado dando la impresión de que no existen problemas entre ellos; sin embargo, cada uno de los padres ve con desagrado y rencor a su compañero. En lo concerniente a las relaciones con sus hijos, cada padre parece satisfecho en cuanto a padre en la misma medida en que experimenta satisfacción respecto al otro. El pequeño permanecerá así inmaduro e independiente.

Jacques Lacan habla de la distinción entre necesidad, demanda y deseo, la cual es particularmente operativa: se trata de comprender la anorexia nerviosa como, no que el niño no come sino que come nada. Lo que significa que, en la medida que ha sido colmada al nivel de las necesidades fisiológicas (a veces incluso antes de la necesidad). Es entonces que se vuelve vital comer “nada” con el fin de que se mantenga viva la dimensión del deseo. De esta forma, Lacan propone el concepto de deseo insatisfecho: un niño de pecho puede quedar satisfecho desde el punto de vista de su hambre y, sin embargo, desde el punto de vista de su deseo permanecer insatisfecho. Ya no tiene hambre fisiológica, pero mentalmente conserva el apetito del deseo. Siendo para el psicoanálisis este apetito de deseo es un estado inherente al ser humano, ya sea que tenga unas horas de vida, ya se encuentre en los últimos años de su existencia. El deseo sería una aspiración jamás

realizada porque el fin buscado es un fin imposible, el del incesto. El deseo es siempre deseo incestuoso de poseer el cuerpo total de la madre (para el varón) o de tener un hijo del padre (para la niña), sin lograrlo jamás. El resultado es, pues, la insatisfacción. Cada vez que se utiliza la expresión “deseo insatisfecho”, se trata del deseo incestuoso. Ahora bien, la insatisfacción del deseo incestuoso se traduce mentalmente, no por un vacío o por una carencia en el pensamiento, sino, al contrario, por una producción suplementaria, la de una alucinación mental. Es decir, la alucinación del seno es el sustituto de la posesión incestuosa del seno materno (Baravalle, 1998).

La paciente anoréxica rechaza este estado dúplice que se reconoce en el niño de pecho, satisfacción del hambre e insatisfacción del deseo. La anoréxica consiste en decir: “no quiero comer para satisfacerme y no quiero satisfacerme para estar segura de que mi deseo permanece intacto, y no solamente el mío, sino también el de mi madre”. La paciente no come porque en la relación con su madre su deseo queda reducido a la necesidad, pues se le atiborra de comida cada vez que se efectúa una demanda de amor (Baravalle, 1998).

Dolores Aldana (Comunicación personal, 2003) refiere que “la anoréxica lo que desea es un plato de nada”, esto se refiere a que la anoréxica está llena del deseo de la madre, ella no es nada sin el deseo de la madre pero la nada le hace ser algo separado de la madre; en casos extremos hasta llegar a la muerte para ser la nada.

El empleo de los tres órdenes de lo Real, Simbólico y lo Imaginario permitió claramente a Lacan extraer una nueva perspectiva de la función paterna en el campo social y psíquico. En el campo social, la función paterna está inscrita en las leyes jurídicas que se aplican a la genealogía, la filiación y la alianza y, de una manera más general, al parentesco. En el campo psíquico, la función paterna se inscribe en cada sujeto, sea cual fuere la realidad que el padre encarna. En un sujeto él es el significante que representa a la Ley. Este significante es importante por que introduce la diferencia animalidad y la humanidad. La anoréxica cuestiona corporalmente tanto la transmisión social del parentesco como su transmisión psíquica dándole a cada padre (y no solo a la madre) el sentido que puede tener para ellos el hecho de estar juntos y de haber traído al mundo a esa niña (Raimbault y Eliacheff, 1991).

Desde este punto de vista no se había explicado la relación de padre e hija hasta que Bemporad y Rately (citados en Gabbard, 1994, citado en García, 2002) han observado un patrón característico de involucramiento paternal las hijas anoréxicas. El padre típico era superficialmente cuidadoso y un apoyo pero abandonaba emocionalmente a su hija cuando ella verdaderamente lo necesitó. Además, muchos padres de pacientes anoréxicas buscan alimento emocional de- en vez de darlo a –sus hijas. Ambos padres frecuentemente están experimentando una decepción sería en su matrimonio, llevando a cada padre a buscar sustento emocional de su hija. En términos psicológicos del self, la hija puede ser tratada objeto del self que provee un espejeo y valida funciones para cada padre pero es negado su propio sentido de sí misma (Malson, 1998).

Baravalle y otros (1998) vuelve a retomar otra vez el deseo de la madre hacia su hijo. Menciona que el deseo de la madre siempre es un enigma para el niño, y esté, para no perderla, intentará satisfacerlo haciéndose su objeto. El riesgo es saber satisfacer ese deseo enigmático e insaciable es que desaparezca como sujeto deseante. Si el padre no pone un límite haciendo un corte en ese vínculo madre-hijo, si el padre no interviene separando “esa unidad”, dejará a ese niño sacrificando a su madre.

Baravalle y otros (1998) también menciona que hay goce en la anorexia en el sentido siguiente: por un lado, en ese síntoma, ella, la anoréxica, es “ese objeto deseado”, ella es esa imagen fálica que le satisface. Tiende a encontrar “ese estado donde no hay tensión, donde todo está en calma y no necesita nada. Placer, más allá del principio del placer: la muerte. Es por ello que éste presenta una insistente tenacidad, es perseverante y no desiste fácilmente, no quiere renunciar a aquello que ha conseguido aunque le haga sufrir. En ese síntoma hay al menos una reafirmación de su ser, ¿quién soy?: soy eso, mi síntoma.

Hekier y Miller (1994) lo explica de mejor manera al decir que hay una constante que el decir y el actuar ubique a la muerte como el significante que posibilita articular interrogarse acerca de su ser: “Necesito morir para saber; ¿quién soy? Después de muerto quiero ver qué pasa con ellos...”. Si pierdo mi enfermedad, no sé qué hago, ¿qué soy?. El padecimiento surge, de este modo, como significante del deseo.

Hekier y Miller (1994) menciona que el deseo queda delimitado como el resultado de la demanda sobre la necesidad: el deseo es entonces la metonimia de la metáfora. En el orden del amor, se trata entonces de lo que el Otro no tiene....se trata aquí de la demanda de “algo”: demanda de nada. En tanto demanda de nada, es demanda al Otro castrado, demanda paradójica del don de la nada, de la pura falta del Otro como objeto del don. Se trata de una figura de la nada como objeto del don amoroso: que el Otro dé justamente lo que no tiene y, en eso, dar algo de su ser.

Jacques Lacan (citado en Hekier y Miller, 1994) evoca:

“Te amo, pero por que, inexplicablemente, amo en ti algo más que a tú, el objeto a, te mutilo”.

“Es el niño al que alimenta con más amor el que rechaza el alimento y juega con su rechazo como un deseo (anorexia mental)”.

Bowlby (1989) menciona en que, aquellas mujeres cuya infancia ha sido perturbada tienden a entablar con sus niños una menor interacción que la que entablan madres con infancias más felices, en un período de la vida de sus bebés en que la cantidad de interacción que se produce está determinada casi totalmente por la madre.

Erickson (1985) en su libro “El ciclo vital completado” habla acerca de estadios o etapas de desarrollo que pasamos las personas en toda nuestra vida, este esquema evolutivo se basa en las teorías fundamentales del psicoanálisis: la del desarrollo psicosexual y la del yo, junto con una teoría psicosocial con modos orgánicos que dominan las zonas psicosexuales del organismo humano. Algo que menciona Erickson es que en cada etapa o estadio hay crisis pero si se da un buen desarrollo estas crisis pueden superar y pasar a la otra etapa, sino se pasa el niño se queda fijo y se arrastran cosas porque no se ha cerrado ese círculo y junto con el deviene crisis que no se pueden superar, entonces cuando llega la adolescencia el niño no puede reestructurarse por que no ha completado etapas y sucede lo que pasa en la anorexia.

3.5 ENFOQUE SISTÉMICO

Minuchin y sus colegas describieron un patrón de enredo en las familias de pacientes anoréxicos, donde existe una ausencia general de límites generacionales y personales. Cada miembro de la familia está sobreinvolucrado en la vida de cada miembro hasta el punto de que ninguno siente un sentido de identidad separada aparte de la matriz familiar (Garner y Garfinkel, 1997). Esto es, que la familia del anoréxico por desarrollar entre sus miembros unas relaciones interpersonales con una excesiva implicación emocional, con actitudes confusas de sobreprotección constante, con una gran dificultad o ausencia de resolución de conflictos que surgen cotidianamente en la convivencia, implicando al hijo con anorexia en problemas conyugales (González, 1999, citado en García, 2002).

Stierlin y Weber (1990) presentan una descripción de los que se podría considerar como el perfil de los padres de una paciente anoréxica. En especial en la familia materna que en muchas ocasiones, la bisabuela ya era un ejemplo particularmente llamativo de abnegación y autosacrificio. La abuela iba un paso más allá, representando una figura santa que siempre era paciente y estaba dispuesta a ayudar a los demás. La madre adoptaba los mismos lineamientos, imponiéndose a sí misma aún más restricciones que su propia madre y superando a ésta en capacidad de sacrificio y altruismo. Finalmente, la hija anoréxica parece ser un paladín aún más ferviente del credo familiar, llevándolo hasta límites absurdos. Por un lado, es aún menos complaciente consigo misma, se castiga y atormenta mediante una negativa radical y coherente a comer, con lo que avergüenza a todas sus predecesoras. A la vez, se muestra interminable e infatigablemente preocupada por el bienestar psicológico y sobre todo físico de los demás miembros de la familia, para los cuales a menudo compra alimentos o cocina con mayor devoción y cuidado, la anoréxica se ve así ante una cadena transgeneracional de exigencias cada vez más grandes e interiorizada de autosacrificio. Una persona que constantemente practica el autosacrificio y permanentemente da más de lo que recibe, a la vez tiene derecho a una recompensa; la cual, tal como se dan las cosas, puede ser reclamada a los miembros de las siguientes generaciones, o sea, los propios hijos de esa persona. De ahí el mensaje inconsciente transmitido al hijo detrás de los sacrificios de la

madre: “mira, es tanto lo que le ha dado a mi madre, a mis padres, que ahora a ti te toca resarcirme”.

En la medida en que estos progenitores han aceptado y adoptado el credo familiar particularmente el de no dejarse llevar por las emociones y controlarse a sí mismos y a las propias pasiones. Stierlin (1990) prevee que a lo largo de su vida, estos progenitores tarde o temprano se ven rechazados o decepcionados por novios o novias de inclinaciones románticas, que suelen ser más desinhibidos, anticonvencionales y llenos de exigencias sexuales. Tras esas desilusiones, buscan a alguien que les pueda garantizar orden, confiabilidad y seguridad social. Con una mezcla de resignación y de alivio. Optan por un “matrimonio por conveniencia” en el que el interés mutuo, la comprensión y la armonía son más importantes que el “amor”. El sexo matrimonial pierde importancia. A los cónyuges les resulta más importante ser buenos padres para sus hijos, y buenos hijos de sus propios padres, que buenos amantes el uno con el otro; de ahí que tomen sus deberes como progenitores muy seriamente.

Minuchin y otros (1978, citado en Rubio, 2004) afirman haber quedado sorprendidos por la estabilidad de los matrimonios de los padres de pacientes anoréxicas. Esta estabilidad en los matrimonios de los padres de las anoréxicas suele lograrse a expensas de ciertas restricciones y rigidez. Tienen dificultades para afrontar desafíos en pos del cambio y el desarrollo, por una razón crucial: las actitudes y pautas de conducta descritas anteriormente.

Stierlin (1990) afirma que la evolución familiar se torna extremadamente difícil, por no decir imposible, en las relaciones matrimoniales regidas por el lema de que no hay que dejarse llevar por las emociones, y que debe conservarse la armonía, respetar las convenciones y mantenerse juntos a cualquier precio.

Minuchin y cols. (1978) estudiaron las características observadas en familias que cuentan con niños afectados de enfermedades psicosomáticas. La anorexia sería un trastorno psicosomático más, gestado en un ambiente similar y de modo semejante a los observados en la diabetes o el asma (Toro y Villardel, 1987). Destacan la tendencia de las familias

anoréxicas a apoyar la expresión somática de los conflictos y los encuadran dentro de un perfil de familias psicósomáticas surgido por las características de organización y funcionamiento que surgen de las convergencias y recurrencias observadas en los patrones de interacción familiar (Hersovici y Bay, 1991).

Dentro de estas características que observaron son:

- El aglutinamiento. Es una forma particular de proximidad e intensidad que ocasiona que cualquier cambio tenga una consecuencia a lo largo de todo el sistema. Lo cual se puede ver en la independencia de las relaciones, en las instrucciones constantes en los pensamientos y sentimientos del otro. La percepción de sí mismo y de los otros miembros de la familia está muy mal diferenciada. Lo ilustra muy bien esto.

Deborah Hautzing (2000) en *La segunda estrella a la derecha*: “Mamá contó esta anécdota a tanta gente que empecé a preguntarme quien la había gozado más, sí ella o yo”.

En esta forma de funcionar es frecuente que un conflicto diádico produzca una cadena de alianzas alternantes a lo largo de toda la familia, involucrando poco a poco a otros miembros. Los límites que definen la autonomía individual no son claros, tanto, que el espacio vital del sujeto es comúnmente usurpado. Los límites entre los conyuges, parentela y fraterno también son débiles y están sujetos a transgresiones. Por esto, no es infrecuente que un hijo se alíe con un progenitor en contra de otro, o que los hijos tomen inapropiadamente un rol parental en relación con otro hermano. Ante la falta de un subsistema parental eficaz y muy bien definido, no es raro que los padres tengan objetivos distintos con respecto a sus hijos. Una de las formas características en que se puede observar esta situación en la familia con un hijo anoréxico es aquella según la cual uno de los padres argumenta que la hija es una caprichosa empedernida, mientras tanto el otro que dice que entiende que no es que la hija no quiere sino que no puede comer y que, seguramente, esto se deba a situaciones profundas de difícil solución inmediata (Hersovici y Bay, 1991).

- La sobreprotección. Se refiere a que los miembros de la familia son especialmente agudos en la detección de señales de estrés en sus seres queridos. Están muy preocupados por el bienestar de todos, y esta preocupación se extiende más allá del paciente designado o su enfermedad específica. Las respuestas de cuidado y

protección surgen continuamente a medida que interactúan los miembros. Una lágrima puede desencadenar innumerables ofrecimientos de pañuelos. Las demandas o comentarios críticos generalmente se acompañan de conductas apaciguadoras. Las señales de angustia son una banderilla que les indica a los miembros de la familia que se aproximan a niveles peligrosos de tensión o conflicto. La forma de estructura las preocupaciones del otro gira alrededor de recaudos de protección, por ejemplo: “me da placer cuando la veo comer con hambre”.

En estas familias la sobreprotección de los padres retarda el desarrollo de la autonomía y buen desarrollo de los hijos. Es típico que inhiban la persecución de actividades fuera del ámbito del hogar. Esta invaginación de la familia, lleva a que los hijos, especialmente el paciente designado, también sientan gran responsabilidad por proteger a la familia, lo cual frecuentemente se hace reforzando su sintomatología (Hersovici y Bay, 1991).

- La rigidez es un compromiso fuerte en el mantenimiento del status quo. Se resisten a realizar los cambios necesarios que impone el desarrollo. Operan como un sistema cerrado, negándose a modificar sus pautas de interacción ante crisis evolutivas normales, tales como la entrada de los hijos a la adolescencia. Esta inflexibilidad permite solo un repertorio de respuestas interpersonales (Hersovici y Bay, 1991).
- En la falta de resolución del conflicto la combinación del aglutinamiento, sobreprotección y la rigidez traen como consecuencia una baja tolerancia al estrés. La estructura idiosincrásica de cada familia dicta la manera particular en que se racionalizará la evitación del conflicto. Como resultado, no hay negociación explícita de las diferencias. Los problemas quedan sin resolverse, representando una amenaza constante que activa una y otra vez los circuitos de evitación del sistema. Algunas veces uno de los cónyuges es el evitador. Otras tantas, los miembros discuten constantemente, pero las interrupciones típicas y los cambios de tema que caracterizan a los sistemas aglutinados ofuscan cualquier tema conflictivo antes de que pueda surgir como para resolverse. Existen otras familias que simplemente niegan la existencia de cualquier problema (Hersovici y Bay, 1991).
- La participación del paciente designado en los conflictos familiares hace referencia a la utilización del hijo como agente desviador de los conflictos conyugales, con el

efecto de mantener el subsistema conyugal. Una forma en que esto puede expresarse es la triangulación, que es una situación en la cual cualquier cosa que el hijo haga o diga significará tomar partido por uno de los padres.

En la coalición padre-hijo, el muchacho queda situado en una coalición estable de un padre en contra del otro. En el tercer tipo de patrón, el cual se llama desviación, la díada conyugal está unida. Los padres sumergen sus problemas en una postura de protección o acusación del hijo enfermo, definido así como el único problema familiar. Las preocupaciones de los padres absorben a la pareja de tal modo, que cualquier señal de estrés marital es suprimida o ignorada (Hersovici y Bay, 1991).

De acuerdo con Volmat, Allers, Vittorius y Dufay (1970, citados en Spier, 1986, citado en García, 2002) las características de personalidad de estas enfermas son: inmadurez afectiva, rechazo de la sexualidad e intelectualización, así como perturbaciones de la personalidad, frecuentes mecanismos obsesivos y fijaciones infantiles.

La relación con el padre suele estar definida por el rechazo, por el contrario, la relación con la madre parece muy estrecha, pero tiene un carácter bivalente. Por un lado se ha destruido la dependencia simbiótica de la madre a través de su actitud de “no querer dejarse alimentar más”, lo que en opinión de Davenport (1972), Müller (1953) y Richter (1965) es interpretado como un intenso rechazo de la madre; pero por otro lado, es la búsqueda de contacto con ella que es motivada por sentimientos de culpabilidad, todo esto como una expresión de la ambivalencia de la conducta de las pacientes anoréxicas (Blackwell; Demoulin; Warren citados en Shütze, 1983). De las interacciones entre la madre e hijo no sólo es consciente el hijo; también lo es la madre, quien intenta evitar la pérdida inminente de la relación simbiótica, pérdida que tendría que ser como consecuencia del ulterior desarrollo puberal del niño (Meyer, Ziehe citados en Shütze, 1983).

La idea común de Selvini Palazzoli (1974) es que la anorexia nerviosa no es un trastorno mental individual sino que refleja una disfunción de toda la familia como sistema, en la que el trastorno cumple un papel homeostático y estabilizador (Vadereycken y otros, 1991).

Según el modelo de Selvini Palazzoli es que el grupo familiar sería un sistema autorregulado basado en ciertas normas que perpetúan su disfuncionamiento. El desarrollo de la anorexia sería la única adaptación posible del individuo a ese tipo determinado de funcionamiento familiar. Las familias de anoréxicas se caracterizan por un alto grado de disfunción conyugal, problemas de liderazgo de los padres, rechazo de los mensajes emitidos por los otros, pobre resolución de conflictos, alianzas encubiertas, coaliciones entre los miembros que no son reconocidas, desplazamiento de culpa y extrema rigidez (Vadereycken y otros, 1991).

Mara Selvini Palazzoli también señala que la familia es tratada como un todo que no puede ser reducido a la suma de las características de sus miembros. Lo que caracteriza a la familia como un sistema son, mejor dicho, los patrones transaccionales específicos que refleja. Cada familia tiende a repetir estos patrones con una alta frecuencia y consecuentemente surgen las redundancias.

Si se define a la familia como un sistema autogobernante basado en reglas establecidas a través de series de juicios y errores, entonces sus miembros se convierten en muchos elementos de un circuito en el cual ningún elemento puede tener un control unilateral sobre los otros. En otras palabras, si el comportamiento de cualquier miembro de la familia ejerce una influencia indebida en el comportamiento de los otros, sería un error epistemológico sostener que su comportamiento es el efecto de patrones de interacción pasados. El estudio de este tipo de repercusiones. Hasta dichos patrones de comportamiento según reducen a la víctima ostensible a la impotencia no son mucho estímulo como respuestas. En otras palabras, ambos patrones en la interacción están mal interpretados- el manipulador que cree en su omnipotencia no menos que su aparentemente impotente víctima. Pero si ambos están errados, entonces el poder real descansa en las reglas de juego llevado a cabo en el contexto pragmático de las respuestas conductuales de todos los protagonistas, ninguno de los cuales es capaz de cambiar las reglas desde adentro. Esto es, las condiciones se dan en base a las interacciones de todos (Selvini Palazzoli, 1999).

Según el enfoque de Selvini Palazzoli, el grupo familiar es un sistema que está regulado por sí mismo a través de un conjunto de normas que perpetúan hasta el infinito su mal funcionamiento. Las familias en las que hay un miembro que presenta trastornos de la alimentación, en concreto, anorexia nerviosa, presenta una serie de características (González, 1999, citado en García, 2002):

- 1) Los problemas conyugales son expuestos delante de los hijos sin miramientos hacia su presencia (conflictos).
- 2) En padres excesivamente flexibles sin ninguna autoridad, contradictorios en sus pautas educativas ante los hijos.
- 3) Falta de respeto y de aceptación entre los diversos miembros de la familia.
- 4) Falta de comunicación y silencio ante los conflictos y problemas. Miembros muy independientes
- 5) A veces alianzas por grupos separados de miembros familiares. Los problemas son manipulados, tapados o encubiertos.
- 6) Se buscan culpables de los conflictos.

En todas las pacientes el problema con la madre es central. La relación con ella, lugar primigenio de la formación del yo, aparece muy trastornado. Estas madres insatisfechas en su vida afectiva, tanto familiar como conyugal, son portadoras de importantes núcleos de depresión que no están en condición en relación con su hija, de consagrarse “debidamente” a su propia función psicológica de “aquella que alimenta”, protegiéndose a sí misma y a ella de la turbación. La comida, signo y símbolo de este fracaso de la relación originaria, se convierte, por lo tanto, en el lugar del conflicto. Rechazando o derrochando el alimento la hija combatirá en sí el dolor del duelo, mientras que la madre verá surgir el drama de su propia impotencia (Selvini Palazzoli, 1999).

Palazzoli comenta que las pacientes anoréxicas son realmente pacientes hambrientas por ello propone que en vez de anorexia, el trastorno debería llamarse “comportamiento anoréxico”, ya que las pacientes se conducen “como si” no tuviera apetito. Aunque suelen decir que no tienen apetito, esto es una expresión estereotipada de su actitud básica. La inclinación de estas pacientes hacia el tema de la comida y, al mismo tiempo el rechazo a la misma pone de

manifiesto en primer plano la conflictiva de estas cuestiones que se manifiesta en todo y, por ello también, en los sueños y en los recuerdos infantiles. Selvini señala que podría ser suficiente estudio del mundo onírico de estas pacientes con sus frecuentes y, a menudo ambivalentes sueños, sobre la comida, para realizar un diagnóstico diferencial sobre la auténtica anorexia y aquella que parece en pacientes con enfermedades orgánicas (Barcia y Ruiz, 1995 citados en García, 2002).

Selvini Palazzoli construye un concepto específico de anorexia nerviosa como una condición en la cual el cuerpo es usado como un instrumento para una lucha individual por la existencia. La emaciación es vista como un síntoma clave, como un esfuerzo concreto por la independencia (Selvini Palazzoli citada en Bruch, 2001).

3.5.1 Relación entre hermanos

Las niñas que con el tiempo se vuelven anoréxicas por lo general no son hijas únicas. A menudo, sin embargo, tienen una hermana con la cual existe poca diferencia de edad.

Si la hija anoréxica es hija única, cabe presuponer que la ambivalencia y tensión propias de la relación madre-hija sean particularmente intensas. La madre tiene esa sola hija ante quien probar que es una progenitora bondadosa y protectora, y sólo esa hija de quién esperar (encubiertamente) una recompensa por los extremos de abnegación a que ha llegado en su conducta para con su propia madre y su familia. Además, sólo tiene esa única hija con la cual mantener una relación confidencial, que suele llegar a ser mucho más estrecha que la sostenida con el padre (cada vez más aislado) (Stierlin y Weber, 1990).

Si la hija anoréxica tiene una hermana con la cual hay poca diferencia de edad, puede preverse que esa relación también será ambivalente y cargada de tensiones y rivalidad. Sin embargo, como el credo familiar impone armonía y prohíbe la envidia y el odio, la anoréxica tratará de hacer que la relación con la hermana parezca armoniosa, amistosa y nada problemática.

De manera característica, suele darse una historia de fuerte rivalidad entre hermanas a lo largo de varias generaciones. En anteriores generaciones a menudo esto parece haber sido

provocado por la sensación que tenía una hermana de haberse sentido tratada injustamente por los padres. De manera reiterada, las madres de éstas pacientes hacen declaraciones de la siguiente índole: “a ella (la hermana de la madre) le dieron cuánto a mí me negaban. Conseguía cuanto quería”. Otras madres, a la vez que destacaban la justicia desplegada por sus familias, fueron incapaces de esconder la oculta agresividad y rivalidad hacia sus hermanas. En éstos casos, se descubrió con frecuencia que la anoréxica latente era identificada con la hermana a la que se había acordado un trato preferencial: “podría ser la hija de mi hermana” o “se lleva particularmente bien con mi hermana” (Stierlin y Weber, 1990).

Los Richardson's (1992) estudiaron acerca de la posición del orden de nacimiento (si nació el primero, el segundo, el último, etc.), el sexo (varón o mujer) y el sexo de sus hermanos/as y como esto afectará al tipo de persona que lleguen ser. Mencionan también como los miembros de la familia cambian de muchas maneras entre el nacimiento de un niño y el de otro. Sus circunstancias físicas son diferentes, su vida emocional es diferente, y el mundo que los rodea es diferente. Estas diferencias significan que a cada hijo sus padres y sus hermanos lo tratan de diferente manera, y esto ocurre generalmente de forma espontánea, sin intención. Cada niño nace con una herencia genética y una estructura constitucional únicas. Esto también influye sobre la forma en que los miembros de la familia se relacionan con el niño, lo que a su vez afecta a la percepción que éste tiene de todo lo que sucede en la familia.

Los Richardson's (1992) dan ciertos rasgos condicionados por el orden de nacimiento evolucionan bajo la influencia de cinco circunstancias:

- a) El orden de nacimiento, si el primer hijo, el segundo, el último, etc.
- b) El sexo del niño.
- c) La diferencia de edad entre los hermanos.
- d) El sexo de los hermanos.
- e) En menor medida, el orden de nacimiento de los padres, en especial del progenitor del mismo sexo.

El sexo tiene importancia ya que desde que nace el niño/a se les trata de diferente manera; por ejemplo las niñas o niños mayores comparten ciertas características, las diferencian

muchas cosas debido a su sexo y a las características sexuales que van absorbiendo de la sociedad que les rodea.

También cuanto menor es la diferencia de edad entre los hermanos mayor suele ser la influencia entre ellos. Si entre los hermanos hay más de cinco o seis años de diferencia, cada uno tendrá, además de las características de su propio orden de nacimiento, muchos de los rasgos de un hijo único.

La forma en que se relacione con los hermanos de uno y otro sexo no sólo depende de su sexo, sino también del de ellos. Por ejemplo, generalmente se observan más celos entre dos hermanos que entre un hermano y una hermana. El hermano o hermana que más se aproxime en edad será quien más influencia tendrá.

La última circunstancia es que la mayoría de los niños emulan hasta cierto punto a su progenitor del mismo sexo, el orden de nacimiento de ese progenitor también es un factor importante. Incluso si intenta conscientemente no ser como el progenitor del mismo sexo, algunas de las características forman parte de la personalidad del niño.

La propuesta que hacen los Richardson's es que al tomar conciencia de nuestro orden de nacimiento podremos saber de qué manera nos movemos en las diversas esferas de nuestra vida; por ejemplo, con los amigos, con el trabajo, de padres, de pareja y con nuestros hermanos y por qué se lleva mejor con unos que con otros. En relación a la anorexia esto nos da otro factor más para saber el tipo de personalidad que desarrolló a través de su orden de nacimiento y explicaría por qué tienen cierto patrón a seguir y no otro; también nos da una herramienta más como predictor de esta enfermedad ya que pocos investigadores han hablado de el orden de nacimiento de estas chicas.

3.6 ENFOQUE BIOENERGÉTICO

Este enfoque se trata precisamente de cómo los conflictos psíquicos se manifiestan en el cuerpo. El cuerpo es el vocero de la problemática que hemos vivido en nuestra infancia y que no se ha resuelto. Los instintos que manejan es precisamente lo que Freud llama el instinto de muerte (thanatos) y el instinto de vida (eros) o lo que el psicoanálisis llama pulsión que es esa energía que nos mueve y como éstos confluyen entre si que en algún

momento esta energía se queda bloqueada ya sea por un estímulo muy fuerte o por una agresión muy fuerte que se condensa, que se reprime esta energía o se desplaza manifestándose en el cuerpo a través de dolencias o síntomas que tienen que ver con nuestra problemática principal, ellos solo son una parte del conflicto central. El cuerpo es solamente el mapa a recorrer para encontrar el tesoro escondido.

El yo al sufrir una agresión muy fuerte va formando una armadura para poder protegerse y seguir viviendo formándonos un carácter; Wilhelm Reich (1933, citado en Lowen, 1985) en su libro de “Análisis del carácter” fue el primero en estudiar estas armaduras musculares, el bloqueo energético, los trastornos somáticos y la naturaleza de la energía biológica. El carácter (como lo menciona Lowen, 1985) es la expresión unitaria del funcionamiento del individuo, tanto a nivel psíquico como somático. Su comprensión requiere un conocimiento detallado de la psicología del yo y del concepto de energía. Lo principal del carácter es que representa un modelo de comportamiento o una tendencia habitual. Es un modo de respuesta fijo, congelado o estructurado. Posee una cualidad “característica” que siempre lo distingue como el sello de la persona. En este sentido, toda estructura del carácter es patológica.

Pero no es mismo carácter que personalidad, la personalidad; según Lowen (1985), se califica de agradable, magnética, fuerte, depresiva, etc. Se trata de nuestra respuesta sentimental a otro ser. El carácter ha de ser determinado mediante la observación y el estudio del comportamiento. La personalidad es la expresión de la fuerza vital del individuo, y, probablemente la extensión de dicha fuerza al medio ambiente.

El análisis del carácter tiene, por tanto, un objetivo fundamental: hacer que el paciente perciba su carácter como una formación neurótica que limita e interfiere las funciones vitales del yo.

La estrecha relación entre la estructura del carácter y el desarrollo del yo halló su expresión en la concepción de los caracteres oral, anal y genital de Abraham (citado en Lowen, 1985). La mayoría de los analistas están de acuerdo en que si los tipos de carácter han de tener un significado, éste ha de estar relacionado con la estructura del yo.

El conocimiento de la estructura y de los tipos de carácter lo obtenemos mediante la observación clínica; por ejemplo, cuando el comportamiento del individuo se caracteriza por los sentimientos de privación, acusado temor a la pérdida del objeto amoroso, vacío

interior y desesperación, hablamos de una estructura de carácter perteneciente al tipo oral. Estos individuos son dependientes en sus relaciones. Están sujetos a grandes fluctuaciones en su estado de ánimo, que van desde la alegría hasta la depresión. Para producir semejante estructura del carácter es preciso que la privación sea grave y que tenga lugar en los primeros seis meses de vida. Si la privación no es tan grave o se produce más tarde, la estructura del yo será más fuerte y desarrollada, pero presentará cierto grado de oralidad en forma de rasgos orales. La base bioenergética de esta estructura de carácter es la debilidad de la oscilación longitudinal de energía. Ni la cabeza ni los genitales se hallan fuertemente cargados. La función de realidad está condicionada por la actitud del entorno. El carácter oral sólo acepta la realidad si ésta le es favorable (Lowen, 1985).

Después de los tres años el niño ya muestra cierta independencia, ya habla y comprende el lenguaje hablado y los padres esperan que comience a obedecer sus órdenes; le son prohibidos los juegos eróticos y la masturbación y le hacen hincapié en los buenos modales y la cortesía. El niño en esta etapa tiene interés consciente por sus genitales pero esto le lleva a entrar en un conflicto con los padres, esto hace que el niño tenga frustración y privación de estos sentimientos y se endurezca (Lowen, 1985).

Este endurecimiento produce rigidez, tanto física como emocional y los diversos tipos de carácter pertenecientes a este grupo se distinguen por la inflexibilidad de la estructura de su yo. Por ser la rigidez su característica más sobresaliente, denominamos a este tipo estructuras rígidas del carácter. Este amplio grupo comprende varios tipos clínicos: el varón fálico-narcisista, la mujer histérica, el carácter compulsivo, el neurótico obsesivo, el carácter anal, etc. Todos estos subgrupos clínicos tienen como denominador común la rigidez estructural, tanto desde el punto de vista caracterológico como somático (Lowen, 1985).

El reconocimiento de esta rigidez caracterológica fue lo que llevó a Reich (citado en Lowen, 1985) a formular el concepto de armadura muscular y a equipararlo a la actitud psicológica. Pero el concepto de armadura sólo es aplicable a este tipo de estructura ya que el carácter oral carece de esa defensa. Los individuos así armados experimentan poca

ansiedad ya que la función económica de la armadura está precisamente en reducir dicha ansiedad. Su contacto con el mundo exterior es también limitado; en presencia de personas más espontáneas estos individuos se sienten carentes de vitalidad, torpes, inferiores, etc.

Existe un tipo intermedio de estructura del carácter que carece de rigidez y, sin embargo, no presenta las fluctuaciones del estado de ánimo ni el retraimiento de la realidad que distinguen al carácter oral. No se quejan de vaciedad interior ni se dan intensos sentimientos de privación. La ausencia de toda rigidez se manifiesta en la tendencia al derrumbamiento cuando aumentan la tensión interna o la presión externa: el hombre puede perder la erección justo antes de la penetración. Desde el punto de vista bioenergético puede decirse que la pulsión energética no consigue afianzarse con seguridad en la cabeza y en los genitales. La función genital no está sobredeterminada como en el carácter rígido ni condicionado como en el tipo oral. Es vacilante como el resto de la personalidad. Se producen avances y retrocesos, esfuerzos y derrumbamientos que a la larga ponen de relieve una pauta de fracasos reiterados. A este tipo de estructura se le denomino *masoquistas*.

El masoquismo tiene su origen en una serie de experiencias abrumadoras para el yo del niño de que éste se halle firmemente asentado en la genitalidad. La supresión difiere de la privación en que, para llevar a cabo los objetivos de la madre, se usa la fuerza física. La supresión trata de someter al niño al superior conocimiento y sabiduría de la madre. Aunque no exista una privación real, la desaprobación y la amenaza de privación son empleadas para obtener obediencia. Antes de lograr la sumisión se producen grandes rabietas y estallidos de ira. El masoquismo comienza en el segundo año de vida; se trata de una estructura pregenital (Lowen, 1985).

La estructura masoquista del carácter da una pauta de comportamiento caracterizado por el esfuerzo y el derrumbamiento, la tentativa y el fracaso. Su característica fundamental es el temor a cualquier forma de autoafirmación. En el masoquismo se produce una intensa ansiedad en todas aquellas situaciones que requieren agresión (Lowen, 1985).

Durante el crecimiento y el desarrollo de la estructura del yo el niño está expuesto a tres tipos principales de trastorno, cada uno de los cuales deja una marca característica en su personalidad: la privación conduce a la oralidad, la supresión al masoquismo y la frustración a la rigidez (Lowen, 1985).

La diferencia entre privación, supresión y frustración estriba en que el niño necesita recibir sustento, en el que va incluido el afecto. Desde el punto de vista bioenergético, decimos simplemente que necesita recibir energía. Si está energía (alimentos, amor, etc.) no se halla disponible, se produce la privación. A la edad de tres años aproximadamente el niño depende menos de los adultos para recibir energía. Todavía puede padecer privación, pero ésta es menos grave. Cada vez siente mayor necesidad de expresar su afecto, de descargar energía. Cuando la necesidad de descarga aumenta, ya sea al jugar con otros niños o en lo que se refiere al afecto hacia los adultos de su entorno inmediato, entra en la etapa genital. Su libido, anteriormente orientada hacia el interior, se dirige ahora hacia el mundo y necesita un objeto. La falta de éste, o lo que es lo mismo, la falta de respuesta por parte de él, produce frustración. Desde el punto de vista bioenergético, la frustración expresa la incapacidad de descarga y la privación la falta de carga. La supresión supone la negación de un derecho. El niño se ve forzado a ocupar una posición pasiva. Su voluntad es destruida. En el carácter oral, el yo está más o menos vacío; en el masoquista está aplastado. El carácter rígido posee un yo rígido, duro e inflexible (Lowen, 1985).

Dentro de este enfoque menciona rasgos del cuerpo que detectan el tipo de carácter que más desarrolla; en la anorexia dentro de toda su fenomenología, desde lo médico, lo psíquico y personalidad entre otros, se ha encontrado que podría tener un carácter esquizoide; esto es que presentan rasgos esquizofrénicos, pero en los esquizoides su problema solo es cuestión de grado, aunque generalmente los esquizoides se desenvuelven mejor en la sociedad y son más funcionales.

Hay un tenue hilo entre mente y cuerpo, se dice que estas personas están en el límite entre la locura y la neurosis, por eso este tenue hilo que lo representa el cuerpo en forma de que da la sensación de que su cabeza no esté firmemente unida al cuerpo y este forma un pequeño ángulo; por lo tanto su cabeza se ve como contraída y tensa de aspecto sombrío, su cabeza se ve aplanada en la frente y hay falta de expresión en sus ojos (sin vida), hay ausencia de alegría en la expresión (se ven como fríos).

Tiene un problema afectivo, esto es que no sabe lo que siente, lo que pasa a la anoréxica cuando no sabe que siente o no siente ni la sensación de hambre; esta característica lo menciona también Bruch (citada en Duker y Slade, 1995); esto es debido también a que su cuerpo lo ven como algo ajeno y los sentimientos que ellos tienen no los pueden concentrar en algo material. A este tipo de carácter le cuesta difícil expresar el movimiento con sentimiento y se ha visto que pueden ser excelentes bailarines de ballet; y esto lo hacen como una forma de tener sensación de su cuerpo pero no lo logran porque su problema radica en algo más profundo (Lowen, 1985)

Ellos se suelen percibir como personas muy espirituales, llenas de sentimientos profundos, de ternura y simpatía. También actúa en la realidad como una cuestión de supervivencia, es capaz de evitar la ruptura con la realidad y retener el yo, aunque sea más débil que el del carácter oral ya que es un yo corpóreo.

Esta estructura por ser muy primaria no tiene una defensa del yo ya que esta privación que recibió es desde que fue concebido en el útero materno. El carácter esquizoide no es consciente de estar poniendo resistencia real, pero la adopta en forma de desconfianza y temor y lo sabe. Se trata de personas que por carecer de defensas profundas han de mantenerse en guardia. En ausencia de estas defensas del yo, poseen una gran sensibilidad, especialmente con respecto a las personas de las que se sienten dependientes.

En áreas del comportamiento agresivo, de la realidad material y del funcionamiento sexual, el esquizoide es un novicio. Su agresividad en este tipo de carácter desaparece y cuando suele aparecer suelen sentirse omnipotentes y se experimenta como un poder de hacer cosas y es cuando actúa con determinación pero esa sensación no es duradera. Hay una percepción débil de sí mismo en relación con la realidad material.

En lo corporal hay tensiones aisladas en los músculos del cuello y en la base del cráneo; por esta sensación de que su cabeza no la sienten tan firmemente unida. Su cabeza es contraída y de aspecto sombrío- aspecto de máscara-. El cuero cabelludo de la parte superior de la cabeza es tirante y existe una fuerte tendencia a la calvicie frontal en el varón. La boca

nunca es carnosa o sensual ya que esto supondría un desarrollo más avanzado. Los brazos tienen fuerza pero su movimiento al golpear es escindido ya que no interviene el cuerpo. Hay tensiones musculares profundas y se basan en la inmovilidad de los omóplatos; hay un bloqueo en la parte baja de la espalda, en la altura de la unión de la pelvis y la columna, articulación de la cadera carece de libertad de movimiento ya que hay inmovilidad en la pelvis. Los músculos de las piernas y muslos o son muy flácidos o muy desarrollados, hay falta de contacto con las piernas y el suelo. Sus pies son débiles, el arco metatarsiano, la articulación de los tobillos son rígidos e inmóviles. En su pecho hay poca entrada de aire a pesar de estar el pecho relajado y aparente movimiento, su caja torácica es amplia; el diafragma es relativamente inmóvil como si hubiera división del cuerpo en dos mitades la superior e inferior. Su estructura corporal se mantiene unida con flojedad, como por medio de la piel. Sus movimientos son mecánicos y son deseados conscientemente. Los gestos típicos de sentimientos están ausentes (Lowen, 1985).

Lowen, (1985) menciona que hay una privación del amor materno y los adultos con estas características suelen ser muy infantiles.

También menciona este autor que por muy penoso que resulte el mundo de la realidad adulta en que se encuentran el esquizoide y el esquizofrénico, es un mundo de calor físico en comparación con el ambiente de su infancia y niñez. Pero, aunque ese calor resulte prometedor también representa un peligro. El deshielo puede producir una marea que desborde las orillas ya que es una marea de agresión, disociada de los sentimientos tiernos, solo podría llevar a una cosa: el asesinato, la destrucción del objeto que le amenazó y perjudicó y este sería un aplastamiento de la realidad.

En el caso de las tensiones en los músculos del cuello se podría relacionar con el hecho de que a las anoréxicas tienen problemas con el hipotálamo, hipófisis, presentan dolores de cabeza entre otras cosas. En cuanto al bloqueo de la pelvis se relaciona con el hecho de que la anoréxica no quiere crecer y por lo tanto todo lo relacionado al mundo de los adultos o la sexualidad le repudian o le teme entonces esta parte del cuerpo se bloquea o se reprime a tal grado que no hay funciones de descarga.

En el caso de esta marea de agresión y asesinato o destrucción del objeto que lo amenazó, la anoréxica presenta un grave problema con la madre, una madre que es muy ambivalente y por lo tanto ella en sus sentimientos también presenta ambivalencia con respecto a la madre y que no quiere dejar ya que sería separarse de ella y reconocer que le ha hecho algo; además dentro de la literatura se ha mencionado esta simbiosis con la madre donde una y otra vez nos reafirma esta destrucción del objeto que en su caso sería su cuerpo ya que este está inmerso o es perteneciente a la madre.

Algo que menciona Hill (1955, citado en Lowen, 1985) es que para el esquizofrénico adquirir la independencia de su superyo infantil, equivale plenamente a asesinar a su madre. El esquizofrénico odia conscientemente a su madre. En su odio no interviene el corazón, sino únicamente los músculos. Su sistema muscular se halla congelado; su corazón no.

El odio latente que el esquizofrénico siente por su madre es el vínculo que le mantiene unido a ella, del mismo modo que el odio latente que siente la madre es el vínculo que le une al paciente.

En relación a esto se podría decir que aquella característica que se menciona del niño no deseado donde la madre odia tener el bebé y aún así lo tiene este no desaparece al nacer el bebé, sino lo disfraza con sumo cuidado y sobreprotección pero que en el fondo no es así; esto es parte del conflicto de la anoréxica.

Este tipo de enfoque nos da un elemento más para detectar prontamente aquel que puede tener cierta propensión a la anorexia, pero como todos los demás enfoques no hay que enfrascarse en uno solo porque nos faltaría muchas cosas que resolver y con una visión más amplia se puede ver las similitudes y concordancia de todos los enfoques y poder realizar una mejor intervención. Por este lado se pone este enfoque para empezar a ver todos los ángulos del problema manifiesto y no de uno solo (Lowen, 1985).

3.7 ENFOQUE PSICOSOMÁTICO

Al destacar cada vez más la relación que existe entre las emociones y el desarrollo de las funciones orgánicas se ha podido descartar la idea de la separación de las problemáticas orgánicas, físicos y de microorganismos con los conflictos emocionales (Diez 1976)

Diez (1976) define que psicossomático es “la interacción de los aspectos psíquicos, fisiológicos y sociales de todas las funciones humanas normales y anormales con el fin de integrar la terapia somática y la psíquica”

López (2002) define las enfermedades psicossomáticas como aquellas cuya manifestación y desarrollo están bajo la influencia demostrable de los factores psicossociales.

Como práctica de la medicina psicossomática se concibe como el método racional para conocer, comprender y corregir la conducta humana y reincorporar las partes fragmentadas y rechazadas de la personalidad, se interesa por lo que una persona siente, su cuerpo y como percibe la realidad externa en sus sentidos.

Para Diez (1976) el proceso psicossomático se da a partir de las sensaciones que acompañan a los cambios que se dan en los órganos internos y en los tejidos, cambios anteriores a las sensaciones y que son las verdaderas causas de éstas, los acontecimientos externos y los procesos internos no causan la emoción. Los acontecimientos externos y los procesos internos desencadenan reflejos interiores, los cuales provocan las sensaciones y estas son interpretadas como emociones. Las sensaciones involucran al sistema fisiológico, y sensaciones indiferenciadas percibidas a través de los cinco sentidos ordinarios y las de tipo diferenciado entre lo agradable y lo desagradable. De esta manera toda excitación emocional pone en movimiento regulaciones neurovegetativas.

Los estímulos emocionales crónicos pueden causar un trastorno funcional, y más tarde una enfermedad orgánica, la cual no es otra cosa que la tensión del organismo que obliga a movilizar sus fuerzas de defensa para hacer frente a una situación de peligro. Los estímulos emocionales pueden producir las mismas alteraciones funcionales y orgánicas, comprobables biológicamente, que provocan las estimulaciones crónicas de origen infeccioso, traumático o tóxico. Teniendo presente que los procesos psicológicos no

difieren sustancialmente de los orgánicos, la única distinción es que los estímulos emocionales se captan subjetivamente y pueden expresarse con palabras.

Es por demás importante este punto de vista ya que une los procesos físicos y los relaciona con las emociones encontrando muchas semejanzas ya que como menciona Diez (1976) la emoción es una constelación fenoménica y procesal que constituye a la vez una manifestación externa y un comportamiento, una expresión y una experiencia interna, una manera de estar afectado y un estado afectivo difícil de captar y que varía de un individuo a otro; que para poder entenderlo es importante tener en cuenta, además de la enfermedad y los trastornos, la biografía y los conflictos emocionales del paciente, para poder valorar la importancia enorme, ya que todo proceso corporal está condicionado emocionalmente, porque psique y soma forman una sola unidad.

Cualquier órgano puede verse estimulado o inhibido por efecto de factores emocionales y al relajarse la tensión emocional las funciones orgánicas recobran su equilibrio.

Cuando el estímulo emocional o la inhibición de una función neurovegetativa se vuelven crónicos; se dice que tiene una neurosis de órgano, esto es trastornos funcionales de los órganos neurovegetativos, provocados por procesos emocionales; estos trastornos funcionales persistentes, a la larga, pueden provocar alteraciones morfológicas.

Las personas más susceptibles son personas inhibidas que no llegan a exteriorizar sus emociones mediante una reacción motora, y así, entre menos se exprese la emoción en forma motriz más perturba el sistema neurovegetativo. La susceptibilidad consiste en la incapacidad de el sujeto para resolver sus conflictos emocionales de manera adecuada (Diez, 1976).

Un factor crónico, provoca irregularidades funcionales y neurovegetativas y, después, síntomas psicossomáticos, para terminar en una lesión estructural de los órganos. Es importante destacar que los trastornos psicossomáticos son parte de una influencia de factores sociológicos y del núcleo familiar es decir que depende de la historia de las relaciones del individuo con el grupo y sus integrantes así como del particular desarrollo interior (mundo fenomenológico) dando un aporte a la parte terapéutica, como lo marca

Diez (1976) ya que tanto resulta imposible modificar lo congénito, lo adquirido y lo exterior, si podrá transformar lo interior y consecuentemente sus manifestaciones.

Dentro de los trastornos psicosomáticos cada uno es diferente y pueden clasificarse en los siguientes grupos principales (López, 2002):

1. Síntomas de conversión. El síntoma adquiere un carácter simbólico que no es comprendido por el paciente. La manifestación del síntoma puede entenderse como un intento de solucionar un conflicto. Los síntomas de conversión suelen afectar la motricidad voluntaria y los órganos sensoriales.
2. Síndromes funcionales (somatomorfos). El síntoma concreto no tiene importancia particular en la vida del paciente, sino que se trata de una consecuencia no específica del trastorno de una función o percepción corporal.
3. Enfermedades psicosomáticas (psicosomatosis). Son producidas por una reacción física primaria frente a una vivencia conflictiva, acompañada de transformaciones morfológicas objetivables y una enfermedad orgánica. Las condiciones previas necesarias (predisposición), una respuesta orgánica puede influir sobre determinados órganos. Desde el punto de vista de la medicina histórica, este grupo comprende los siete cuadros patológicos clásicos de la psicosomática: asma bronquial, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, hipertiroidismo, neurodermatitis, artritis reumatoide y úlcera duodenal.

López (2002) menciona que la clasificación de lo psicosomático se ha convertido en una nueva forma de etiquetar de la lógica cartesiana que no puede comprender el complejo proceso de la construcción individual. El cuerpo humano no es tan libre como piensan los positivistas, está sujeto a la cultura y a los deseos de los otros para poder construir y continuar la misma interpretación del mundo.

Lo psicosomático se convierte en una nueva realidad social que se va asimilando en la población sin importar los recursos económicos y culturales, es una nueva posibilidad en los estilos de vivir; los niveles de somatización se convierten en un modo de vida o una pseudo nueva realidad que los individuos construyen como un factor de riesgo en las maneras de llevar su existencia, muy a pesar de que autores como Hanna digan: “El objeto

básico de la somática a lo largo de nuestras vidas es tener los traumas de la vida como un corcho que flota sobre las olas” (López, 2002).

El lenguaje se convierte en una posibilidad de hacer que los individuos se refugien en palabras para descansar de la confusión de los síntomas y construir nuevas respuestas en el cuerpo (López, 2002).

Nuestro lenguaje es psicosomático. Casi todas las frases y palabras con las que expresamos estados físicos son extraídas de experiencias corporales. El individuo sólo puede comprender lo que le resulta aprensible. Esto daría tema para una extensa disertación que puede sintetizarse así: el ser humano, para cada experimentación y cada paso de su conciencia, ha de utilizar el camino del cuerpo. Al ser humano le es imposible asumir conscientemente los principios que hayan descendido a lo corporal. Lo corporal nos impone una tremenda vinculación no podemos establecer contacto con el principio. Este razonamiento conduce también al reconocimiento de que no se puede proteger al hombre de la enfermedad (Dethlefsen y Dalhke, 2002).

Ello implica una actitud para escuchar los padecimientos; se elabora una nueva forma de construir la relación en y con el cuerpo, lo que significa que las formas de descifrar los mensajes también encierran una manera de construir el proceso de asimilación por el cuerpo. El problema se hace una concreción en lo corporal; significa no poder hacer otras lecturas de las sensaciones, los mensajes del cuerpo son interpretados con el esquema de una nueva vida que se hace conflictiva, difícil en estos tiempos de imágenes y valores que se articulan de diferentes maneras con la realidad corporal (Dossey, 1986, citado en López, 2002).

El sujeto elabora un síntoma en un órgano y se convierte en un problema de salud crónica que no le impide llevar el curso de su vida y se asocia con algunos periodos de crisis de acuerdo con un problema no resuelto en su vida cotidiana. Un sentimiento de fondo no es lo que sentimos cuando brincamos de energía ni cuando estamos abatidos por un amor perdido; éstos son estados corporales emocionales. El sentimiento de fondo corresponde, en cambio, al estado de ánimo, a pesar de relacionarse con el sentimiento de fondo, no lo

captura exactamente. Cuando los sentimientos de fondo persisten del mismo tipo durante horas y días y no cambian silenciosamente con el flujo y reflujo del contenido de los pensamientos, es probable que el conjunto de sentimientos de fondo contribuya a un estado de ánimo bueno, malo o indiferente (Damisio, 1996 citado en López, 2002).

La unidad se lleva en el cerebro y su construcción corporal no se hace una fragmentación; la unidad se convierte en un principio básico; lo emocional y lo orgánico se construyen en conjunto, no es posible concebir un órgano fuera de las posibilidades de una emoción y viceversa (López, 2002).

En el método transaccional se considera al hombre en su totalidad; pero no como un conjunto de cuerpo y alma sino como algo que supere este concepto dualístico. Investigando además del organismo en sus principios físicos y químicos; también el juego de sus instintos e impulsos, de sus sentimientos, de sus pasiones e incluso sus ideales. De esta manera solo él que conoce la bibliografía interna del enfermo podrá conocer el estrecho nexo que hay entre el desgaste de un órgano o sistema y el estilo con el que el paciente ha ido desarrollando su vida (Diez, 1976)

Para la OMS el 80 % de los padecimientos son de origen emocional por conflicto social, familiar o época (Diez, 1976).

En relación con los aspectos del comportamiento alimentario se considera que en especial que estos hábitos alimentarios son un reflejo de las necesidades afectivas y de la situación mental de la persona. La necesidad y la situación con respecto a la ingestión de alimentos están íntimamente ligadas desde la más tierna infancia. La ingestión de alimentos es una experiencia de relación fundamental, adquiriendo con ello un significado que predestina a la aparición de conflictos de relación. Ello no sólo ha encontrado su plasmación en numerosas frases hechas (una frase alemana dice: “el amor pasa por el estomago”) sino que también el órgano necesario para comer, nuestra boca, queda durante toda la vida al servicio de la ternura y el amor (Luban y cols., 1997).

La ingestión de alimentos no sólo es un proceso fisiológico, sino que está inseparablemente unido al sentimiento de recogimiento, de ser querido y cuidado o producir sentimientos totalmente contrapuestos. Goethe (citado en Luban y cols., 1997) indicó con acierto en su obra *Wilhelm Meister* que nadie puede olvidar las impresiones recibidas durante la infancia sobre el estómago como si fuera una verdadera necesidad de alimento. Un hambre de amor conduce con frecuencia a una ingestión exagerada de alimentos que puede convertirse en bulimia.

La relación entre ingestión de alimentos y estado de ánimo es muy estrecha. La alimentación está unida en el subconsciente a la necesidad de cariño mencionada, la desalimentación sin amor significa decepción, lo cual puede provocar problemas de salud si se repite de forma constante (Luban y cols., 1997).

Con respecto a la anorexia Luban y cols. (1997) mencionan que el rechazo de los alimentos se considera eficaz cuando evita el desarrollo de las características femeninas. El sentimiento de impotencia frente a las tareas que impone el desarrollo puede desaparecer a favor de la impresión de ver afirmada la capacidad de autocontrol.

Un aspecto fundamental de las particularidades psicodinámicas de la anorexia es la lucha por la autonomía, teniendo como fondo el conflicto de la ambivalencia producida por la cercanía y la distancia con respecto a la madre, pero también al padre, cuya cercanía buscan y temen al mismo tiempo las pacientes. El ideal ascético puede entenderse como un intento de superación de las exigencias propias del desarrollo y que se consideran excesivas, para así conseguir la propia identidad y el control de la persona (Luban y cols. 1997). Este mismo autor menciona que el síntoma de la anorexia es en realidad una protesta contra el control desmedido dentro de la familia

3.8 ENFOQUE TRANSPERSONAL

Mucho ha avanzado la ciencia tratando entender cada vez al hombre, comprenderlo y estudiarlo porque nos fascina porque uno mismo es la interrogante a buscar; en ese comprender del mundo nos hemos desvirtuado en su entender porque estudiamos cada vez

más las partes de lo que estamos constituidos perdiendo de vista al hombre en sí y solo viendo una parte de él y como funciona, como se enferma, como trabaja, para que se enferma y todo lo que pasa alrededor de él y como todo lo influye no solo externamente sino internamente y esto es debido a esta visión mecanicista, reduccionista que estamos viviendo y que ante la demanda de la sociedad ha surgido este tipo de enfoques que nos hace recordar que somos parte de todo el mundo y el mundo es parte de nosotros (como lo menciona la fenomenología).

En Psicología, el pensamiento holístico está fuertemente presente en las corrientes Humanistas, especialmente en la Gestalt, y mucho más en la Psicoterapias Transpersonales.

Este devenir de este pensamiento holístico se podría situar en la antigüedad con los presocráticos especialmente con Heráclito. Posteriormente, se tiene un eco de ese pensamiento con los estoicos y con los neo-platónicos, especialmente con Plotino, y modernamente con los románticos, especialmente con Schelling y los idealistas alemanes. Jan Smuts (1926, citado en Palacios, 2006) se le considera a este autor el teórico fundador del movimiento holístico del siglo XX; sin embargo, fue la revolución paradigmática de la Física de las Partículas y principalmente con la Teoría de la Relatividad de Einstein, que el término pasó a ser aplicado a una transformación epistemológica de la ciencia. Esta transformación ha puesto en claro una conclusión que compete sobre todo a la Psicología, y en particular a la Psicología transpersonal, al considerar que lo importante en el proceso del conocimiento es la mente que conoce, más que la “realidad” propiamente dicha (Palacios, 2006).

La Psicología transpersonal, surgió por la gran cantidad de nuevos datos que no coinciden con los modelos psicológicos tradicionales y en respuesta a estas incongruencias y ampliados intereses surge la cuarta fuerza o Psicología Transpersonal (PT); que se estableció como disciplina a finales de los 60s tuvo como principales pilares los trabajos de la Psicología Arquetípica de Carl Gustav Jung.; la Psicósíntesis de Roberto Assagioli; el Enfoque de las Meta-necesidades de Abraham Maslow y la Terapia Psicodélica de Stanislav Grof (Palacios, 2006-1).

Muchos consideran a Jung (citado en Quiroga, 2003) como el primer psicólogo transpersonal, por su estudio de los arquetipos, su ampliación del concepto de libido y la resistencia a reducir al hombre a su sexualidad; todos planteamientos que le valieron la condena de Freud. Jung consideraba al inconsciente como "un principio creativo e inteligente, que vinculaba al individuo con la totalidad de la humanidad, la naturaleza y el conjunto del cosmos."

Además de la existencia del inconsciente individual "descubierta" por Freud, Jung postula la existencia de un inconsciente colectivo, compartido por toda la especie humana. Para Jung, más allá de los condicionamientos culturales que definen sus formas de manifestación, la espiritualidad es un principio intrínseco a la psique humana (Quiroga, 2003)

Del otro lado del océano, Abraham Maslow (citado en Quiroga, 2003) fue uno de los primeros investigadores interesados en estudiar la psicología de los seres más "avanzados" que ha dado la historia de la humanidad. Lo que le interesaba era examinar a los seres psicológicamente más sanos; por supuesto, una rara minoría en la que incluyó a Cristo y los místicos de otras culturas. Lo que infirió, luego de estudiar exhaustivamente la vida de estos hombres "iluminados" era que no tenían su identidad puesta y encerrada en su persona, en su ego, en su historia. Tenían un sentido de identidad más amplio, que iba más allá de su personalidad, una identidad "transpersonal". Su identidad se ampliaba hacia una comunión con la totalidad de los fenómenos, con la totalidad de los seres.

Maslow se interesó por el estudio de las que denominó "experiencias cumbre" sugiriendo que dichas experiencias pueden ser supranormales en vez de subnormales. Tales experiencias de plenitud que muchas personas han experimentado aunque solo sea por unos instantes, pueden ser un indicio de un potencial humano (Quiroga, 2003)

La transpersonalidad es una perspectiva que no es inherente a la Psicología, sino en la cual convergen científicos de otras disciplinas entre los que se cuentan físicos cuánticos, biólogos, antropólogos, tanatólogos, teólogos, filósofos y artistas tanto de oriente como de occidente (Palacios, 2006-1).

La perspectiva transpersonal facilita el desarrollo de nuevos paradigmas científicos que sintetizan enfoques que previamente eran dispares o contradictorios, enfatizando la unidad de mente y cuerpo, y describiendo a los seres humanos en su complejo contexto interpersonal, social, ecológico y cósmico (Palacios, 2006-1).

La perspectiva transpersonal destaca la importancia de la vida interna, la cualidad de la experiencia humana, la auto-actualización y la evolución de la conciencia (Palacios, 2006-1).

En el ámbito psicológico, la transpersonalidad se centra en las siguientes categorías o conceptos clave:

- Conciencia unitiva
- Meta-necesidades
- Experiencias cumbre
- Éxtasis
- Experiencia mística
- El ser
- Los valores absolutos
- Estados expandidos de conciencia
- La trascendencia
- El crecimiento espiritual

El término transpersonal fue adoptado después de muchas deliberaciones, para referirse a los informes de personas que practican diversas disciplinas que afectan específicamente a la conciencia y que hablan de experiencias de una extensión de la identidad que va más allá (trans) de la individualidad y la personalidad (Palacios, 2006-1).

No se puede decir por tanto que la Psicología Transpersonal sea estrictamente un modelo de la personalidad, pues ésta última es tan sólo un aspecto de toda nuestra naturaleza psicológica (Palacios, 2006-1).

Definir la Psicología y la Terapia Transpersonales es difícil porque las experiencias transpersonales son estados expandidos de conciencia, en donde la sensación de identidad

llega a abarcar aspecto de la humanidad, la vida, el psiquismo y el cosmos, que anteriormente eran experimentados como ajenos; asimismo, las experiencias transpersonales van más allá de los límites habituales del tiempo y del espacio (Palacios, 2006-1).

La psicología Transpersonal no reniega de otras escuelas de pensamiento como el psicoanálisis ni se plantea como opuesta; lo correcto sería decir que intenta ir más allá (Quiroga, 2003).

El modelo transpersonal representa también una síntesis entre ciencia y misticismo; entre filosofía oriental y occidental; entre psicología y disciplinas cuánticas como la física y biología. Lo cual permite no solo una visión transdisciplinaria de la realidad, sino una visión unificada, integral en donde el todo es más que las suma de las partes (Palacios, 2006-1).

En el campo psicoterapéutico la psicología transpersonal provee al terapeuta de una visión mucho más abarcativa del sufrimiento humano, pudiendo incidir en fenómenos anteriormente vetados para los psicólogos como en el caso de los desordenes crónico-degenerativos, así mismo en otros considerados incurables como el sida, el cáncer y las esquizofrenias. Por tanto desde la perspectiva transpersonal el objetivo no es solamente “curar” dado que en realidad es un proceso de autocuración de autotransformación y autotranscendencia donde los “males” son los medios para recuperar la salud física, emocional y espiritual, expandiendo la conciencia del sujeto hasta a llegar a ser uno con el todo (Palacios, 2006-1).

Actualmente la intervención psicológica en el ámbito de la salud ha permitido reconceptualizar el proceso salud-enfermedad. De acuerdo con la Secretaría de Salud (2003, citado en Chang, 2008) una buena definición de la salud como “un estado saludable de bienestar” debe tener en cuenta a la totalidad de la persona, “el estado general del cuerpo y la mente”. En inglés la palabra salud (“health”) se deriva de la palabra griega que significa “totalidad”. Para Goldstein (op. Cit. En Chang, 2008) el organismo es una “totalidad”, es decir una Gestalt; en particular la visión de la psicología de la Gestalt que entiende que la naturaleza del hombre se compone de diferentes estructuras a partir de las

totalidades. Esto se debe a su enfoque que está basado en un análisis existencialista y fenomenológico.

Simonton (1992) por su parte menciona que la salud es un estado natural de la humanidad. Significa estar en armonía con nosotros mismos y con nuestro universo. Si la salud es esto la enfermedad entonces es un sistema negativo de retroalimentación. Nos dice que es lo que necesitamos dejar de hacer. Nos ayuda a dejar de hacer cosas que son contraproducentes: nos ayuda a armonizar con nosotros mismos. Nos obliga a buscar ayuda, aportándonos así más amor. La enfermedad nos puede ayudar a conectar de una forma más profunda, más cariñosa y participativa con la gente que nos rodea, en vez de aislarnos a nosotros mismos. Goodheart (1992) que es un doctor en quiropráctica menciona que la enfermedad es el resultado de los intentos del cuerpo por sanarse a sí mismo.

Para la Psicología Transpersonal una enfermedad de acuerdo con Dahlke (1999, citado en Chang, 2003) es un camino transitable que en si no es ni positivo ni negativo. Todo depende de la actitud que adopte la persona enferma. Así una enfermedad puede ser convertida en una experiencia transpersonal, la curación de una enfermedad es el resultado de la armonización y equilibrio de las dinámicas de cuerpo-mente-espíritu, en ámbito personal del ser. Indica que el crecimiento personal puede ser actualizado, incorporando la toma de conciencia y la utilización de la imaginación de mitos y símbolos a la dinámica personal y cultural.

Más recientemente Dethlefsen y Dahlke (2002) quienes consideran que la enfermedad que se manifiesta a través de los síntomas representa una señal, un aviso de que hay algo que modificar, siendo este el lenguaje que el cuerpo utiliza para permitir al individuo introducir cambios y corregir comportamientos que le crean desarmonía. Es necesario identificar las causas de las dolencias buscando su origen un poco más allá de las causas físicas, asomándonos a los desequilibrios emocionales, a los pensamientos no armónicos e incluso a la contradicción entre lo que nos dicta nuestro interior y lo que vivimos en el exterior, nos plantea una actitud nueva de autorresponsabilidad e independencia frente a nuestros procesos de cambio y crecimiento.

Con el tiempo, nuestros cuerpos acaban convirtiéndose en autobiografías ambulantes, que van contando a amigos y a extraños las tensiones mayores y menores que hemos padecido en nuestras vidas. Nuestra musculatura es un reflejo no sólo de nuestras antiguas heridas, sino también de nuestras viejas ansiedades. Actitudes depresivas, de timidez, de osadía o de estoicismo, adoptadas tempranamente en nuestra vida, quedan inscritas en nuestros cuerpos como pautas del propio sistema sensoriomotriz (Ferguson, 1980).

La rigidez de las pautas corporales contribuye al bloqueo de los procesos mentales, dando lugar al círculo vicioso de la patología psicocorporal. No podemos separar lo físico de lo mental, como tampoco pueden separarse los hechos de la imaginación, ni el presente del pasado. Así como el cuerpo siente la pena que experimenta la mente, así también la mente se ve constreñida por el recuerdo obstinado que el cuerpo guarda de lo que la mente solía sentir, y así sucesivamente (Ferguson, 1980)

El cuerpo, señala Palacios (2005 citado en Chang, 2008) es una parte de sombra- concepto junguiano que hace alusión a todo eso que negamos o reprimimos por considerarlo ajeno a nuestro yo- que se ha introducido en la materia y por tanto al encararse uno con la sombra se produce la curación, la clave es la autocomprensión de la enfermedad, ya que detrás de un síntoma hay un propósito, un trasfondo y el síntoma obliga a vivenciar aquello que no se ha querido experimentar conscientemente.

La salud consiste en la capacidad del cuerpo para transformar y dar sentido a toda información nueva. Si somos flexibles, si somos capaces de adaptarnos a un medio cambiante- sea un virus o una atmósfera húmeda o pólenes primaverales- podemos soportar un nivel de tensión elevado (Ferguson, 1980).

Rossmann (1992) en su artículo de la enfermedad: una oportunidad para la sanación; menciona que los síntomas de la enfermedad pueden verse a menudo como señales de atención, o como formas de hacernos conscientes de necesidades que no están siendo satisfechas. Por tanto si aprendemos a prestar atención a las señales o síntomas de nuestro

cuerpo, podremos aprender de una enfermedad algo que nos ayudará a alinearnos de nuevo con nuestro potencial de bienestar. Porque siempre estamos intentando mantener nuestro equilibrio, alineación y crecimiento en concordancia con nuestro propósito en la vida, seamos o no plenamente conscientes de ese propósito. Y se puede ver, relacionar los síntomas como factores que ayudan a alienar el flujo de energía de acuerdo con ese propósito. Esta perspectiva nos permite ver la enfermedad como una oportunidad ya que la enfermedad puede ser una situación que requiera que evaluemos cómo estamos cuidando de nosotros mismos, hacia dónde caminamos y qué es lo más importante para nosotros.

Si concebimos los síntomas como mensajes inteligentes cuya intención no es otra que volver a establecer un equilibrio sano.

Pero para empezar a reconocer estos mensajes que nos dice el cuerpo; primeramente también se debe ver lo que en la actualidad se está viviendo y es un mundo donde los ideales masculinos como el pensar, el tener un cuerpo más etéreo, ser reconocido por los logros y los éxitos que se tenga es lo más reconocido en estos días; más sin embargo que pasa con las mujeres que se han desencadenado de estos papeles "femeninos" para salir al mundo y conquistar el terreno que ha sido propiamente de hombres sacrificando con eso nuestra parte femenina que ha conllevado a tener serias dificultades acerca de ser mujer como las de antes o tener que desarrollar ese rol masculino y ahora se está llevando a los extremos de cumplir uno u otro rol sabiendo que se puede cumplir con los dos para que no haya ese desequilibrio y caiga en enfermedad.

Se ha olvidado cómo escuchar a nuestros cuerpos, y se engulle píldoras ante cualquier cosa que vaya mal. Se recurre a la medicina sin siquiera preguntarse qué es lo que nuestro cuerpo está tratando de decir. Arriesgadamente, se cree que no hay sabiduría en él y se trata de corregir los malestares físicos sin hacer correcciones psíquicas. Se puede obtener un éxito temporal, pero el cuerpo tiene sus métodos y pronto aparecerá otro síntoma que intentará guiar la atención hacia algún problema básico. Si no se hace caso a los pequeños síntomas, finalmente el cuerpo se tomará su venganza.

En nuestra cultura no se está en contacto con nuestras raíces instintivas, y los padres tienden a tratar a sus hijos como si éstos también fuesen máquinas en lugar de seres

humanos con sentimientos y temores. Si el niño es tratado de esta manera, consciente o inconscientemente, se tratará luego a sí mismo del mismo modo, y el malestar se profundiza con cada generación hasta que alguien en la familia adquiere suficiente conciencia de ello como para detenerlo (Woodman, 1994).

Si una madre se mira en el espejo y ve su cuerpo, no como si fuese propio, sino como una materia prima que puede ser manipulada a su voluntad, luego se desarrolla en su hija una actitud de "espejo en la pared". Su cuerpo puede comenzar a ser un objeto de arte, hasta el extremo en que deja de reconocerse a sí misma como ser humano. Ella no habita en aquel cuerpo. De esta manera se desarrolla una terrible dicotomía: ella aparece como una jovencita dulce, sumisa, pasiva, con voz de niña, pero lo que sale de su boca es homicida. En su "inocencia", ella es inconsciente del asesino que mora libremente en ella (Woodman, 1994).

La anoréxica no quiere ser mujer, no quiere crecer, dicen los psicoanalistas; pero como poder serlo si la mujer de ahora se inclina por los ideales masculinos dejando de lado su propia femineidad y como poder pasarlo a su hija si ella misma está descontenta como mujer, como enseñarle a su hija ser mujer si ella misma se ha olvidado cómo; ahí es donde se ha roto el equilibrio y lo menciona Dethlefsen T. y Dahlke R. (2002) menciona que el ideal de la persona con anorexia nerviosa es la pureza y la espiritualidad. Desea librarse de todo lo grosero y corporal, escapar de la sexualidad y del instinto. El objetivo es la castidad y la condición asexual. Para conseguirlo, hay que estar lo más delgada posible, porque si no, aparecerían unas curvas reveladoras de su femineidad, y ella no quiere ser mujer.

No sólo tiene miedo a las curvas por ser femeninas, es que, además, un vientre abultado recuerda la posibilidad del embarazo. El repudio de la propia femineidad y la sexualidad se manifiesta, también, en la falta de regla. Su patriarcal sistema de valores, basado en el reino de la belleza, la pureza y la luz, la fuerza a una profunda enemistad hacia su "sucio cuerpo", al cual desea reducir a una forma mínima o incluso "conceptual" en la que el objeto ya no esté allí (Woodman, 1994).

El ideal supremo de la anoréxica es la desmaterialización. Hay que apartarse de todo lo que tiene que ver con lo bajo y material; con respecto a esto Woodman (1994) menciona que estas jóvenes eficientes y sensibles cuya educación ha sido dedicada a obtener buenas calificaciones y cuya sensibilidad ha sido aguzada hasta el punto que la vida ordinaria les parece desagradable, mezquina y burda.

La muerte no se considera amenaza- ya que es precisamente lo que está vivo lo que tanta angustia provoca. Todo lo redondo, suave, femenino, fértil, instintivo y sexual inspira temor- se tiene miedo a la proximidad y el calor, a las relaciones interpersonales; para ella la vida no es salida. Su único propósito es modelar el objeto del espejo para convertirlo en una obra de arte que, irónicamente, sea totalmente aceptable para el sistema de valores de la colectividad que ella desprecia.

Teme a la compenetración de comer junto con otras personas (Dethlefsen T. y Dahlke R., 1990; Woodman, 1994); con respecto a esto, Traver (2007) menciona que la alimentación ha dejado de ser un instinto socializado y se ha convertido en una forma de penitencia donde sobre todo hay que evitar la contaminación de la carne (el pecado que en la anorexia sería el cuerpo) para llegar a ese ideal supremo como lo menciona Dethlefsen y Dahlke (1990); Woodman (1994) menciona que la comida es un catalizador de casi cualquier emoción: una manera positiva de expresar amor, alegría o aceptación; o, negativamente, una forma de demostrar culpa, soborno, temor al rechazo. La comida y la calidad de la comida son el centro de toda fiesta. Compartir la comida es ser parte de la fiesta; rechazarla es ser dejado fuera de la vida.

Este miedo, de lo femenino, es alimentado desde la sombra [Grecco (1995) menciona que la sombra es aquello que soy pero lo ignoro; es nuestra cara oculta y rechazada] de la paciente, sombra en la que, anhelantes, esperan realizarse los temas que la paciente rehúye con tanto empeño en su vida consciente.

Detrás del altruismo encontramos siempre un egocentrismo disimulado que se aprecia en seguida en el trato con estas pacientes. Uno ansía atención y la consigue por medio de la enfermedad. El que se niega a comer esgrime un poder sobre los demás que, angustiados y desesperados, creen su deber obligarle a comer y seguir viviendo. Con este truco, ya los

niños pequeños pueden meter a toda la familia en un puño (Dethlefsen T. y Dahlke R., 2002).

Woodman (1994) menciona que los sentimientos hacia sus propias madres suelen ser ambivalentes: hay una buena identificación inconsciente con sus ideales de orientación masculina junto con un total rechazo de éstos, y una identificación inconsciente con la madre protectora y la hija dependiente, y a la vez un rechazo total de estos papeles. Inconscientes por lo general de la dualidad de sus sentimientos y de la contradicción que subyace en el centro de sus personalidades, a veces parece aferrarse a la vida mientras que, sistemáticamente, se destruyen a sí mismas. Cuando se percatan de esta dualidad, se cuidan de esconder el conflicto real detrás de una máscara silenciosa y pasiva.

Si no se entiende la influencia inconsciente de la comida en la relación entre la niña y su madre, aquella actuará destructivamente. En cambio, si se comprende, habrá alguna posibilidad de solucionar el conflicto creativamente. Lo que la conciencia pide es un reconocimiento de la diferencia entre apariencia y realidad que define los sentimientos ambivalentes de la niña hacia su madre. Por un lado reconoce todo lo que su madre le ha dado; pero, por otro, percibe lo negativo detrás de lo recibido, especialmente su propio rechazo como persona. La comida encarna los falsos valores del sistema matriarcal que sus propios cuerpos rechazan asimilar; su cuerpo devienen edematosos, abotagados, alérgicos o recurren al vómito para expulsar el veneno hacia afuera. El cuerpo inconsciente no tolerará la madre negativa, y tampoco lo hará desde luego el cuerpo consciente (Woodman, 1994).

Como lo dice Franz Kafka en “un virtuoso del hambre” (citado en Miller, 2005):

.....porque no pude dar con la comida que me gustaba.

De haberla encontrado, te aseguro que no hubiera llamado la atención y hubiese comido como tú y como cualquiera.

Algo que también sería bueno destacar es la relación entre padre e hija; los sistémicos y psicoanalistas mencionan que la relación con el padre es superficial y da apoyo, pero abandona a la hija emocionalmente y la relación está definida por el rechazo.

Para empezar hay que definir la función del padre; una función sería darle corporeidad al hijo, una identidad diferente a la madre (ya que es él que separa la díada madre-hijo).

El padre es el primer “otro” que el niño reconoce fuera del vientre materno y es el que da la diferenciación; encarna un principio de realidad y de orden en la familia, ayuda a constituir una estructura interna en el hijo como la afirmación de sí y la capacidad para defenderse, otra sería acceso a la sexualidad, al sentido de exploración, al de logos que es una aptitud de abstracción y a la objetivación; facilitará el paso de la familia al de la sociedad, y finalmente pone límites y reglas (Corneau, 1991).

Cuando el padre no ha realizado adecuadamente su función es porque hay una ausencia prolongada del padre, porque hay una falta de respuesta del padre ante la necesidad de afecto y apego del hijo, hay amenazas de abandono por parte del padre hechas con objeto de castigar o de disciplinar al hijo con inducción a la culpabilidad en el niño. También cuando un padre se aferra a su hijo, o en un caso contrario al golpear físicamente o al convertir al hijo en el chivo expiatorio de la patología de la familia (Corneau, 1991).

Estos comportamientos paternos provocan en el hijo falta de confianza, excesiva timidez y dificultades para adaptarse, falta de madurez, demasiada dependencia, sufrirá de angustias, depresión, obsesiones, compulsiones y fobias; tendrá tendencias a reprimir mucho su furia y formas aberrantes para conseguir amor (Corneau, 1991).

Schierse (2005) menciona que el padre que no realiza bien su función deja una herida en la hija por lo que la deja a merced de la madre y para compensarlo (o separarse de la madre) la hija tiende a buscar maneras para encubrir esta falta.

Como menciona Shakespeare (mencionado en Schierse, 2005) “*¡Ahora todos los males que del oscilante aire penden malhadados sobre las faltas de los hombres recaen en tus hijas!*”.

La forma en que él se relaciona con la feminidad de la hija influirá en la manera en que ella se va haciendo una mujer adulta. Uno de los roles del padre es conducir a la hija desde el

reino protegido de la madre y del hogar al mundo exterior ayudándola a enfrentarse al mundo y a sus conflictos.

Cuando el padre es débil e indulgente y la madre fuerte y controladora, la hija tiene un problema doble. No sólo el padre es incapaz de ofrecerle un modelo masculino, sino que no se enfrenta a la madre ni ayuda a la hija a diferenciarse de aquélla. Puede que la hija permanezca atada a la madre y se identifique con ella. En este caso, es probable que adopte inconscientemente las mismas actitudes rígidas que su madre. Además, cuando la madre tiene que cumplir la función del padre, a veces la hija no recibe ningún modelo genuino, ni paterno ni materno (Shierse, 2005). Esto es lo que ocurre en la mayoría de las hijas que padecen anorexia.

Cuando un padre no ha ejercido como tal debido a una situación fuerte, la madre asumirá la postura masculina del trabajo y del martirio al estilo amazona. De aquí que la única influencia masculina haya venido de una madre que ha negado todo sentimiento (Shierse, 2005).

Schierse, (2005) menciona que la idea de Jung es ver al padre simbólicamente como una imagen arquetípica. Una de las formas de funcionamiento del arquetipo del padre es en tanto que imagen de la cultura patriarcal.

Con respecto a esto Corneau (1991) menciona acerca de la necesidad de un padre para la especie humana: “es una necesidad arquetípica. Cuando no está personalizada por la presencia paterna, esa necesidad permanece en estado arcaico, alimentada por imágenes culturales del padre que oscilan desde el Diablo hasta Dios”. La humanidad del padre permite al hijo concebir un mundo en el que no todo es blanco o negro y donde los opuestos pueden amalgamarse y relacionarse.

Shierse (2005) destaca dos tipos de patrones que hay en una mujer herida por la función inadecuada del padre y son:

- La **Puella aeterna** que es la “eterna muchacha” que es una mujer que psicológicamente sigue siendo una jovencita, aunque cronológicamente pueda tener sesenta o setenta años. Sigue siendo una hija dependiente y tiende a aceptar la identidad que otros proyectan sobre ella. Al hacerlo, ella deposita su propia fuerza en manos de otros, así como la responsabilidad de dar forma a su identidad.
- El otro patrón es la “**amazona acorazada**” y es el opuesto de la puella y surge durante el transcurso de su desarrollo como reacción contra un rol paterno inadecuado, ya sea a nivel personal o cultural. Estas mujeres se suelen identificar con las funciones masculinas o paternas, consiguiendo por sí mismas lo que el padre no les dio. Se construyen una fuerte identidad egoica masculina mediante sus logros profesionales, luchando por una causa, o controlando e imponiendo la ley ellas mismas.

Las madres de las anoréxicas fungen un papel de “amazona acorazada” y Woodman (1994) comparte esto de que son mujeres que se han entregado al papel de ateneas (diosa que nace adulta y nace de la cabeza del padre Zeus), al papel de lo masculino, de los logros, razón, debeístas y sin embargo llegando a casa suelen ser mujeres solitarias, dependientes, necesitadas de afectos, frágiles; pero solo esta parte de su personalidad se asoma en lo oscuro, en lo inconsciente, la puella que lleva internamente

Estas madres pasan a sus hijas este mismo patrón porque no conocen otra manera de educar ya que así fueron educadas; sin embargo estas chicas (las anoréxicas) actúan la puella que la madre no se deja vivir, claro antes de la enfermedad, después encarna a la madre convirtiéndose en amazona para poder defender su deseo.

Como dice Kierkegaard (citado en Shierse, 2005) la puella una vez consciente de su patrón, se da cuenta de que está atrapada, detenida en su desarrollo. Porque también ella tiene algo con que contribuir al mundo, aunque todavía no haya descubierto la manera de hacerlo. Y esa tensión el no poder ser capaz de aportar de algo puede conducir al suicidio, a la reclusión, a la adaptación o a la rebelión; pero también puede conducir a la transformación.

En esta situación que menciona Kierkegaard es como se encuentra la anoréxica y al no encontrar ninguna situación se va suicidando poco a poco aunque también “rebelándose” de que aquella situación en la que está atrapada.

El primer paso en el camino a la transformación de este patrón es hacerse consciente de que uno no tiene conexión con su propio yo interior, esto implica sufrimiento y hay que aceptarlo y darse cuenta de que dentro de la debilidad hay fuerza en el interior y esta fuerza radica en el self y aceptarla. Esto quedaría bien dentro de las chicas que padecen anorexia purgativa.

La anorexia restrictiva en las chicas que suelen ser más obedientes, más orientadas al control, a la obsesión; este patrón sería más de una amazona obediente y con respecto a esto Shierse (2005) menciona que hay que darse cuenta de que alguien más se lo impuso, alguien de afuera. Es importante ver que esta imagen de hija obediente es una proyección de otras personas y no realmente algo propio. Aunque da la impresión de bondad y virtud, también niega la sombra y toda la vida y creatividad que está contiene. Niega una gran porción de la personalidad y a la larga la conexión con el self (sí mismo). No es de extrañar que suela haber extenuación, desolación y falta de significado. Se tiende a vivir tras una persona modelada, una imagen limitada por el deber y, generalmente, por una estructura autoritaria muy estricta

En este patrón hay una gran necesidad de control y al ejecutarlo también quedan desconectados de la espontaneidad y de lo inesperado, y eso es la sal de la vida; estas mujeres quedan aisladas de sus sentimientos y de su capacidad de relacionarse, puesto que la necesidad permite que nada ocurra. Como su espontaneidad y creatividad irrumpen hay una desesperación tal que Kierkegaard (citado en Shierse, 2005) lo llama la “desesperación de la necesidad”. Por lo tanto hay que aceptar la debilidad, y la incapacidad de trabajar, ablandarse, ser receptiva y unirla con su fuerza para una expresión creativa de su espíritu femenino.

Como menciona May Sarton (citada en Shierse, 2005):

“Y ahora nosotras, mujeres que escribimos, extraños monstruos seguimos rebuscando en nuestro corazón para hallar las difíciles respuestas, seguimos esperando poder aprender a poner las manos con mayor suavidad y sutileza sobre las ardientes arenas. Ser con aquello que hacemos más sencillamente humano. Llegar al profundo lugar donde el poeta se convierte en mujer, donde no hay que renunciar a nada ni cederlo en la pura luz que crea el fruto y flor y esa gran cordura, ese sol, el poder femenino”

1. PROPÓSITO

Se relacionó el perfil psicológico de los sujetos con sintomatología de anorexia con su historia Clínica y la Dinámica de la Ciudad y el Gobierno

4.1 Objetivos

- Se detectará la sintomatología de anorexia nerviosa en los sujetos mediante el Test de EAT-40.
- Se detectará el perfil psicológico de los sujetos con sintomatología de anorexia mediante la aplicación del Inventario Multifacético de Personalidad Minnessota I (MMPI- I).
- Se establecerá patrones en la historia clínica de los sujetos en relación con su perfil psicológico.

1. METODOLOGÍA

En esta investigación se trabajó de manera cualitativa por que como lo señala Aguilera y Blanco (1987, citado en Chang y Molotla, 2008) a través de este método se pueden estudiar asuntos cotidianos y patrones del ser humano que ocurren en la vida diaria como son las motivaciones, relaciones, formas de organización, creencias, roles, etc. Con esto se puede ver las relaciones interpersonales, en este caso de manera holística sin enmarcarse en una sola teoría.

De acuerdo con Sosa (2006) el contenido de estas características no son para representar una muestra o una población, no pueden ser generalizables estadísticamente sino que sirven para ampliar y generalizar teorías y conocimientos acerca de algo que se está estudiando con el propósito de comprender la interacción entre las distintas partes de un sistema y las características del mismo; como lo menciona Hartley (citado en Sosa, 2006) se tiende a generalizar la teoría a partir de un solo caso en cuanto se puedan comprender la estructura, los procesos y las fuerzas impulsoras de un caso más allá de una simple correlación de causa y efecto.

Por otro lado Yin (citado en Sosa, 2006) menciona que con este método no se puede utilizar para contrastar proposiciones, si para unificar teorías en relación a lo que se está estudiando ya que el proceso de investigación es detallado comprensivo, sistemático y explora a profundidad el caso de interés; dado estas características se pueden tomar en cuenta las diferentes teorías.

La aportación de este método de trabajo es que puede ser crítico, permite confirmar, cambiar, modificar o ampliar el conocimiento sobre el objeto de estudio lo cual puede tener una contribución al conocimiento o construcción teórica, se basa en su carácter de unicidad e irrepetible de cada sujeto lo cual permite al investigador observar y analizar un fenómeno, una situación o un hecho que antes no podía ser estudiado dado que daba poco acceso a la investigación científica cuantitativa.

La forma en la que se puede obtener esta información puede ser a través de registros narrativos de los fenómenos y de la experiencia, que son estudiados mediante la información, de esta manera se trata de identificar la naturaleza de las realidades, sus sistema de relaciones y su estructura dinámica de forma natural, la cual puede ser más rica y más profunda.

Desde la perspectiva Transpersonal se puede explorar sentimientos, emociones, sensaciones, valores, relaciones, buscando ingresar a la subjetividad de la persona para poder profundizar en los componentes del self, invitando a la persona a reflexionar sobre aquello que le hace sentir mal y realizar un ejercicio de introspección y en cierta medida lograr lo que se conoce como “darse cuenta” (Álvarez, 2003 citado en Chang y Molotla, 2008), es aquí donde entra la interrogante el ¿para qué? de lo que se está padeciendo yendo más allá de una explicación teórica.

5.1 Método

El método utilizado en esta investigación es la fenomenología dado que es un método cualitativo que supera la visión dual sujeto-objeto, no tiene pasos a seguir (Vera, 2006 citado en Chang, 2008).

Se utilizó la fenomenología como orientación metodológica (método científico del existencialismo), ya que va más allá de una mera explicación de los hechos, va a las cosas mismas, a las esencias (Quitmann, 1989). Puesto que la fenomenología se interesa por describir y no por explicar o analizar, de tomar en cuenta lo que aparece “como” aparece. Por lo tanto, el hablar fenomenológicamente es hablar de la realidad desde la experiencia, en este caso desde el paciente.

5.2 Sujetos

Se tomaron 100 sujetos de entre 11 y 28 años para este estudio de la Escuela Nacional de Danza Clásica y Contemporánea perteneciente al Instituto Nacional de Bellas Artes dentro de ellos solo resultaron 6 sujetos a trabajar.

5.3 Diseño:

Se realizará una investigación de corte cualitativo-descriptivo transcensional ya que los hechos ya están en el medio y no se manipuló variables. Tomando en cuenta el modelo holista descrito en Kerlinger & Lee (2002) siendo este método heurístico, pragmático y empírico y permite la generalización con mayor precisión

1.4 Selección de la Muestra

La muestra fue de tipo intencional aleatorio, ya que se buscaron a los sujetos que presentaran los atributos o características a investigar.

1.5 Instrumentos:

5.5.1 Test de actitudes hacia la alimentación EAT-40

Es un cuestionario de auto-reporte de 40 reactivos bajo una escala bipolar de seis opciones. Fue diseñado y evaluado originalmente en población canadiense (Garner y Garfinkel, 1979), y posteriormente en España por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). El EAT-40 ha sido utilizado como instrumento de tamizaje de trastornos alimentarios- y específicamente de anorexia nerviosa- y para identificar- entre población comunitaria- patrones anormales de ingesta.

En este estudio se partirá de la validación realizada para la población mexicana, en donde el punto de corte sugerido es $EAT > 28$ (Álvarez, 2000), retomando los cuatro de los cinco factores sugeridos para la población mexicana, los cuales fueron:

2. Restricción alimentaría (RA)
3. Motivación para adelgazar (MA)
4. Preocupación por la comida (PC)
5. Presión social percibida (PSP)

5.5.2 *Historia Clínica Multimodal de Lazarus*

Se aplicó la Historia Clínica Multimodal con la finalidad de corroborar los resultados del EAT-40 además sirve de ayuda para explorar más campos en la vida de los sujetos.

5.5.3 *Inventario Multifacético de la Personalidad Minessota (MMPI-I)*

También el Inventario Multifacético de la Personalidad Minessota I (MMPI) de Hathaway & McKinley (1967) El Inventario del MMPI está formado por 13 escalas:

Las tres primeras escalas se identifican a través de letras y son las escalas L, F, K, las cuales son conocidas como escalas control, cuyo propósito es identificar la actitud que el sujeto está teniendo al contestar el instrumento, y proporcionar datos para inferir el comportamiento del sujeto fuera de la prueba.

Las demás son llamadas escalas clínicas y que se identifican con números:

- 1) Hipocondríaco (Hs)
- 2) Histeria (Hi)

- 3) Depresión (D)
- 4) Psicópata (Dp)
- 5) Rol psicosexual en la sociedad (Mf)
- 6) Paranoide (Pa)
- 7) Ansiedad (Ps)
- 8) Esquizofrenia (Es)
- 9) Energía Vital y la Impulsividad (Ma)
- 10) Introversión- Extroversión (Is)

Las 13 escalas que constituyen el inventario del MMPI son poli dimensionales, es decir que evalúan más de un rasgo de personalidad; cada escala evalúa rasgos primarios y rasgos secundarios.

Fue utilizado para determinar rasgos de la personalidad de los sujetos con rasgos de anorexia, con el fin de obtener características del perfil psicológico y su evaluación fue de manera cualitativa.

5.5.4 Dinámica “La Ciudad y el Gobierno”

Se aplicó esta dinámica con el fin de correlacionarla cualitativamente y fenomenológicamente ésta dinámica con el perfil psicológico y la historia clínica (Ver anexo)

En esta dinámica se toma a la ciudad como símbolo de la madre donde sus cualidades “buenas” son que cobija a los moradores.

Jung (1993) menciona las cualidades femeninas que observo en los indios donde reemplazan a la madre por la ciudad, la fuente, la cueva, la iglesia, etc. Y esto proviene por la regresión de la libido que reanima caminos y procede infantiles vinculos a la madre y esto nos lleva a la fijación infantil que en el adulto sería una paralización y limitación y si este se vincula a la ciudad también fomenta virtudes cívicas y le da una existencia útil.

Así mismo menciona las cosas negativas de lo femenino que sería el atrapamiento, el involucramiento y asesinato que se ve representado en muchos de los cuentos como el Hânsen y Gretel; en otros simbolismos como el gran pez marino que se devora al hombre como en el cuento de pinocho, en las leyenda griega de Tifón que es un dragón. En todos

estos casos menciona la libido regresiva y que si se queda ahí encontrará la muerte como castigo por que los monstruos lo único que evitan es el incesto. El dragón como imagen negativa de la madre, expresa la resistencia contra el incesto o el miedo a cometerlo. El dragón y la serpiente son representantes simbólicos del temor a las consecuencias de infringir el tabú, o sea, la regresión incestuosa.

En cuanto al gobierno este es un símbolo representativo del padre en donde sus cualidades son que da la confirmación, la seguridad para acceder a el estadio adulto, determina la personalidad del niño a través de la identificación con el padre ya que lo separa de la madre, encarna todo principio de realidad y de orden, permite el acceso a la agresividad (afirmación de si mismo y de defensa), a la sexualidad, sentido de exploración, al logos que es la razón, la abstracción y la objetivación, facilitará el paso de la familia a sociedad esto es en cuanto a la parte buena del padre que se mostraría como el gobierno ideal.

En cuanto a la parte opuesta sus cualidades son la confusión de identidad sexual, se subestiman, hay represión de la agresividad, de su afirmación, ambición y de exploración; en los niños puede haber problemas de aprendizaje, problemas para asumir valores morales, responsabilidades, se pierde el sentido del deber o se distorsiona al igual con sus obligaciones, hay carencia de límites, en el acatamiento de la autoridad y falta de estructura interna como la blandura, falta de rigor, falta de organización y por lo tanto podría caerse en la delincuencia, la droga, alcoholismo y de permanente rebelión contra la sociedad patriarcal (Corneau,1991) y que todo esto se figurará en el gobierno antagónico.

5 PROCEDIMIENTO

6.1 Fase de Selección.

Se aplicó el test EAT-40 a sujetos de la Escuela Nacional de Danza Clásica y Contemporánea perteneciente al Instituto Nacional de Bellas Artes para seleccionar los sujetos que rebasaron el punto de corte de este test el cual esta estandarizado para población mexicana en una puntuación de ≥ 28 . (Alvarez, 2000)

En esta prueba resultaron 6 sujetos que rebasaron el punto de corte, con puntuaciones mayores a T - 28

A los sujetos que rebasaron el punto de corte del Test EAT-40 se les aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad Minessota (MMPI) para determinar rasgos de su perfil psicológico.

Se le dio para que contestaran La Historia Clínica Multimodal de Lazarus para detectar patrones del perfil y observar también la dinámica familiar

Se hizo la relación entre el inventario Multifásico de la Personalidad Minessota (MMPI) y la historia clínica Multimodal para detectar patrones del perfil.

Después se aplicó la dinámica de la “Ciudad y Gobierno” con el fin de correlacionarla cualitativamente y fenomenológicamente con el perfil psicológico y la historia clínica.

5 RESULTADOS

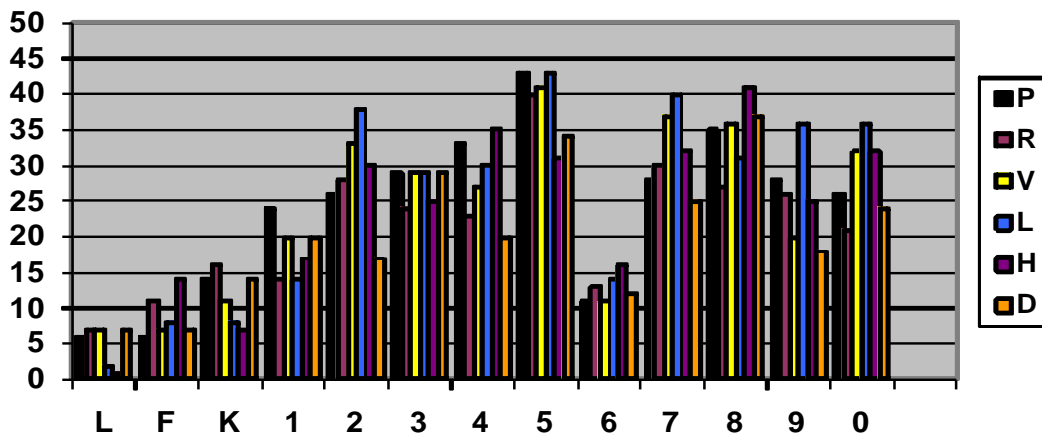
Se encontró que 6 sujetos alcanzaron el punto de corte de la prueba EAT-40 que es de T-28, presentando algún tipo de sintomatología de anorexia, las puntuaciones naturales fueron.

Sujeto	Puntaje
P	48
V	45
R	42
D	30
H	44
L	51

En esta prueba las características más sobresalientes fueron, en los sujetos L, V, R y D Restricción, control, evitación y dieta y los sujetos P y H presentaron un patrón bulímico con la conducta compensatoria del vómito. Para ver prueba completa consultar anexos “A”.

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA

En la siguiente grafica se muestran las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas del MMPI en comparativa de cada uno de los sujetos:



Se muestra una comparación en los puntajes naturales de los sujetos, en cada una de las escalas

Nota: Los puntajes aquí manejados son puntajes T.

Las escalas más comprometidas en cinco de ellas fue la escala 5 (MF) baja, la 4 (SP) alta, la 8 (ES) alta en cuatro de ellas, la 0 (INTRO-EXTRA) baja en 4 de ellas, la 6 (PARA) baja, la 2 (DP) alta en cuatro de ellas. Para consultar la grafica de los perfiles e interpretación completa ver anexos “B” y “C”.

HISTORIA CLÍNICA MULTIMODAL

Se aplicó la historia clínica donde los resultados muestran que los sujetos tienen características en común, aquí se mencionan las preguntas en las que se encuentra relación entre los sujetos.

Nota: cuando no haya mención en particular quiere decir que estas características están en todas.

I

Sexo: **femenino**

Estudiante

Severidad de su problema: **levemente inquietante, moderadamente severo**

¿Cuándo comenzaron sus problemas? **En la infancia**

II

Religión: **Católica (cuatro de ellas)**

Términos que se apliquen a usted durante su infancia: **Infancia feliz (5 de ellas), Terrores nocturnos, problemas familiares (3 de ellas), temores o miedos (4 de ellas)**

III

Conductas que se apliquen a usted: **Problemas del comer y fobias miedos o temores (3 de ellas)**

V

Sentimientos que se apliquen frecuentemente a usted: **Deprimido (4 de ellas), temeroso (3 de ellas), feliz (3 de ellas).**

Sus cinco miedos principales: **fracaso, caer (2 de ellas)**

¿Qué sentimientos le gustaría experimentar menos a menudo?: **depresión (4 de ellas).**

¿Qué sentimientos negativos ha expresado recientemente? **Tristeza y enojo**

VI

Situaciones que se apliquen a usted: **problemas visuales (2 de ellas), fatiga (2 de ellas), disgusto al ser tocado (2 de ellas).**

Duración del periodo menstrual **4 días (3 de ellas)**

¿Padece malestares? **SI (4 de ellas)**

¿Su periodo afecta su estado de ánimo? **Si**

Describa como manifiesta:

Alegría: **platicar, saltando, sonriendo y gritando**

Tristeza: **aíslo, lloro**

Ansiedad: **torpe, nerviosa, movimiento**

VII

Escenas que se aplican a Usted: **aliento exitoso (3 de ellas), ser lastimado (3 de ellas), ser amado (3 de ellas), ser perseguido (4 de ellas), de caer (2 de ellas).**

¿Qué imágenes vienen a su mente con más frecuencia? **Fuera de la ciudad (2 de ellas)**

Describa la imagen o fantasía más placentera: **amada, viaje, preparación.**

VIII

Pensamientos que se apliquen a usted: **No valgo nada, sin utilidad (4 de ellas)**

Palabras que utilice para describirse: **poco atractivo (4 de ellas), leal (4 de ellas), confiable (4 de ellas), loco (3 de ellas), no puedo hacer nada bien (3 de ellas), problemas para tomar decisiones (3 de ellas) honesto y sensible (4 de ellas).**

¿Cuál considera ser su idea más irracional, absurda o Loca? **Suicidio (2 de ellas), viajar (3 de ellas)**

Cualidades personales del psicólogo: **amable, paciencia y gusto por su profesión**

Es difícil para mi admitir que... **logros, equivocaciones**

Una de las cosas que no puedo perdonar... **mentira, traición.**

IX

¿Siente amor y respeto por sus padres? **Si**

¿Hace amistades fácilmente? **Si**

¿Fue usted severamente infortunado o fastidiado? **Si (3 de ellas)**

¿Cuándo y en que circunstancias? **Escuela**

¿Come en forma balanceada? **No (3 de ellas)**

¿Qué clase de pasatiempos o actividades recreativas practica? **Danza, jazz, yoga, leer.**

¿Practica algún tipo de ejercicio? **Si, danza, jazz**

¿Cuántas horas duerme? **4 a 6 horas.**

Situaciones que mejor de apliquen a usted: **despertarse temprano (3 de ellas), presión baja (3 de ellas), dolores de cabeza (2 de ellas), poco apetito (2 de ellas).**

Situaciones a los miembros de la familia (mamá y papá): **problemas gastrointestinales (3 de ellas), problemas de presión alta o baja (2 de ellas), dolor de cabeza (2 de ellas).**

Destaca en la historia clínica la relación que establece con los padres (la dinámica de la ciudad y el gobierno se resalta más) se encontró lo siguiente:

Con la madre en el apartado de relaciones interpersonales 5-b

UNA MADRE DEBERÍA...

P Escuchar

R ser amorosa, dar libertad, comunicarse, ser muy fuerte, ser tolerante, ser sumisa

V Estar al tanto de sus hijos, quererlos mucho

L Ser comprensiva

H escuchar a sus hijos

D comunicarse con sus hijos, no ser muy dura, que sea más responsable.

En este apartado se muestra lo que los sujetos piden de su Madre en donde resalta los temas de **Amor, Comunicación, libertad, comprensión, tolerancia y atención**

DE UNA DESCRIPCIÓN DE LA PERSONALIDAD DE SU MADRE...

P Paciente, Distraída, Fuerte, alegre, preocupada y sobre protectora

R ----

L Trabajadora, honesta, Fuerte y crédula

- H Intolerante
- V Tranquila, Amorosa, dedicada y no suele hablar con nosotras de temas que evade
- D Amable, honesta y dura

En este apartado se muestra lo que los sujetos consideran como es su madre.

UN PADRE DEBERÍA...

- P Amar
- R ser amoroso, dar libertad, comunicarse, ser muy fuerte, ser tolerante y no machista
- V Guiar ya aconsejar a sus hijos hablándoles de todos los temas
- L tener confianza para con sus hijos

En este apartado se muestra lo que los sujetos piden de su padre temas de **Amor, Comunicación, confianza, tolerancia y atención**

En este mismo apartado de relaciones interpersonales en el 1-b

DE UNA DESCRIPCIÓN DE LA PERSONALIDAD DE SU PADRE...

- P era muy juguetón, enojón, gritón, le gustaba abrazar
- R Un tanto estricto, no expresa mucho amor
- V Estricto, Muy disciplinado, perfeccionista, Gritón, Enojón, que todo sea a su manera
- L nunca ha estado con nosotros
- H se preocupa por nosotras y es atento a nuestras necesidades
- D Amable honesto cariñoso

En este apartado se muestra lo que los sujetos consideran como es su padre:

Ser estricto, ausente, enojón, gritón, disciplinado, perfeccionista, así como, Amable, honesto, cariñoso, juguetón

Consultar anexos “D”

DINÁMICA DE LA CIUDAD Y EL GOBIERNO

Sujeto L.

La ciudad ideal: sin contaminación, vegetación, gente amable sin malicia, casas pintorescas, acogedora, ruido de pajarillos.

Ciudad Antagónica: inseguridad, gente horrible y critica, deshonesto y gris.

Gobierno Antagónico: Corrupto, pésimo con la gente, ambicioso que solo le importan sus intereses y negro.

Gobierno Ideal: honesto, limpio, claro en la información de sus movimientos.

Sujeto P.

La ciudad ideal: luz, edificios blancos, ventanas altas que parecen espejos otras con vitrales, cielo mil colores, dorado, rosa, azul, morado, naranja, partes negras, aire cálido, fresco, olor a vainilla, pavimentadas, muchas flores, gente amable, amorosa, cálida, gente bailando, risas, vida, amor, paz.

Ciudad antagónica: Oscura, cielo simple, sin color, edificios enormes, grises ventanas y vitrales rotos, sangre en las calles, aroma a tristeza, fría, la gente camina rápido, golpeando, llorando o sollozando, balazos, gente cayendo muerta por un balazo o por hambre, le falta comida, amor, paz, cansada y esta triste, harta.

El gobierno Ideal: regido por dios, escucha al pueblo, ayuda a fluir el poder y el amor de dios, perfecto.

Gobierno Antagónico: rígido, rudo, fuerte, malo, egoísta, soberbio, insensible, busca solo destrucción y muerte, le falta amor, le falta dios, no perdona, no ama, frío, oscuridad, gris y rojo, cuerpos tirados y lagrimas en los habitantes, una niña llorando tan sincero, tan fuerte y frágil.

Sujeto R.

Ciudad ideal: Carretas y caballos, gente pausada, deteniéndose, observando, mujeres con sombreros y abanicos (elegantes más no vanidosas ni con actitud denigrante) mujeres sencillas, hombres de traje y relojes de bolsillo, hombres vestidos con pantalones pescadores color amarillo puro, la gente se seduce con caricias y su gesto amable.

Ciudad antagónica: Olor seco, presiona el pecho, edificios de paredes de espejos, imagen de una mujer y un hombre tomados de la mano, correteados por automóviles, no hay pausas.

Gobierno Ideal: ojos, no hay figura, silencio, olor a fresco, piden aceptación, no hay diferencias sociales, rayos de luz y claridad, letras antiguas.

El gobierno antagónico: cuchilladas de luz agresiva, coladeras, gente huyendo, comparaciones, evasiones, negaciones.

Sujeto V.

Ciudad ideal: 6 de la tarde, no hay tantos coches, hay bicicletas, hay pequeños trenes con techos pequeños, seres de todo tipo, mascotas y muy pocas van atadas, no hay horarios establecidos, niños y ancianos jugando en parques, en la playa, están afuera de sus casas; personas vendiendo pan y haciendo pasteles, pintores se inspiran en los callejones, señoras bordando o haciendo altares con maderas, hombres bailando, jugando ajedrez, otros leen o escriben en sus cuadernos de palma. Los niños leen libros y pintan las paredes de una casa, hay miles de actividades, huele a pan fresco, a flores, a mar, huele a felicidad, en las noches se escucha música, acordeones, flautas, corales. La gente puede salir a tomar el fresco, leer, cantar, los actores recitan, los hombres cantan sus sueños

Ciudad Antagónica: huele a smog, demasiada gente, se camina aprisa y las distancias son largas, tiempo corre muy rápido. La gente parece estar siempre apática, caras largas y grises, hay violencia, roban, matan, mundo deshumanizado y sin corazón, gente que no te mira a los ojos, no sonrío es fría.

Gobierno Ideal: Justo, escucha, equitativo, no mira sus intereses, honesto trata de ver los avances y problemáticas y resolverlas.

El gobierno Antagónico: roba, mata, maquinas, importa el dinero, el que dirán, importa trabajar, subsistir, trabajar, la esencia muere a cada instante, el cielo se oculta, penumbra, asfixia, quema, quejas pero nadie oye..

SUJETO D.

Ciudad Ideal: campo, sin smog, ni olor, gente trabajaba, otros en el parque, otros en la playa, otros con su familia. Colores muy claros, edificios grandes, altos, había mucha vegetación, había mucha paz y tranquilidad.

Ciudad Antagónica: gente tensa, se gritaban entre padres e hijos, ambiente pesado, delincuencia, mucha contaminación, mares negros, la vegetación no existía; personas con mascarar, aire dañino; los niños ya no salían de sus casas, ciudad negra, tristes o enojados, colores oscuros; nadie era feliz, olor a alcantarilla, fatigados, molestos.

Gobierno ideal: gobierno eran los ciudadanos, no se transaban el dinero, seguridad.

Gobierno Antagónico: corrupto, secuestros, droga, el gobierno no tomaba en cuenta la opinión del pueblo.

SUJETO H.

Ciudad ideal: gente no sea prepotente, limpia, lugares únicos, actividades deportivas, sin tráfico ni contaminación, sin inseguridad, color rosado con negro azul y mucho rosa, de noche, con estrellas, gente con estilo propio olor a un perfume es muy dulce, a flores.

Ciudad antagónica: gente mal educada, sin respeto, de noche, sin luz, ni luna, oscura, olor a drenaje, gente mal vestida, caras muy serias, pobreza, delincuencia, gente, autónoma, prepotencia, egocéntricas, feo, apatía.

Gobierno ideal: transparente, comunicativo en la toma de decisiones, personas honestas, nada de fraudes tienen que participar jóvenes en este gobierno, para darle frescura e ideas muy frescas, honesto, buen líder, nunca dudar en sus decisiones, honestidad y transparencia, mexicano, color verde y azul, expresan tranquilidad y serenidad, democrático.

Gobierno antagónico: burócrata, con dinero, no se preocupa por los demás, egocéntricas, sin interés, gris, olor a billetes, olor a mugre, repulsivo, pero todos lo quieren, se aprovechan de los habitantes.

5 ANALISIS DE RESULTADOS

En los resultados cuatro de las pacientes muestran una predisposición a la anorexia de tipo restrictivo de acuerdo a la clasificación del DSMIV, a esto se llegó a través de lo observado en el EAT T- 40 donde los sujetos V, D, L y R obtuvieron los siguientes puntajes naturales de 45, 30, 51 y 42 respectivamente y los sujetos P y H que sacaron una puntuación natural de 48 y 44; estas pacientes mostraron mayor predisposición a la anorexia de tipo purgativa.

En relación al MMPI se encontró que cuatro de las pacientes (V, D, L y R) mostraron características del carácter de tipo obsesivo y dos de los sujetos mostraron características del carácter esquizoide, dando una relación marcada entre predisposición a la anorexia de tipo restrictivo con el carácter obsesivo y la predisposición a la anorexia de tipo purgativo y el carácter esquizoide. Aunque cada uno de los sujetos ocupa un lugar diferente en el orden de nacimiento en sus respectivas familias, el rol que juegan en las mismas es de hermana mayor de acuerdo a la explicación dada por los Richardson's (1992)

Las pacientes muestran mal manejo de la hostilidad que se observa en las escalas 4 y 8 del MMPI y sus puntajes naturales fueron de L (30 y 31), P (33 y 35), H (35 y 41), R (27 y 27), V (27 y 36) y D (20 y 37) en el caso de las pacientes con carácter de tipo obsesivo con propensión a la anorexia restrictiva desvían la hostilidad a un pensamiento (Obsesión) y posteriormente a un objeto (Compulsión), en este caso el cuerpo se interpretaría como la obsesión por adelgazar, la compulsión en el ejercicio y el exceso de actividades y en el control de la comida, esto en realidad intenta controlar los impulsos hostiles; son muy auto exigentes y sumisas ante las figuras paternas con rasgos de masoquismo ya que siempre han buscado ser las mejores hijas; en una de las pacientes ha llegado a cuidar de sus hermanos; en el caso de la paciente L lo cual se vio en la Historia Clínica Multimodal en la parte de relaciones interpersonales en la pregunta D)1 en la sección de Relaciones Interpersonales (ver anexos).

Aquellas chicas que tiene predisposición a anorexia de tipo purgativo muestran mal manejo de la hostilidad por ejemplo cuando come de manera compulsiva y mastica en un intento de destruir (de manera simbólica), hay dos casos con estas características que son la paciente P y H referido en la Historia Clínica en la sección Factores biológicos en la pregunta J-20 y EAT-40 en la pregunta 7 y 13 que comen compulsivamente y además de que se provocan el vómito.

Dentro del mal manejo de la hostilidad se encuentra la pasividad, esto es no tener en cuenta sus propias necesidades, opiniones, no defienden sus deseos por no romper con la imagen de niña buena. Estas características son mencionadas por los Richardson`s (1992) que alude al rol de hermana mayor y las pacientes que juegan el rol de hermana mayor son P, L, R y V esto esta referido en la Historia Clínica en el apartado de Historia Personal y Social en el inciso C.

En cuanto a la dinámica familiar; en la historia clínica en la sección de Relaciones Interpersonales (en el inciso 1b, 1e y 2b), las pacientes reportan tener un padre ausente o periférico, proveedor de lo material / económico y no de afectos. En la dinámica de la ciudad y el gobierno, el gobierno antagónico lo llegan a ver como corrupto, interesado solo por el dinero y en él y distanciado de las pacientes. Todo esto proyectado sobre el símbolo del gobierno antagónico el cual en la mayoría de los casos es identificado con la personalidad de los padres reales.

En el caso de el gobierno ideal, mencionan características, de valores como la honestidad y la justicia, esto es una idealización del padre que ellas no tuvieron, y como les gustaría que fuera.

En el caso de la ciudad ideal se mencionan características tales como cálida y acogedora, con vegetación, esto se relaciona con la historia clínica en la Sección de Relaciones Interpersonales en la pregunta 2b referida a “una madre debería” muestra lo que la paciente cree que le falta de su madre; en este caso mencionan cosas como: comunicarse con sus hijos, escuchar, hacer las cosas que le tocan, ser comprensiva.

Con la madre muestran características como, rígida, seca, poca comunicación, sin respeto, yendo aprisa, obscura, simple, sin color y en algunos casos fría, donde los habitantes se sienten, perseguidos, muertos, asfixiados; en tres de los casos se menciona el olor a alcantarillas, en cuatro de los casos estas características son identificadas con la personalidad de las madres reales, proyectadas en el símbolo de la ciudad antagónica.

Dentro de la teoría transpersonal se maneja que los síntomas son una metáfora del problema y la anorexia no es la excepción; como dicen los sistémicos la anorexia es una cumplidora de un papel homeostática y estabilizador como metáfora de lo que no se ha cumplido dentro de la familia, la problemática no es solo de la anoréxica sino de la interacción familiar y sus necesidades personales.

Y metafóricamente los síntomas lo son también, entonces cuando los médicos mencionan que hay un déficit de la glándula hipófisis y que causa trastornos como la isquemia, la poliesclerosis glandular entre otras; curiosamente la función hipofisaria está relacionada con la generación de masa muscular, con las características y la definición sexual del sujeto tales como la reproducción de estrógenos y testosterona las cuales muestran aumento en la adolescencia, esto se relaciona con no querer crecer (síndrome de Peter Pan) y lo menciona también la teoría psicoanalítica y sistémica, pero no es que no se quiera crecer es que no se puede porque su problemática empezó desde una edad temprana como lo menciona Erickson (1985) se necesita de una base segura para poder pasar las diferentes crisis que lleva el desarrollo del ser humano y la anoréxica no la tiene por que sus necesidades de afecto no fueron cubiertas por que la madre tampoco la ha tenido y no se puede dar aquello que no se tiene, por lo tanto confundió a su hija por un objeto al que moldear negándole toda identidad como persona, dejando de lado su deseo, atiborrándole de comida cuando lloraba la hija o alimentándola cuando esta no lo necesitaba sin sentir cuales eran las necesidades reales de la hija por que la madre misma no sentía sus propias necesidades por que en ocasiones la madre descuida su parte femenina por jugar el rol paterno.

Esta función masculina también es compensada en la hija en la etapa de desarrollo escolar; la niña busca las mejores calificaciones, el desarrollo intelectual, el cual puede ser

comparado con lo que menciona Dahlke y Delthlefsen (2002) cuando dice que la anoréxica se eleva a lo espiritual; esto solo es compensación de aquel padre que no pudo hacer bien su función por lo tanto la hija se vuelca a lo espiritual como una manera de acercarse al padre (ideal) para poder separarse de la madre; sin embargo, como esto es etéreo y no tiene una base firme esto se cae cuando llega la adolescencia y es momento de afirmarse y buscar su identidad fuera de la madre. Por esto deja de ser la niña buena, sumisa, pasiva, complaciente para encontrar su deseo pero como “el cuerpo es de la madre” tiene que destruirlo para saber que es suyo y que de su madre por eso ve en el espejo la figura obesa que solo es la metáfora de aquella madre que la esta aplastando y el separarse del cuerpo es una forma de separarse de la madre.

En la Dinámica de la ciudad y el gobierno, el gobierno antagónico solo es una metáfora más del aquel padre interiorizado; en este caso, el arquetipo del padre muestra su parte negativa en donde es un padre castigador, esto también se ve en ellas mismas en su conducta intrapunitiva dejando de lado la parte sana de este arquetipo que sería aquel que ayuda a enfrentar y a integrar hostilidad para salir adelante. La forma en cómo se tratan solo es un reflejo de cómo fueron tratadas.

Dentro de la teoría bioenergética Lowen (1985) menciona acerca de los bloqueos de energía en el cuerpo, en el caso de la anoréxica estaría dentro del carácter oral por que este tipo de personalidades son muy demandantes de amor de aquel que no le han dado y que tiene toda la razón, sin embargo su demanda en este tiempo ya no es apropiado; también menciona que hay una falta de integración de hostilidad en el cuerpo por lo tanto su estructura corporal es floja, sin energía y como reflejo de esa pasividad solo espera que le den lo que espera sin hacer nada de esfuerzo y esto tiene mucho en común la anoréxica y por lo tanto estas chicas tienen como rasgo principal la pasividad. Siendo una metáfora de la poca estructura psicológica que pudieron ofrecer los padres.

Lowen (1985) menciona que las personas con este tipo de carácter comprenden tipos clínicos entre ellos la histeria, obsesivo, el compulsivo como los encontrados en los pacientes en el MMPI donde se mostraron comprometidas las escalas 4 alta, 8 alta y la escala 5 baja en donde la combinación 4 alta y 5 baja nos muestran características marcadas

de la histeria que se complementa con características de anorexia purgativa; en el caso de carácter obsesivo corresponde con la anorexia restrictiva donde estas chicas son más exigidas por sus padres (en la madre más) llegando a intercambiar el rol con la madre haciéndose cargo de ésta en lo emocional y en la actualidad en lo económico.

En cuanto la relación de los tipos de anorexia como la restrictiva concluimos que el tipo de madre que hay es del tipo araña que se esfuerza en la relación por ser buena madre pero tanto que atrapa y envuelve no dejando ser, pero en este tipo de madre hay un conflicto de que quiere darle todo porque no se siente capaz como madre; el patrón a seguir de estas chicas es el mismo de la madre que es de tipo obsesivo. También se encontró que en estas familias el padre es más pasivo en lo emocional ya que su apoyo es solo meramente económico y por lo tanto no le entra al cuidado de los hijos, porque ya hay alguien que se encarga de ellos (hasta del propio padre también) y ésta sería la madre; el padre al querer establecer las reglas es contradictorio ya que impone sus reglas sin embargo el mismo no las respeta por lo tanto confunde; como dice el dicho “ haz lo que yo digo y no lo que yo hago”.

En el caso de la anorexia purgativa el tipo de madre es histérica, dependiente por lo tanto tiende a cambiar de roles en la familia esperando y actuando que la cuiden y no ella cuidar, en el mejor de los casos se relaciona como una hija más dentro de la familia; en el caso del padre de esta anoréxica es un padre totalmente ausente como se presenta en varias de las chicas, no aporta, ni da apoyo emocional y en muchos casos ni está presente por que no tiene ni voz ni voto dentro de la familia.

5 CONCLUSIONES

En los resultados expuestos arriba en relación con las teorías que han estudiado este trastorno se puede decir que efectivamente hay una mala relación con la madre por estos mensajes ambivalentes (como lo maneja el psicoanálisis y el sistémico) que intuitivamente la hija sabe que está detrás de cada comida y no solo eso sino también de todo el comportamiento de la madre hacia ella y eso es lo que rechaza (sin embargo esto es captado de manera inconsciente).

También hay un factor importante que hay que resaltar es acerca de la relación de los padres con las hijas en donde se ha observado que la función del padre no ha sido adecuada o este no se ha hecho presente por lo tanto no hubo una buena integración de la figura paterna dentro de las chicas.

La madre se torna como amazona al ver la falta del padre y comienza a tratar a la hija a través de este arquetipo exigiendo a la hija, mientras se encuentra en la niñez, las madres describen a sus hijas como hijas modelo, en este momento son dependientes de mamá, queda a merced de ella, esto es antes de que se presente la anorexia, cuando ya se presenta lo hace como un intento de buscar su propia identidad y lo hace de la única forma que conoce, lo que antes fue restricción de juegos ahora es restricción de comida, lo que fue obsesión por las buenas calificaciones y la limpieza ahora es la obsesión y el control de la comida, y el sacrificio por la madre es ahora sacrificio por ella misma; en este momento ella encarna a la madre y lo usa “a su favor”.

Es el caso de las pacientes con anorexia restrictiva encarnan ellas mismas el arquetipo de la amazona con características de tipo obsesivo.,

En otros casos en los que la madre y la hija quedan sin la imagen masculina, la madre no sabe como cubrir las necesidades propias y mucho menos las de su hija, llega a actuar como una “amiga” en el mejor de los casos o siendo totalmente indiferente a las necesidades de su

hija, más tarde la hija sigue siendo la imagen de la madre y sigue siendo dependiente como sus madre.

Este es el caso de las pacientes con anorexia purgativa donde se encarna el arquetipo de la puella eterna con características histéricas masoquistas.

Esto solo refleja un mal mundial que hay muchos hombres que no están cumpliendo con su papel y por lo tanto la mujer se ha visto obligada a tomar este doble rol por esta falta además de que en cierta parte le conviene porque así ella se siente útil sin embargo por tomar este doble rol descuida su parte femenina y la pervierte, por eso no le puede enseñar a su hija como desarrollarse como mujer porque ella misma no lo sabe.

Esto demuestra de que hay crisis en las funciones masculino y femenino, que hay que rescatar sino se verá cada vez más este tipo de trastornos y no solamente estos, sino otros como la esquizofrenia o en su “defecto” en estos momentos con la tendencia emo (emo es emoción), exagerando aquello no vivido en la familia y que es solamente el chivo expiatorio saca a relucir.

Dentro de lo que se propone en esta tesis es esta visión transpersonal que es más holística y por lo tanto más completa ya que no se pelea con ninguna teoría sino las reúne, refuerza y complementa para un mayor entendimiento de una problemática. En este caso en la anorexia como tema de tesis sin embargo se puede aplicar en muchos otros padecimientos y así darle una mejor atención a las personas con todo la humanidad del mundo sin olvidarnos de que es una persona que viene a pedir ayuda y no diagnóstico de un síntoma, hay que escuchar el síntoma, entenderlo y no diagnosticarlo.

A través del método fenomenológico transpersonal se puede conocer más allá de lo que la paciente trae como individuo, ya que el trabajo transpersonal es atemporal y aespacial se puede observar, inferir la función paterna que existió con la madre como lo menciona Shierse (2005) en la mujer herida, ya que a través de la hija se puede saber de esa función

paterna con la madre de la anoréxica, no es por nada el tipo de anorexia que se presenta en cada caso.

La paciente con anorexia es solo una representante de una historia de al menos dos generaciones que a través de la patología y los arquetipos de la dinámica familiar busca resarcir la problemática familiar heredada.

Limitaciones:

- a) Se sugiere que las próximas investigaciones sobre este trastorno se tome en cuenta la función del padre en relación con la problemática en las diferentes investigaciones, sea cual sea el enfoque desde el cual se decida abordar.
- b) Si fuera el caso que la investigación se hiciera a través del método fenomenológico transpersonal se sugiere abordar a fondo la cuestión arquetípica, ya sea de la paciente con anorexia, así como la que en su momento jugaron sus padres.
- c) Si bien la presente investigación busca explorar y no generalizar, no rechaza que a través de la investigación cuantitativa se puede generalizar y aportar algo más de lo que en la presente investigación se mencionó.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aburto D. (2006). **Anorexia Nerviosa**. Documento disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos32/anorexia-nerviosa/anorexia-nerviosa.shtml>
2. Ajuriaguerra (1977) **Manual de Psiquiatría Infantil**. Barcelona: Toray-Masson
3. Aldana D. (2003). **Comunicación personal**. Centro de Estudios Psicoanalíticos AC.
4. Alvarez G. (2000) **Validación en México de 2 instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT**. Tesis inédita para obtener el grado de maestría en Psicología Clínica. México: FES Iztacala, UNAM.
5. **Anorexia**. Documento disponible en: http://www.resumiendo.com.ar/tp_psico.htm
6. Anónimo (2005) **Anorexia**. Documento disponible en: <http://www.lafacu.com/apuntes/psicologia/anorexia/default.htm>
7. Aquino G. (1998) **Trastornos de la alimentación: detección de factores de riesgo en mujeres que hacen deporte y que no lo hacen**. Tesis de Licenciatura. UNAM.
8. Baravalle G., Jorge C. y Vaccarezza L. (1998) **Anorexia: Teoría y Clínica Psicoanalítica**. México: Paídos.
9. Barber S., Bolaños-Cacho P., López-Jensen Ch. y Otrosky A. (1995) **Los extremos en los trastornos alimenticios: anorexia y obesidad**. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2). 20-34.
10. Basave A. (2000) **Tratado de Filosofía: Amor a la Sabiduría como propedeútica de Salvación**. México: Limusa

11. Becker, Grinsopoon & otros (1997) **¿Qué son los trastornos de la alimentación?**
Documento disponible en: <http://aupec.univalle.edu.co/piab/intro.html>
12. Buckroyd J. (1998) **Anorexia y Bulimia**. México: Martínez Roca.
13. Bowlby, J. (1989) **Una base segura: Aplicaciones Clínicas de la Teoría del Apego**.
México: Paídos.
14. Bruch H. (2001) **La jaula dorada: el enigma de la anorexia nerviosa**. México:
Paídos.
15. Caparrós, N. y Sanfeliú, I. (1997) **La anorexia: una locura del cuerpo**. Madrid,
España: Biblioteca Nueva.
16. Chang I. y Molotla R. (2008) **Un enfoque Transpersonal para el estudio y
comprensión de la diabetes mellitus tipo II: Estudio de Caso**. Tesis para obtener
el título de Licenciado en Psicología. FES Zaragoza. UNAM.
17. Corneau G. (1991). **Los Hijos del Silencio. ¿Qué significa hoy la masculinidad y
la paternidad?** Barcelona, España: Circe
18. Correa E. (2003). **Epidemia social del siglo XXI: Anorexia y bulimia nerviosas**.
Tesis para obtener el título de Licenciado en Comunicación y Periodismo. ENEP-
Aragón: UNAM.
19. Chinchilla A. (1994). **Guía Teórica Práctica de los Trastornos de la Conducta
Alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa**. España: Masson.
20. Crispo R., Figueroa E. y Guelar D. (1998) **Anorexia y Bulimia: lo que hay que
saber**. España: Gedisa.

21. Dethlefsen T. y Dahlke R. (2002) **“La enfermedad como camino: Una interpretación distinta de la medicina”** Barcelona, España: Editores Plazas & Janes.
22. Diez, M. (1976) **De la emoción a la lesión: Estructura del proceso psicosomático.** México: Trillas
23. DSM IV-R (2000) **Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.** México: Masson.
24. Duker M. y Slade R. (1995) **Anorexia nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado.** México: Limusa.
25. Elkin G. (2000) **Psiquiatría Clínica.** México: Graw-Hill
26. Erickson E. (1985) **El Ciclo Vital Completado.** México: Paídos.
27. Ferguson M. (1980) **La Conspiración de Acuario.** Barcelona: Kairós.
28. Garfinkel P. Eating disorders. En Kaplan H. y Sadock B. (Eds). **Comprehensive textbook of psychiatry IV.** Vol. 2 Baltimore: Williams & Wilkins.
29. García E. (2002) **Anorexia y Bulimia: Fenómenos poco comprendidos que tienen solución, una investigación documental.** Tesis inédita para obtener el grado de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM
30. Garner D. y Garfinkel P. (1997) **Handbook of treatment for eating disorders.** Nueva York: Guilford Press.

31. Goldman B. (2000) **Anorexia y Bulimia: un nuevo padecer**. Argentina: Lugar Editorial
32. Goldman H. (2001) **Psiquiatría General**. México: Manual Moderno, 5ta. Edición.
33. González R. y Pérez C. (2002) **Asociación entre sintomatología de trastorno alimentario y rasgos específicos de la personalidad**. Tesis inédita para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM
34. Grecco, E. (1995) **Volver a Jung**. Buenos Aires, Argentina: Continente.
35. Guillemot A. y Laxenaire M. (1994) **Anorexia y Bulimia nerviosa: El peso de la cultura**, México: Masson.
36. Hautzin D. (2000) **La segunda estrella a la derecha**. México: Fondo de Cultura Económica.
37. Hekier M. y Miller C. (1994) **Anorexia-Bulimia: Deseo de nada**. México: Paídos.
38. Hersovici C. y Bay (1990) **Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la Autonomía**. México: Paídos.
39. Holtz V. (1995) **Antecedentes Históricos de la Anorexia Nerviosa**. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2). 5-13
40. Jung C. (1993). **Símbolos de Transformación**. Barcelona, España: Paídos.
41. López, S. (2002) **Lo corporal y lo psicosomático: Reflexiones y aproximaciones 1**. México: PYU.

42. Lowen A. (1985) **El lenguaje del cuerpo: dinámica física de la estructura del carácter**. Barcelona, España: Herder.
43. Luban B., Pöldinger W., Kröger F., Laederach H. (eds) (1997) **El enfermo Psicossomático en la práctica**. Barcelona, España: Herder.
44. Mahoney (1981) **Control permanente de peso: Una solución total al problema de las dietas**. México: Trillas.
45. Mancilla, J. y Gómez, G. (2006) **Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica**. México: Manuel Moderno.
46. Marañon I., Echeburúa E. y Grijalvo J. (2004) **Predominio de los Trastornos de la Personalidad en pacientes con trastornos alimentarios: Estudio experimental utilizando el IPDE**. European Eating Disorders Review. Agosto Vol. 12 (4) pp. 217-222. Disponible en:
<http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/comorbilidad1/18872/>
47. Martínez-Fornés (1994) **La obsesión por adelgazar: Bulimia y Anorexia**. México: Espasa Calpe.
48. Miller, A. (2005) **El cuerpo nunca miente**. Barcelona, España: Ensayo Tus Quest.
49. Millon T. y Devis R. (2001) **Trastornos de la personalidad en la vida moderna**. México: Masson.
50. Mora M. y Raich R. (1993) **Sintomatología bulímica: un análisis topográfico y funcional**. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19. 66
51. Olvera, L., **Causa anorexia hasta un 10% de mortalidad en el mundo**, Gaceta UNAM, No. 3,955, 25/01/07, P. 6 y 7.

52. Organización Mundial de la Salud. OMS (1998) CIE-10. **Trastornos mentales y del comportamiento: Descripción clínica y pautas para el comportamiento**. España: Panamericana.
53. Palacios, P. (2006) **Paradigma Holístico-Transpersonal**. México. Ed. Centro de Desarrollo Transpersonal.
54. Palacios, P. (2006-1) **Psicología Transpersonal**. México. Ed. Centro de Desarrollo Transpersonal.
55. **Percepción de la Imagen y el Comportamiento para adelgazar en adolescentes**. Documento disponible en: http://jtolome_1.iies.es/anorexia.html
56. Quiroga, A. (2003) **Psicología Transpersonal**. Documento disponible en: <http://psicopag.galeon.com/transpersonal.htm>
57. Quitmann, H.(1989) **Psicología Humanística**. España, Barcelona: Herder.
58. Raich R. (1994). **Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios**. Madrid: Edit. Pirámide.
59. Raimbault G. y Eliacheff C. (1991). **Las indomables figuras de la anorexia**. Buenos Aires: Nueva Visión.
60. Richardson, R. & Richardson, L. (1992). **El orden del nacimiento y su carácter**. Barcelona, España: Urano.
61. Rodríguez, M. (1998) **Personalidad de pacientes con anorexia**. Tesis Inédita para obtener el título de licenciado en psicología. FES Zaragoza, UNAM: México.
62. Rubio M. (2004) **Cinco Modelos Explicativos de la anorexia nerviosa: una revisión documental**. Tesis Inédita para obtener el título de Licenciado en Psicología. Escuela de Psicología: Universidad Salesiana.
63. Saldaña G. (1994) **Trastornos del comportamiento alimentario**. México: Fundación Universitaria.

64. Selvini M. (1999) **Muchachas Anoréxicas y Bulímicas: Terapia Familiar**. México: Paídos.
65. Shierse L. (2005) **La mujer herida: como sanar la relación padre e hija**. México: Obelisco.
66. Shütze G. (1983) **Anorexia Mental**. España: Herder.
67. Sosa, S. (2006). El Estudio de Casos como Estrategia de Investigación.

Disponible en: <http://uemed.net/tesis/2006/ssc/2c.htm>
68. Stierlin H. y Weber G. (1990) **¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?: Llaves sistémicas para la apertura comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa**. Barcelona, España: Gedisa.
69. Szamos K. (1994) **Nutrición para todos: Como comer mejor**. México, DF: Alpe
70. Traver, F. (2007) **La anorexia mental a la luz del modelo chino de enfermedad: ¿Es mental la anorexia mental?** Documento disponible en:
<http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/28324/>
71. Tinahones F. (2003) **Anorexia y Bulimia: una experiencia clínica**. Madrid: Díaz de Santos.
72. Toro J y Villardel (1987) **Anorexia Nerviosa**. Barcelona: Herder.
73. Toro J. (1996) **El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad**. Barcelona, España: Ariel.
74. Turón V. (1997) **Trastorno de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad**. Barcelona, España: Masson.

75. Unikel C. (1998) **Desordenes Alimentarios en Mujeres Estudiantes y Profesionales del Ballet**. Tesis para obtener el título de maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, división de Posgrado, UNAM: México, DF
76. Uribe, M. (2000) **Identificación de la actitud alimentaria y síntoma de trastornos alimentarios en estudiantes universitarios**. Tesis para obtener el título de Licenciatura de Psicología. FES Iztacala: UNAM
77. Vadereycken W., Castro J. y Vanderlinden J. (1991) **Anorexia y Bulimia**. Barcelona, España: Martínez Roca.
78. Woodman, M. (1994). **Adicción a la perfección**. Barcelona, España: Luciérnaga
79. Youseff G., y otros (2004) **Rasgos de Personalidad que son factores de riesgo para el intento de suicidio entre mujeres con trastornos de conducta alimentaria**. *European Psychiatry*. (3):131-139.

A N E X O S

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPi - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre Sujeto D
 (letra de molde)

Dirección _____

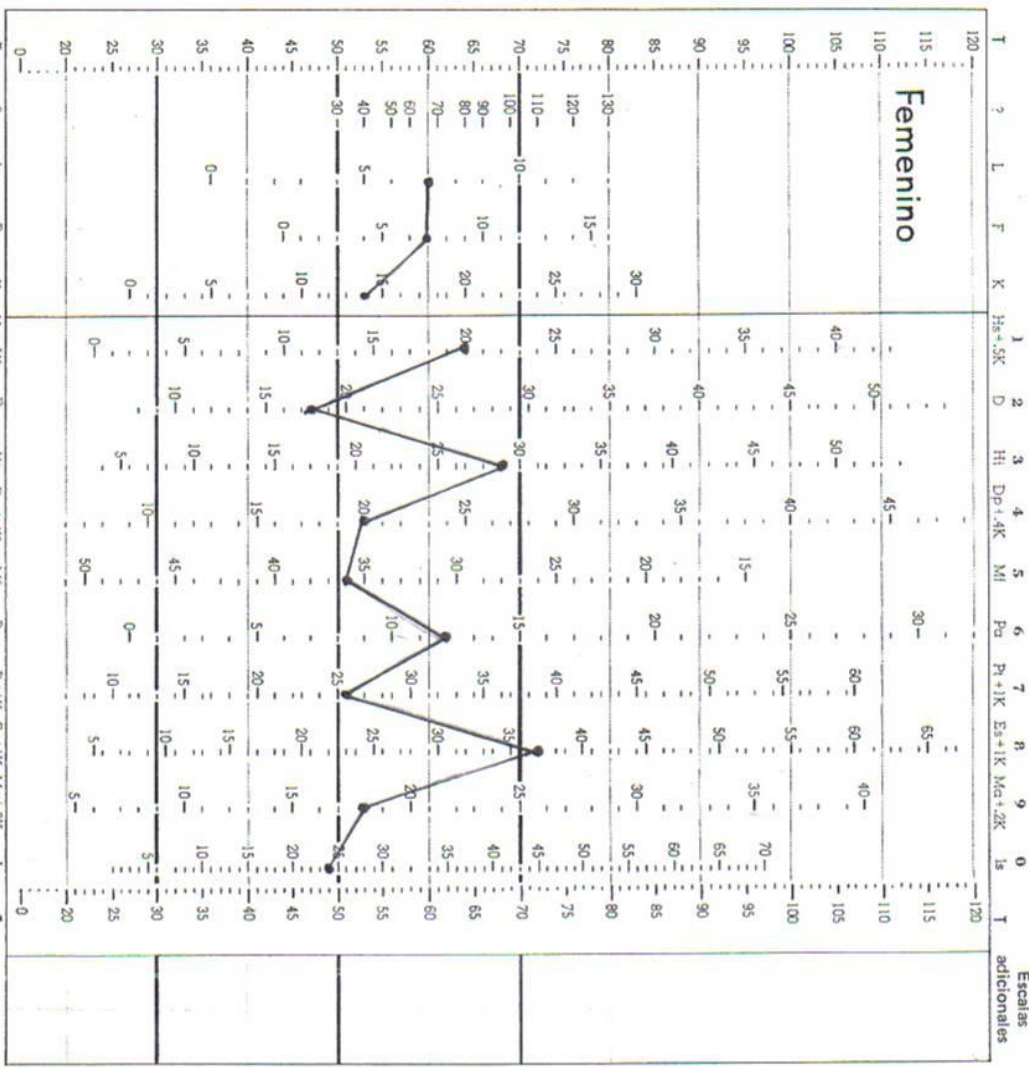
Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

F
Femenino

Estado Civil Soltera Edad 13 Referido por _____

NOTAS



Puntuación natural: T 7, L 7, F 14, K 13, Hs+5K 18, D 29, Hl 19, Dp+4K 6, Mf 35, Pa 12, Pt+K 12, Es+1K 23, Ma+2K 15, Is 24

Puntuación corregida: T 30, L 7, F 14, K 13, Hs+5K 18, D 29, Hl 19, Dp+4K 6, Mf 35, Pa 12, Pt+K 12, Es+1K 23, Ma+2K 15, Is 24

Fraciones K	5	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Firma _____ Fecha _____

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Sujeto P

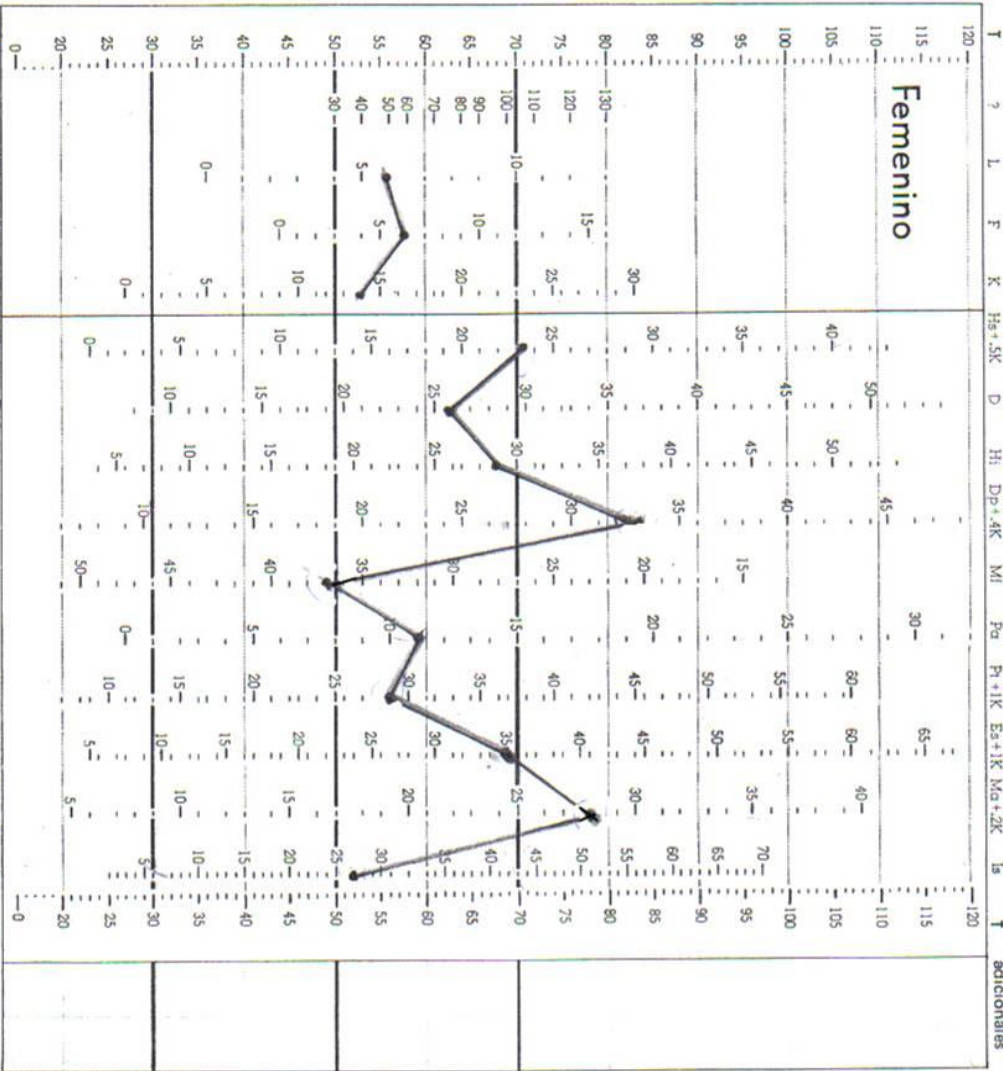
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil Soltera Edad 21 Referido por _____



T	7	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T
Puntuación natural	6	6	14	16	26	29	27	37	41	15	21	25	27		
Agregar factor K	7														
Puntuación corregida	23														

K	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	3	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS



Firma _____ Fecha _____

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMP1 - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Sujeto I

Nombre _____ (letra de molde)

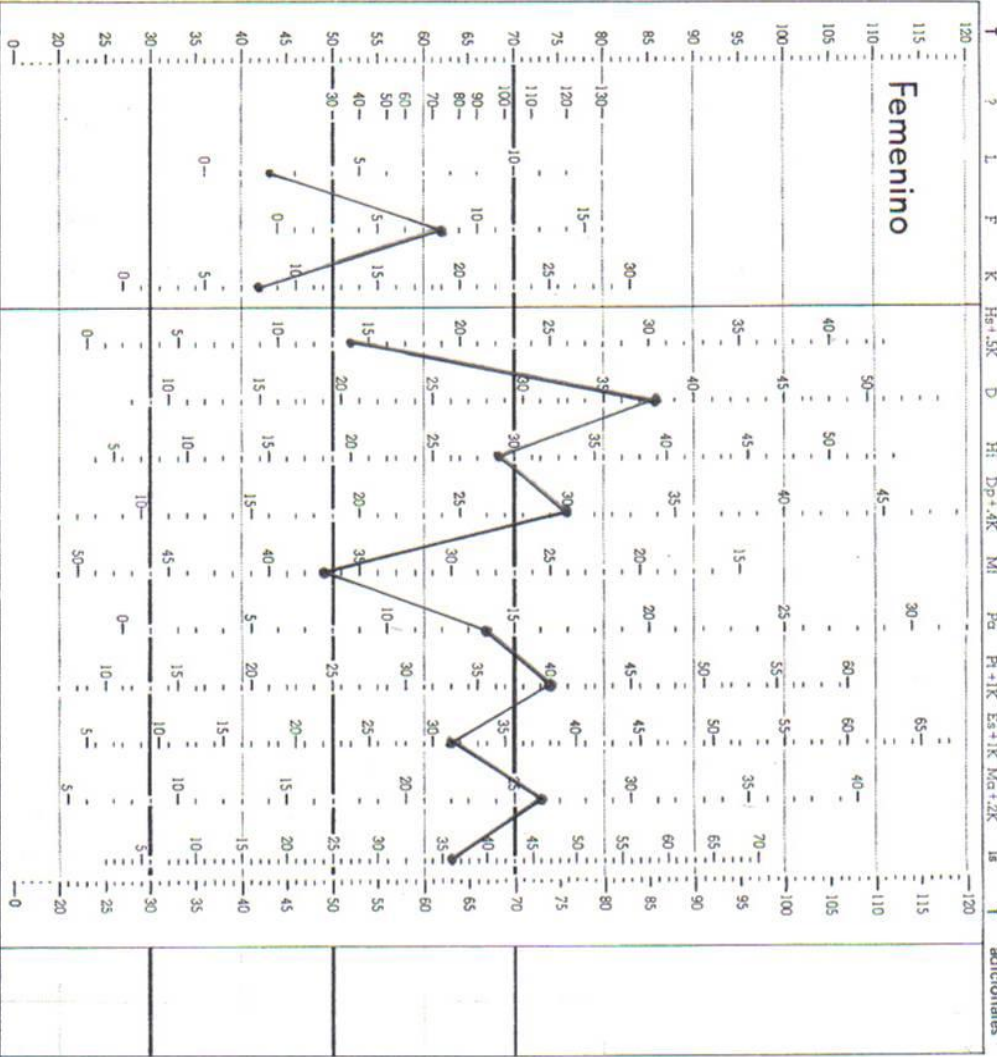
Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil Sotera Edad 26 Refrendo por _____

F
Femenino



	T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T
Puntuación natural	110	40	50	50	45	30	65	60	40	65	40	110
Agregar factor K	2	8	10	38	29	27	37	19	32	23	24	36
Puntuación corregida	14	4	3	30	3	8	8	2	8	31	26	

Fracciones K	5	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS



0393

Firma _____ Fecha _____

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPi - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre Sujeto H (letra de molde)

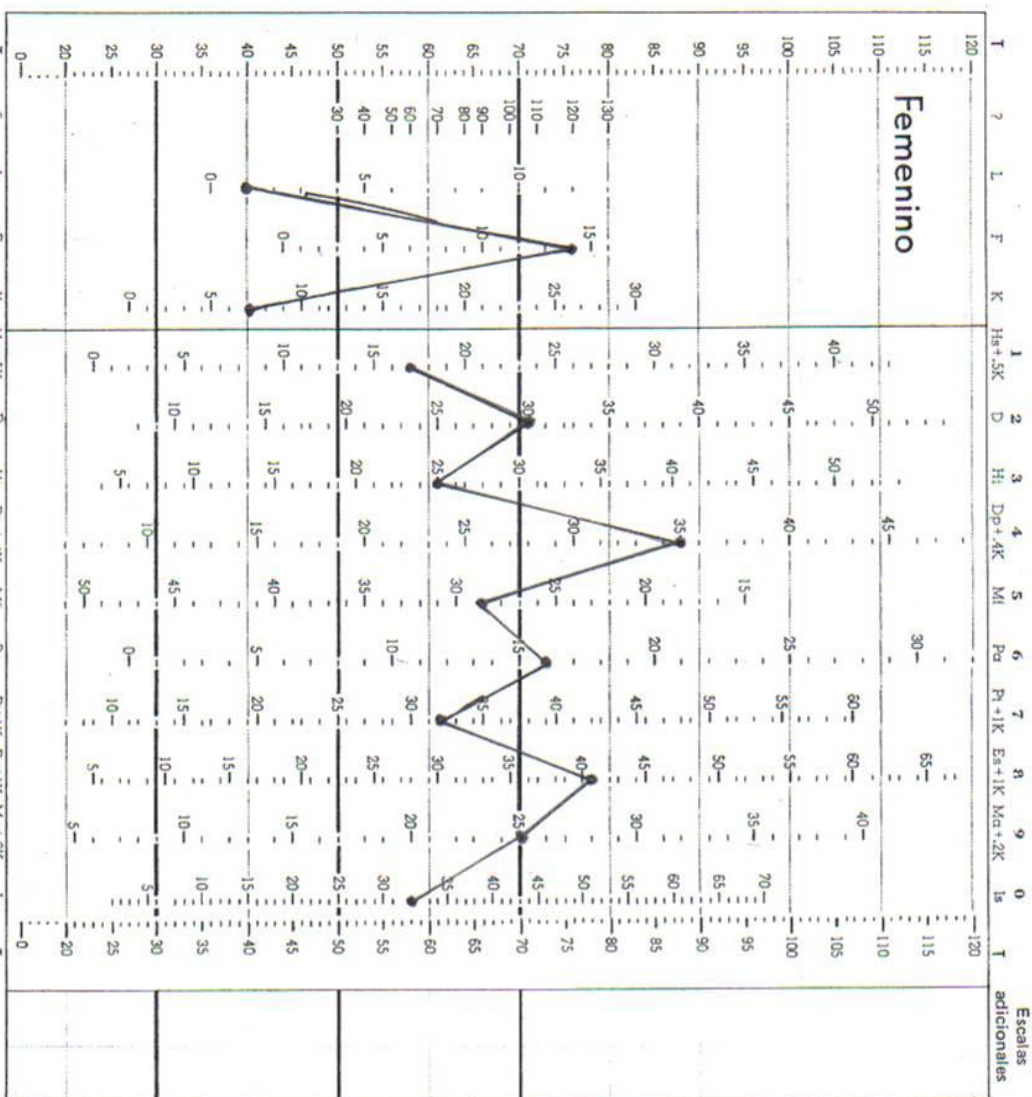
Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil Soltera Edad 17 Referido por _____

F
Femenino



Factor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Puntuación natural	1	19	7	13	30	25	32	31	16	25
Agregar factor K	4	1	13	30	25	32	31	16	25	32
Puntuación corregida	17	3	35	7	7	1	32	41	25	32



0393

NOTAS

K	.5	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	4	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

Firma _____ Fecha _____

INTERPRETACIÓN DEL MMPI

La paciente nombrada **P** sus escalas control presentan los siguientes rasgos: frente a la prueba asumió una actitud de colaboración con la prueba.

En términos generales en estas primeras escalas se ve que la persona no ha podido estructurarse a sí misma porque tal vez sus recursos los este enfocando a evadirse de los problemas en lugar de enfrentarlos y resolverlos.

En cuanto a las escalas clínicas se observa que su situación y claro conflicto fundamental gira alrededor de la falta integración de la hostilidad la cual la maneja de manera intrapunitiva llegando a asumir actitudes masoquistas lo cual la convierte en una persona muy peligrosa para sí misma y para los demás, provoca la agresión y termina en situaciones de autodestrucción. Se observa también un resentimiento significativo tanto con la familia y una profunda insatisfacción con el medio ambiente, se somete innecesariamente a la autoridad en general y tal vez muy particularmente a la parental; proviene de un ambiente desestructurado, disfuncional donde la característica de la comunicación puede ser a través de los dobles mensajes y las incongruencias de los padres, de algunos de los padres en el manejo y respeto de las reglas, lo cual es contradictorio por que muy probablemente el padre es el que establece reglas muy rígidas y es al mismo tiempo el padre que las viola.

Se observa que es probable también problemas en el área genital con rasgos de promiscuidad ya que se observa una gran necesidad de afecto o por miedo de perder el afecto se somete.

No asume la responsabilidad de lo que le sucede y de alguna manera le echa la culpa al medio ambiente.

Establece relaciones masoquistas con fuertes ganancias secundarias tal vez como medio de pedir afecto y también utiliza la posición masoquista de alguna manera de castigar, de reclamar, de protestar; es probable también que exista adicciones externas, puede ser a la comida, a algún tipo de drogas, es una personas con fuertes tendencias hacia la dependencia.

Se observa que las escalas que detectan el manejo de los impulsos nos muestran que es una personalidad altamente impulsiva, no planea tal vez estos impulsos en lugar de estarlos utilizando para alcanzar sus metas los está utilizando para evadirse de sus problemas.

Es probable que en este perfil; hubiera que confirmar en la entrevista, en algún otro medio, el paciente pase por etapas maniaco-depresivas. Es muy probable que esta paciente utiliza la hiperactividad como una forma de evadirse de los problemas y esto la vuelve una personalidad más complicada, no analiza las consecuencias de sus actos, se ve que tiene la inteligencia suficiente para explotar y seducir a la gente puede jugar o el rol de la niña desprotegida o de la mujer fatal que seduce a los hombres.

Es una persona también muy peligrosa, como decía antes para el medio ambiente puesto que tiene un círculo muy amplio de amistades sin embargo está perdiendo profundidad, sus relaciones son superficiales pero poco profundas, no establece compromisos profundos y me temo que utiliza a la gente para sus propósitos muy egoístas.

Hay problemas en el área de las fantasías, construye el mundo ideal que quisiera tener porque está insatisfecha con el que tiene y también aquí se detecta que hace poco contacto con su hostilidad.

Las escalas del sufrimiento humano están disminuidas lo cual quiere decir que no hace contacto con los afectos disyuntivos; en términos de tratamiento no se observa un buen nivel de motivación para tener una buena conexión con el tratamiento dado que la ansiedad y las cuestiones depresivas están negadas.

Presenta problemas en el área corporal tal vez tiende a psicomatizar mucho y además esto es evidente por el mal manejo de la hostilidad seguramente todos sus conflictos de corte hostil los canaliza somáticamente como una manera también de negarlos es probable que tenga algunas dificultades con su aspecto personal, no está muy conforme con su propia imagen.

Como mencionaba tiene necesidad de afecto, es una persona que necesita público y tal vez por esa necesidad de público incurre a situaciones innecesariamente peligrosas.

De no ser por sus tendencias masoquistas esta persona tiene un buen nivel de impulsos lo cual haría el perfil de un adolescente sano, el problema que se detecta aquí es el mal manejo de la hostilidad, la hostilidad no le está sirviendo para enfrentar las cosas que dan miedo, que dan pena, la flojera, es una persona que no defiende sus derechos, es una persona que tal vez tenga la

facilidad de contactar a la gente porque necesita de ella pero tiene serios problemas para ponerles límites a las personas, no sabe protestar y muy probablemente propicie el abuso emocional y de todo tipo.

El segundo caso de la paciente llamada **L** presenta un mejor cuadro, presenta unas escalas control donde se denota que si colaboro con la prueba, que se dejó ver, que se está mostrando honesta, por otro lado si tiene un buen reconocimiento y aceptación de su problema; también reconoce que vive una gran tensión emocional, perturbación psicológica y también al igual que en el caso anterior se denota pocos recursos psicológicos o más bien estos no están desarrollados, no tiene los recursos para enfrentar sus problemas, tiene un autoconcepto negativo, problemas de capacidad de insight y poca estructuración de la personalidad.

En cuanto a las escalas clínicas se observa que una de sus características fundamentales es la desproporción entre sus recursos y aspiraciones, aspira a muchísimo más de lo que sus recursos le pueden dar, tiende a ser una persona muy rígida en la autodescripción, se exige mucho y tal vez esto denota la manera en que fue exigida; su autoestima coincide con el autoconcepto, la autoestima se denota de mejor manera, la muy baja autoestima, tendencia pesimista, una persona insegura, desconfía de sí misma, tiene una perspectiva pesimista hacia el entorno, hacia el futuro, insegura, insatisfecha, inestable.

Al momento de la aplicación parecía ser que estaba padeciendo de alguna pérdida real o emocional, por otro lado se observa que existe un patrón parecido que en el caso anterior, hay una actitud masoquista de mucha pasividad, actitud de mucha sumisión frente a la autoridad, frente a las reglas, está dañada la hostilidad por que la maneja de manera intrapunitiva asumiendo roles masoquistas, jugando el papel de la sufrida o la víctima y en otro momento proyecta la hostilidad hacia el entorno, no está utilizando la hostilidad para resolver problemas, se queja de la situación familiar, de la situación social y al ambiente le echa la culpa de todo lo que le está sucediendo. Al igual que el caso anterior tampoco asume la responsabilidad de sus actos ni tampoco tiene conciencia de la participación de las problemáticas en que está involucrada.

Muy probablemente por esa necesidad de afecto que se detecta aquí la persona desaprovecha la oportunidad para integrar su hostilidad aprendiendo a protestar, a reclamar y a poner límites; también permite el abuso.

A diferencia del caso anterior, esta persona se ve que está en un estado de mucha angustia, de mucha perturbación emocional.

En el 2do. Caso de la paciente **L** tendría un mejor pronóstico a un trabajo terapéutico, puesto que las escalas del sufrimiento humano están adecuadamente elevadas, esta persona se muestra como más ansiosa con varios tipos de fobias, muy rígida también consigo misma y algo que llama la atención es que en este caso se observa culpa por todos lados, se siente culpable de lo que no hace bien y también siente culpa tal vez de hacer lo que necesita hacer por miedo a violar las reglas, las normas sociales o morales, etc.

Se ve que hay una tendencia un tanto hacia el aislamiento, no juega un papel activo, no tiene una iniciativa más bien se deja llevar por el grupo aunque no podríamos decir que se deje llevar por el aislamiento, más bien juega un papel pasivo ante las situaciones sociales; en cuanto a las descargas de los impulsos hostiles estos son predecibles, tiene conciencia de que es hipersensible y por otro lado se observa que hay un fuerte conflicto en el área corporal, se ve que esta área es muy conflictiva puesto que está negando cualquier tipo de problema en el área del funcionamiento psicobiológico, no sé si está negando sus problemas psicosomáticos o pretende negar sus problemas de autoimagen.

El tercer caso de la paciente **H** muestra de entrada el pique de ayuda, es una persona que se observa que está magnificando su problemática con la fantasía de recibir una atención pronta, efectiva.

Muestra también actitudes de mucha rigidez hacia sí misma y tal vez esta sea una de las cosas que contribuyen a su problemática, se perdona muy poco, tiene dos máscaras, una máscara muy amplia con los otros, muy complacientes con los otros y muy poco complaciente consigo misma; en el área de sus recursos se ve seriamente dañada al igual que en los otros casos aquí inclusive se quiere mostrar peor de lo que está con aras de llamar la atención, de pedir ayuda de manera indirecta y que se le trate de la manera más efectiva.

En cuanto a sus problemas básicos se ve también que estos giran alrededor del problema familiar, una familia tal vez desestructurada con algún padre ausente, padre hostil, es una familia

disfuncional donde las reglas no son coherentes, tal vez con malos ejemplos, también se detecta a jugar un papel a veces sumiso; hay un gran resentimiento con la familia, la sociedad aunque aquí también se percibe que existen problemas de proyección de la hostilidad estos se dan de una manera más disminuida, aquí lo que llama la atención es que la ansiedad esta negada todos sus problemas relacionadas a la ansiedad están negados, como si esta fuera un área de conflicto.

Por otro lado presenta tendencias hacia la fantasía, tal vez para compensar este mundo que no acepta, toda esta inconformidad, esta frustración (al igual que los otros dos casos) se percibe que existen situaciones de frustraciones, de resentimiento. Esta persona se ve que tiene una mejor relación con las personas, se plantea como que no tiene mucho interés hacia las personas aunque cuando esta con ellas tal vez no juega un papel de introversión; sin embargo, estar con la gente es un área de angustia prefiere jugarle a la independiente, tiene un buen nivel de impulsos, tal vez por su rigidez tiende a magnificar sus problemas y por eso no tiene un adecuado manejo de sus recursos.

En este caso se observa tendencias hacia el pensamiento abstracto hacia las cuestiones teóricas y tal vez por esta situación está perdiendo efectividad en el adecuado manejo de sus recursos psicológicos; atiende poco la realidad, pierde eficiencia, no es pragmática, tiende a buscar tal vez soluciones idealistas, por su poca tolerancia a la frustración.

En el sujeto R. en las escalas control tiende a querer mostrar su mejor imagen de una manera burda, no colaboró del todo con la prueba, trata de dar una buena imagen social, se ve en la escala F que trata de exagerar su problemática, que intenta llamar la atención, la escala K muestra que sus recursos están ligeramente deteriorados.

En las escalas clínicas se observan como nucleares las escalas 9, 4 muestra un patrón claro de mal manejo de los impulsos hostiles, en sus escalas 4,5 nos dice que el mal manejo consiste en que la paciente presenta tendencias hacia el comportamiento masoquista, sumiso pasivo, intrapunitivo, no asume la responsabilidad de sus actos y la combinación 4,5,6, muestra que está molesta, resentida e inconforme con el medio ambiente, se siente víctima de él y le echa la culpa a el entorno social o familiar.

Presenta mucha tendencia a distraerse de sus problemas, mucha combinación de intereses, esta combinación con la escala 9 con la escala 4, se observa que es una persona que desafía la autoridad de una forma pasiva. En la escalas 4,5 dado a que no es una persona asertiva es manipuladora para obtener lo que quiere, con esa combinación 4,5, 0 tiende a ser muy peligrosa para sí misma, puede estar combinado con el rol de una personalidad infantil muy desprotegida para salirse con la suya y en ciertos momentos puede comportarse como una zorra una personalidad muy zagas.

Esta paciente está retroflectando la hostilidad, se ve un mal manejo de la hostilidad, intrapunitivo y por otro lado la desperdicia en una gran infinidad de actividades, empezando muchas y sin concluir ninguna, además que asume el papel de víctima para resolver sus problemas y combinada con la escala 9 estas actividades son para distraerse de sus problemas.

Otro problema es la necesidad de ser vista, problemas de dependencia y con tal de obtener lo que desea se arriesga innecesariamente en la escala 4,0 se muestra como una persona manipuladora explotadora que abusa de los demás sin que éstos se den cuenta se muestra seductora sin afirmarse, sin pedirlo de una manera directa, se observa que es una personalidad infantiloides, que no tiene una adecuada estructura de demora, no tolera la frustración de las cosas, no asume la responsabilidad de sus actos, culpa a los demás, pide lo que ni da, proyecta sus problemas, es una personalidad que no se está pudiendo consolidar puesto que su dependencia, su pasividad y sumisión no lo permiten, de acuerdo a su edad se puede decir que está desaprovechando su adolescencia, no la está sabiendo canalizar para la construcción de su personalidad, es una persona peligrosa para sí misma.

En la relación 9,2 pasa de situaciones maniacas a depresivas en el momento de la aplicación se encontraba en una fase maniaca. No es una casualidad que no establezca relaciones afectivas profundas, solo superficiales y pareciera que las personas son objetos las utiliza para satisfacer sus necesidades, tiende a ser rebelde, pasiva y egocéntrica, su problema es que no confía en sí misma porque no se atreve a ser lo que es.

En la paciente **H** se observó que colaboro con la prueba se mostró sincera consigo misma pero muy rígida consigo misma ya que se perdona poco; reconoce y acepta que tiene conflictos psicológicos aunque los está empezando a exagerar esperando con ello una asistencia rápida y eficaz ya que los recursos no le son necesarios para enfrentar sus problemas.

Hay mucho resentimiento y enojo con el ambiente familiar y la sociedad en la que vive por lo tanto empieza a fantasear como una forma de compensar el mundo que no acepta, que le inconforma que le frustra.

Hay problemas con el manejo del enojo ya que no lo saca o lo deposita en los demás (como espejo). Hay buena relación con las personas, no tiene mucho interés en ellas y cuando esta con ellas no juega un papel central. Estar con la gente es un área e angustia por que hay necesidad de ser independiente.

Hay buen nivel de energía para tener varias actividades e intereses.

Hay tendencias hacia el pensamiento abstracto hacia las cuestiones teóricas desatendiendo la realidad perdiendo eficacia ya que no es muy práctica y tiendes a buscar soluciones idealistas para no frustrarse.

En la paciente **D** mostró que no colaboro con la prueba, no se mostró honesta tratando de dar una buena imagen ante los demás. Hay aceptación y reconoce que tiene problemas psicológicos y no tiene los recursos necesarios para hacerles frente.

Hay gran necesidad de afecto, de cariño y aprobación por los demás que le da miedo mostrarse como es por miedo a perder ese afecto por qué se siente que la han abandonado y por esta necesidad se somete a los demás, a las reglas viéndose ante la gente como la niña bien portada. Hay problemas para tener contacto con el enojo y le adjudica a los otros sus problemas y molestias para no hacerse responsable.

Es una persona que aguanta mucho, tolera mucho la frustración, muy contenida para no dar problemas porque no quiere por lo tanto no deja salir sus angustias, desesperación tratando de ser optimista, de que todo está bien cuando en realidad no lo está.

Hay problemas con la imagen corporal, no le gusta como se ve teniendo como consecuencia problemas en el autoconcepto y en su autoestima.

Historia Clínica multimodal

Fecha

No. Expediente.

I. DATOS GENERALES

1. Nombre.- D.C

2. Dirección _____

Delegación _____

3. Telefono _____ 4. Edad. 12 años 5. Ocupación.- Estudiante

6. Sexo.- **Femenino**. 7. Referido por _____

8. Estado civil. (encierre en un circulo):

A) **Soltero** b) separado c) comprometido d) viudo e) divorciado f) casado g) unión
libre h) se ha vuelto a casar _____ cuantas veces? _____

9. Tipo de vivienda:

a) Adecuada (Número de habitantes y servicios) Si No

b) ¿Quiénes la habitan? Padre , madre, dos hijas y un hijo

II. DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS PRESENTES:

A) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas:
Comunicación

Por favor, estime la severidad de su(s) problema(s) con base en la escala siguiente, tachando el número que más se ajuste:

1) levemente inquietante 2) Moderadamente severo

3) Muy severo 4) Extremadamente severo

5) Totalmente incapacitante

C) ¿Cuándo comenzaron sus problemas? De fecha si es posible.- **Casi desde que empese a crecer**

D) ¿A qué atribuye sus problemas? **A que casi no tengo comunicación con mis hermanos**

E) Por favor describa algunos eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas.- **Ninguno**

F) Indique que manera ha intentado resolver sus problemas.- **siempre he intentado comunicarme pero nunca me hacen caso**

G) ¿Ha estado en terapia alguna vez; o ha recibido alguna ayuda profesional para sus problemas? Si es así, Por favor de nombre, profesión, tratamiento y resultados.

No

III. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL.

a) Fecha de nacimiento: 22 de agosto de 1992

b) Lugar de nacimiento: La raza DF

c) Hermanos: Número de hermanos.- 1 Edades 21
No de Hermanas.-1 Edades.-17

d) Padre ¿vive? SI, Si es así su edad es.- 44 años

Su ocupación es. Obrero

Su salud es.- Regular

¿Murió? _____ Si es así la edad que tenía al morir _____

¿qué edad tenía usted cuando su padre murió? _____

e) Madre: ¿vive?.- Si Si es así su edad es.- 47 años

Su ocupación es.- Ama de casa

Su salud es.- regular

¿Murió? _____ Si es así la edad que tenía ella al morir _____

¿qué edad tenía usted cuando su madre murió? _____

F) Religión cuándo era niño.- católica. De adulto: catolica

Creyente/ Practicante

G) Educación: ¿Cuál es su último grado escolar? Primero de secundaria.

Indique sus fuertes y debilidades académicas.- Todo lo relacionado con materias teóricas, incluyendo español son mi fuerte.

H) Antecedentes: Subraye los términos que se apliquen a usted durante su infancia.

1) Infancia feliz

2) Mojar la cama 3) Problemas emocionales y de conducta

4) Problemas escolares 5) Problemas familiares 6) Fuertes creencias religiosas

7) Problemas médicos 8) Abuso de alcohol 9) Infancia infeliz 10) Tartamudez

11) Problemas legales 12) Abuso de drogas

13) Terrores nocturnos 14) Comerse las uñas

15) Chuparse el dedo 16) Temores o miedos

I) ¿Qué clase de trabajo realiza Ud.? Nada

¿Cuántas horas al día? Ninguno ¿Qué clases de trabajo ha tenido anteriormente? Ninguna

¿Esta usted satisfecho con su trabajo actual.- //// si contesta negativamente por favor explique. _____

¿Cuál es su ingreso quincenal? \$¿Cuanto gasta a la quincena? .-

J) ¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? _____

¿Cuáles son sus ambiciones presentes? _____

ANÁLISIS MULTIMODAL

La siguiente sección esta diseñada para ayudarlo a describir sus problemas actuales con mayor detalle. Esta sección está organizada en siete modalidades: Conducta, Sentimientos, Sensaciones físicas, imágenes, Pensamientos, Relaciones interpersonales y factores biológicos.

IV. CONDUCTA:

a) Subraye cualquiera de las conductas que se aplique a usted.

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| 1. Problemas del comer | 12. Problemas del sueño |
| 2. Tomar drogas | 13. Correr riesgos |
| 3. Vomitar | 14. Flojear |
| 4. Conductas extrañas | 15. Desidia |
| 5. Beber en exceso | 16. Reacciones impulsivas |
| 6. Intentos suicidas | 17. Perdida del control |
| 7. Compulsiones | 18. Explosiones temperamentales |
| 8. Fumar | 19. Fobias miedos o temores |
| 9. Aislamiento | 20. Conducta agresiva |
| 10. Tics nerviosos | 21. Llorar |
| 11. No conserva el trabajo | 22. Otros |

b) Indique si existe algún talento o habilidad del cual se sienta orgulloso(a).- **De mis calificaciones**

c) ¿Qué le gustaría hacer más?.- **Aprender nuevas cosas como hacer de comer**

¿Qué le gustaría hacer menos?.- **Ninguna**

¿Que le gustaría comenzar a hacer?.- _____

¿Qué le gustaría dejar de hacer?.- **Nada**

b) ¿Constantemente se encuentra usted haciendo listas de cosas o actividades insignificantes? **no**

Si es así diga ¿Cuáles son?

e) ¿Practica alguna actividad relajante con regularidad? .- **Si**

si es así, ¿Cuál?.- **Clases de Jazz y ballet**

V. SENTIMIENTOS

subraye cualquiera de los sentimientos que se apliquen frecuentemente a usted.

- | | | |
|--------------------------|--------------|-------------|
| 1. <u>Enojado</u> | 3. Deprimido | 4. Ansioso |
| 2. Fastidiado | | 5. Temeroso |

- | | | |
|------------------------|----------------------------|--------------|
| 6. Aterrorizado | 8. Infeliz | 11. Excitado |
| 7. <u>Feliz</u> | 9. <u>Aburrido</u> | 12. Otros |
| | 10. <u>Contento</u> | |

a) Enliste sus cinco miedos principales:

1. **Ahogarme**
2. **Quemarme**
3. **Miedo a las altura**
4. **Miedo a que se me caiga algo encima**
5. **Electrocutarme**

b) ¿Que sentimientos le gustaría experimentar más a menudo? **Ninguno**

¿Qué sentimiento le gustaría experimentar menos a menudo? .- **Ninguno**

a) ¿Qué sentimientos positivos ha experimentado recientemente? **Ninguno**

¿Qué sentimientos negativos ha experimentado recientemente? **Ninguno**

d) ¿Cuándo es más probable que pierda el control de sus sentimientos?.- **Ninguno**

e) Describa cualquier situación que lo haga sentir en calma o relajado? **Estar siempre feliz**

f) Por favor complete las siguientes frases:

si pudiera decir como me siento ahora diría que: **Estoy feliz**

Una de las cosas por las que me siento orgulloso(a) es.- **Por tener unos buenos padres**

Una de las cosas por las que me siento culpable es.- **ninguno**

Me siento de lo más feliz cuando.-

Estoy en calma

Una de las cosas que más triste me pone es: **No tener algún día a mi familia**

Si no tuviera miedo de ser yo mismo yo:.- **Seria más relajada**

Me enojo muchísimo cuando:.- **Mi hermana me fastidia**

VI. SENSACIONES FÍSICAS.

Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que se apliquen a usted.

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Mareo | 6. Breves desmayos |
| 2. <u>Dolores de cabeza</u> | 7. <u>Escuchar cosas</u> |
| 3. Palpitaciones | 8. Ojos llorosos |
| 4. Espasmos musculares | 9. Ruborización |
| 5. Tensión muscular | 10. Problemas de piel |

11. Boca seca
12. Incapaz de relajarse
13. Problemas intestinales
14. Hormigueo
15. Entumecimiento
16. Malestar estomacal
17. Tics
18. Fatiga
19. Dolor de espalda
20. Temblores

21. Dolores de pecho
- 22. Disgusto al ser tocado**
23. Pérdida de la conciencia
24. Sudoración excesiva
25. Problemas visuales
26. Problemas de audición
27. Activado o con energía
- 28. Relajado**
29. Descansado
30. otras

a) Historia menstrual.

Edad al primer periodo **13 años** ¿Tuvo información o fue un choque emocional para usted?

Las dos cosas

¿Es usted regular? **Si** Fecha del último periodo **Acabo de reglar**

¿Duración? **5 días** ¿Padece de malestares? **No** ¿Cuáles? **Ninguno**

_____ ¿Sus periodos afectan su estado de ánimo? **Si**

Si es así explique **no se no estaba preparada**

b) ¿Qué sensaciones Físicas son especialmente placenteras?.- Ninguna

¿Cuáles displacenteras ?.- **ninguna**

d) Describa cómo manifiesta:

	Conductual	Corporal
Enojo	<u>Me enojo</u>	<u>Ansiedad</u>
Alegría	<u>tristeza</u>	<u>Alegría</u>
Tristeza	_____	_____
Ansiedad.	_____	_____

VII. IMÁGENES. (Pueden ser sueños)

a) Subraye cualquiera de las siguientes escenas que se apliquen a usted.

1. Imágenes sexuales placenteras
2. Imágenes de infancia infeliz
3. Imágenes de desesperanza
4. Imágenes agresivas
- 5. Imágenes de ser lastimado**
6. Imágenes no enfrentando problemas
- 7. Imágenes de aliento exitoso**
8. Imágenes sexuales displacenteras
9. Imágenes de soledad
10. Imágenes de seducción
- 11. Imágenes de ser amado**
12. Imágenes hiriendo gente
13. imágenes que va cayendo

14. imágenes que es atrapado
- 15. Imágenes que se burlan de uno**
16. Imágenes perdiendo el control
- 17. Imágenes de ser perseguido**
- 18. Imágenes de que hablan de uno**
19. Imágenes en que tiene relaciones con diversas personas del sexo opuesto.
20. Otras

- b) ¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia **El de ser amada y el de aliento exitoso**
 - c) Describa la imagen o fantasía más placentera.- **Ser amada**
 - d) Describa una imagen de estar totalmente a salvo y seguro.- **Estar rodeada de personas buenas**
 - e) Describa los sueños más frecuentes.- **El de ser amada y el de aliento exitoso**
 - f) ¿Que tan frecuente tiene pesadillas? **No muy seguido**
 - g) ¿Qué tan frecuente se sorprende soñando despierto?.- _____
 - ¿En que?.- _____
-

VIII. PENSAMIENTOS

- a) Subraye cualquiera de los pensamientos que se apliquen a usted.
 - Ae: 1 Soy un don nad
 - Ae: 2 No soy nada, sin utilidad
 - D: **1 La vida es vacía**
 - D:2 No hay nada que valga la pena
 - D:3 La vida es un desprecio
 - b) Subraye cada una de las palabras que utilice para describirse.
-

1. Ambicioso
2. Ingenuo
3. Sin valor
4. Valioso
5. Perseverante
6. **Poco atractivo(Imagen corporal)**
7. Lleno de penas
8. **No puedo hacer nada bien**
9. Malo

-
10. **Leal**
 11. Desesperanzado
 12. Culpable
 13. Confuso
 14. Optimista
 15. Considerado
-

4 No merezco ser feliz 1 2 3 4 5
 5 Es mi responsabilidad hacer feliz a otros 1 2 3 4 5

EXPECTATIVAS

- a) En pocas palabras, ¿que piensa usted que es una terapia psicológica? **Es una platica con el pasiquiatra**
- b) ¿Qué espera de la terapia psicológica? **Que me puedan ayudar**
- c) ¿Cómo considera que un psicólogo debería de actuar con sus pacientes? **Si**
- d) ¿Qué tiempo cree que debería durar una terapia psicológica? **Lo ignoro**
- e) ¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debería poseer? **Ser comprensivo**
- f) Complete las siguientes frases.

Soy una persona que.- _____

Toda mi vida.- **He sido Feliz**

Desde que yo era niño.- **Siempre he tenido muchas amistades**

Es difícil para mi admitir.- **que haya mejores que yo**

Una de las cosas que no puedo perdonar es.- **que siempre me esten molestando**

Una ventaja de tener problemas es.- **Tener mala conducta**

Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es: **Por que no lo pongo en practica**

IX RELACIONES INTERPERSONALES

1.Familia de origen

a) Si usted no se crió con sus padres, ¿con quien lo hizo?

¿Desde que edad? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

b)De una descripción de la personalidad de su padre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de el hacia usted. (Tanto en el pasado como en el presente) _____

c)De una descripción de la personalidad de su madre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de ella hacia usted. (Tanto en el pasado como en el presente) :- _____

c) 1¿ Cuándo era niño le toco cuidar de sus hermanos?.- **No**

d)2 ¿Cuándo era niño le toco trabajar? .- **No**

d)3 ¿ Cuándo era niño le toco realizar el quehacer del hogar?.- **Si**

¿Desde que edad? _____

d)4 Cuando era niño ¿ En que forma era disciplinado o castigado? **En no dejarme ir a la casa de mis compañeras**

¿por quien? **Por no arreglar mi cuarto**

d) De una impresión de la atmósfera de su hogar (en el que creció) Mencione la compatibilidad de sus padres y entre los hijos. _____

e) ¿ Fue capaz de confiar en sus padres? .- **Si**

- f) ¿Sus padres lo comprendieron? .- **Si**
 g) ¿ Básicamente siente amor y respeto por sus padres? .- **Si**
 h) Si tiene padrastro o madrastra, dé su edad de Ud. Cuando alguno de sus padres si volvió a casar _____
 i) ¿Existe alguien que haya interferido en su patrimonio, ocupación. Etc. (Padres, parientes, amigos) _____
 j) ¿ Quien es la persona más importante en su vida? .- **Mi familia**

Amistades

- a) ¿Hace amigos fácilmente?.- **Si** ¿Conserva la amistad? .- **si**
 b) ¿Fue usted severamente importunado o fastidiado? **No** _____
 ¿ Cuando y en que circunstancias? **Cuando estoy en la escuela** _____
 c) Describa cualquier relación que le proporcione:
 Alegría.-**Porque me llevo bien**
 Molestia.- **Ninguna**
 d) Evalúe el grado de comodidad en que generalmente se siente en situaciones sociales. Subraye alguno de los términos siguientes.
 1. **Muy relajado**
 2. Relativamente confortable
 3. Relativamente incomodo
 4. Muy ansioso
 e) ¿Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones, deseos a otros en forma directa y adecuada. **Si**
 f) Indique aquellas personas o situaciones en las que tenga problemas de relación
Ninguna
 g) ¿ Tuvo muchas citas durante su adolescencia? .- **No**
 h) ¿Tiene uno o más amigos (as) Con quien se sienta cómodo (a) compartiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos? .- **Si**

·3. Matrimonio o relaciones de pareja.

- a) ¿ Cuánto tiempo tenía de conocer a su pareja antes de que se casaran o estuvieran juntos? .- _____
 b) ¿ Hace cuánto que estan juntos? _____
 c) ¿ Que edad tiene su pareja? .- _____
 d) ¿Cuál es la ocupación de su pareja? .- _____
 e) Describa la personalidad de su pareja _____
 Señale en que área se lleve bien con su pareja, para ello encierre en un circulo el número que mejor describa el grado de compatibilidad o incompatibilidad que experimenta en este momento con su pareja.

5. Incompatible
 6. Poco compatible
 7. Regularmente compatible
 8. Compatible

9. muy compatible

Responsabilidades hogareñas	1 2 3 4 5	progreso académico u ocupacional	1 2 3 4 5
crianza de los niños	1 2 3 4 5	Independencia personal	1 2 3 4 5
actividades sociales	1 2 3 4 5	Independencia de la pareja	1 2 3 4 5
dinero	1 2 3 4 5	Felicidad general	1 2 3 4 5
comunicación	1 2 3 4 5		
sexo	1 2 3 4 5		

g) ¿Que tal se lleva con sus parientes políticos y que opina de ellos? _____

h) ¿Existe alguna información relevante en relación a abortos o pérdidas de seres queridos?

.- **Si** - Si es así indique cuál .- **En los libros y en mi familia**

¿Qué edad tenía usted en el momento de la pérdida?.- **ninguno**

1. Relaciones sexuales

a) Describa la actitud de cada uno de sus padres ante el sexo-

Padre **Es estricto**

Madre.- **Fue mas abierta con nosotros y nos explicaba sobre el sexo algunas de nuestras dudas.**

b) ¿ Se discutía sobre el sexo en su hogar? **Si**

c) ¿ Cuándo y como obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo?

En mis libros cuando pase a cuarto año

d) ¿ Cuándo se dio cuenta por primera vez de sus propios impulsos sexuales? _____

e) ¿ Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación con el sexo? **No**

o ¿ en relación a la masturbación? .- **No** Si así es por favor explíquelo

f) ¿ Existen detalles relevantes con relación a su primera o subsecuentes relaciones sexuales?

g) Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier relación homosexual?

h) Por favor anote cualquier preocupación sexual no contemplada hasta ahora.-

2. Otras relaciones.

a) ¿ Existe algún problema con personas de su trabajo? _____

si es así por favor descríbalo .- _____

Complete las siguientes frases.

Una de las formas en las que la gente me lastima es .- _____

Puedo fastidiar a alguien a través de.- _____

Una madre debería.- _____

Un padre debería.- _____

Un verdadero amigo debería.- _____

Proporcione una breve descripción de usted según sería descrito por.

Su pareja.- _____

Su mejor amigo (a).- _____

Alguien que no lo quiera a usted.- _____

d) ¿ Actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o perdida de afecto? Si es así explíquelo.- _____

X. Factores biológicos

a) ¿ Tiene alguna preocupación a cerca de su salud? Por favor especifíquelo.-

No

b) Por favor enliste las medicinas que actualmente ingiera, o ha tomado durante los últimos 6 meses, ya sea prescritas o no por su médico. _____

c) ¿ Come en forma balanceada? **Si**

d) ¿ Que clase de pasatiempos o actividades recreativas practica? **Jazz y ballet**

e) ¿ Practica alguna actividad relajante? **Si**

f) ¿ Realiza regularmente ejercicio físico? **Si**. Si es así ¿ De que tipo y con que frecuencia? **Jazz Ballet, diario**

g) ¿ Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para descansar? Si es así? Cuantas veces al día y con que duración? **No**

h) ¿ Tiene dificultades para disfrutar los fines de semana? Si es así explique por que? **No**

i) ¿ Cuantas horas de sueño tiene? **8 Horas**

j) Elija cualquiera de las situaciones que mejor se apliquen a usted. Tachando en la columna correspondiente.

1. Marihuana
2. Tranquilizantes
3. Sedantes
4. Aspirinas
5. cocaína
6. analgésicos
7. alcohol
8. café
9. cigarros
10. narcóticos
11. estimulantes
12. alucinógenos

13. diarrea
14. constipación
15. alergias
16. presión alta
17. presión baja
18. problemas cardiacos
19. nauseas
20. vómitos
21. dolores de cabeza
22. dolores de espalda
23. no poderse dormir
24. despertarse temprano
25. despertarse durante la noche
26. problemas de piel
27. poco apetito
28. comer en exceso
29. comer porquerias

K) Subraye cualquier situación que se aplique a los miembros de su familia.

1. Problemas de tiroides
2. problemas renales
3. asma
4. enfermedades neurológicas
5. diabetes
6. cáncer
7. problemas de presión
8. problemas gastrointestinales
- 9.** alcoholismo
10. problemas de próstata
11. glaucoma
12. epilepsia
13. dolor de cabeza
14. otros

l)¿ Alguna vez ha perdido la conciencia o cosas a sí? Dé detalles.- **No**

m) Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente.- **NO**

n) Por favor describa cualquier accidente que haya sufrido.- **Ninguno**

Ñ) Describa sus recuerdos o experiencias más significativas que haya tenido dentro de las siguientes edades:

0-5

Mis tres años y entrar al quinder, ser bautizada y confirmada

6- 10

Mi primera comunión y mi ingreso a la primaria

11 –15

16 –20

21 –25

Historia Clínica multi-modal

Fecha

No. Expediente.

I. DATOS GENERALES

3. Nombre.- **P.S**

4. Dirección _____

Delegación _____

3.Telefono _____ 4.Edad. 21 años 5.Ocupación.-Estudiante

6.Sexo.- **FEMENINO** 7.Referido por _____

8.Estado civil. (encierre en un circulo):

A) **Soltero** b) separado c) comprometido d) viudo e) divorciado f) casado g) unión
libre h) se ha vuelto a casar _____ cuantas veces? _____

9. Tipo de vivienda:

a) Adecuada (Número de habitantes y servicios) **Si.** No

b) ¿Quiénes la habitan? **Mi mamá y yo.**

II. DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS PRESENTES:

a.) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas: **Depende pueden durar meses o horas dependes de mi conducta**

b. Por favor, estime la severidad de su(s) problema(s) con base en la escala siguiente, tachando el número que más se ajuste

1) levemente inquietante 2) Moderadamente severo

3) Muy severo 4) Extremadamente severo

5) Totalmente incapacitante

c. ¿Cuándo comenzaron sus problemas? De fecha si es posible.- **Cuando tenía 6 años**

d. ¿A qué atribuye sus problemas? **A mi conducta**

e Por favor describa algunos eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas.- **La separación de mis padres**

f. Indique que manera ha intentado resolver sus problemas.- **Hablando de ellos o enfrentandolos y hace ynos años intentando suicidarme**

g. ¿Ha estado en terapia alguna vez; o ha recibido alguna ayuda profesional para sus problemas? Si es así, Por favor de nombre, profesión, tratamiento y resultados, **Si con una pedagoga, para mi dislexia, el resultado ninguno**

III HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL.

a) Fecha de nacimiento: **24 de 10 de 1984**

- b) Lugar de nacimiento: **Estado de México**
- c) Hermanos: Número de hermanos.- 0 Edades 0
 No de Hermanas.-0 Edades.-0
- d) Padre ¿vive? **Si**, Si es así su edad es.- **47**años
 Su ocupación es.- **Abogado**
 Su salud es.- **Buena**
 ¿Murió?_____ Si es así la edad que tenía el al morir _____
 ¿qué edad tenía usted cuando su padre murió?_____
- e) Madre: ¿vive?.- **Si** Si es así su edad es.- **47** años
 Su ocupación es.- **Directora del instituto patria**
 Su salud es.- **buena**
 ¿Murió?_____ Si es así la edad que tenía ella al morir _____
 ¿qué edad tenía usted cuando su madre murió?_____

F) Religión cuándo era niño.- **católico.** De adulto.- **Cristiana**
 Creyente/ **Practicante**

G) Educación: ¿Cuál es su último grado escolar? **Preparatoria.**

Indique sus fuertes y debilidades académicas.- **Actividades culturales deportivas todo acerca de historia, literatura, artes / Debilidades: apenas las mate-**

D) Antecedentes: Subraye los términos que se apliquen a usted durante su infancia.

1) Infancia feliz

2)Mojar la cama

3)Problemas emocionales y de conducta

4) Problemas escolares

5)Problemas familiares

6) Fuertes creencias religiosas

7) Problemas médicos

8)Abuso de alcohol

9)Infancia infeliz

10)Tartamudez

11)Problemas legales

12)Abuso de drogas

13) Terrores nocturnos

14) Comerse las uñas

15) Chuparse el dedo

16) Temores o miedos

I) ¿Qué clase de trabajo realiza Ud.?_____

¿Cuántas horas al día? 5hrs X 3 Días ¿Qué clases de trabajo ha tenido anteriormente?

¿Esta usted satisfecho con su trabajo actual.- ___ si contesta negativamente por favor explique._____

¿Cuál es su ingreso quincenal? _____

¿Cuanto gasta a la quincena? .- _____

J) ¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? **Ser la mejor bailarina del mundo yna buena profesionista, tener una pareja**

¿Cuáles son sus ambiciones presentes? **Empezar a estudiar mi carrera, tratar de agradecerle a dios, conservar las amistades que tengo y luchar por lo que quiero**

ANÁLISIS MULTIMODAL

La siguiente sección esta diseñada para ayudarlo a describir sus problemas actuales con mayor detalle. Esta sección está organizada en siete modalidades: Conducta, Sentimientos, Sensaciones físicas, imágenes, Pensamientos, Relaciones interpersonales y factores biológicos.

IV. CONDUCTA:

a) Subraye cualquiera de las conductas que se aplique a usted.

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. Problemas del comer | 12. <u>Problemas del sueño</u> |
| 2. Tomar drogas | 13. <u>Correr riesgos</u> |
| 3. Vomitar | 14. Flojear |
| 4. <u>Conductas extrañas</u> | 15. <u>Desidia</u> |
| 5. Beber en exceso | 16. Reacciones impulsivas |
| 6. <u>Intentos suicidas</u> | 17. Perdida del control |
| 7. Compulsiones | 18. <u>Explosiones temperamentales</u> |
| 8. Fumar | 19. Fobias miedos o temores |
| 9. Aislamiento | 20. Conducta agresiva |
| 10. Tics nerviosos | 21. <u>Llorar</u> |
| 11. No conserva el trabajo | 22. <u>Otros</u> |

b) Indique si existe algún talento o habilidad del cual se sienta orgulloso(a).- **Bailar**

c) ¿Qué le gustaría hacer más?.- **Ir a la iglesia, estar con mis amigas, ir al jazz**

¿Qué le gustaría hacer menos?.- **Salir con mis parientes**

¿Que le gustaría comenzar a hacer?.- **Comenzar mi carrera**

¿Qué le gustaría dejar de hacer?.- **Ver tanta TV**

d) ¿Constantemente se encuentra usted haciendo listas de cosas o actividades insignificantes? Si es así diga ¿Cuáles son? _____

e) ¿Practica alguna actividad relajante con regularidad? .- **Si**

si es así, ¿Cuál?.- **Practico Jazz y ejercicio**

V. SENTIMIENTOS

subraye cualquiera de los sentimientos que se apliquen frecuentemente a usted.

- | | | |
|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 1. Enojado | 5. <u>Temeroso</u> | 8. Infeliz |
| 2. Fastidiado | 6. Aterrorizado | 9. <u>Aburrido</u> |
| 3. <u>Deprimido</u> | 7. <u>Feliz</u> | 10. <u>Contento</u> |
| 4. <u>Ansioso</u> | | 11. Excitado |

12. Otros

a) Enliste sus cinco miedos principales:

1. Fallarle a dios

2. Fallarle a la gente que quiero

3. A perder a los que quiero

4.- A la soledad

5. Al fracaso

b) ¿ Que sentimientos le gustaría experimentar más a menudo? **Paz y seguridad**
¿Qué sentimiento le gustaría experimentar menos a menudo? .- **Tristeza enojo y frustración**

c) ¿Qué sentimientos positivos ha experimentado recientemente? **El amor**
¿Qué sentimientos negativos ha experimentado recientemente? **La tristeza y la frustración**

d) ¿Cuándo es más probable que pierda el control de sus sentimientos?.- **Depende en la situación que me encuentre**

e) Describa cualquier situación que lo haga sentir en calma o relajado? **En mi iglesia con las personas que quiero**

f) Por favor complete las siguientes frases:

si pudiera decir como me siento ahora diría que: **Mal**

Una de las cosas por las que me siento orgulloso(a) es.- **Por poder amar**

Una de las cosas por las que me siento culpable es.- **Por no poder hacer lo que los demás esperan de mi incluso lo que yo espero de mi**

Me siento de lo más feliz cuando.-

Cuando estoy con la gente que quiero o hago lo que más me gusta

Una de las cosas que más triste me pone es.- **Defraudar o ser defraudada, que la gente que más amo se aleje de mi**

Si no tuviera miedo de ser yo mismo yo:.- **Haría muchas cosas que a lomejor no me convengan o si**

Me enojo muchísimo cuando:.- **Me miente, cuando lastiman a alguien que yo quiero.**

VI. SENSACIONES FÍSICAS.

a) Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que se apliquen a usted.

1. Mareo

2. **Dolores de cabeza**

3. Palpitaciones

4. Espasmos musculares

5. Tensión muscular

6. Breves desmayos

7. Escuchar cosas

8. Ojos llorosos

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 9. Ruborización | 20. Temblores |
| 10. Problemas de piel | 21. Dolores de pecho |
| 11. Boca seca | 22. Disgusto al ser tocado |
| 12. Incapaz de relajarse | 23. Pérdida de la conciencia |
| 13. Problemas intestinales | 24. Sudoración excesiva |
| 14. Hormigueo | 25. Problemas visuales |
| 15. Entumecimiento | 26. Problemas de audición |
| 16. Malestar estomacal | 27. Activado o con energía |
| 17. Tics | 28. Relajado |
| 18. Fatiga | 29. Descansado |
| 19. Dolor de espalda | 30. otras |

b) Historia menstrual.

Edad al primer periodo. **12** ¿Tuvo información o fue un choque emocional para usted? **Fue un choque emocional**

¿Es usted regular? **Si** Fecha del último periodo _____

¿Duración? **Cuatro días** ¿Padece de malestares? **Si** ¿Cuáles? **Cólicos muy fuertes**

¿Sus periodos afectan su estado de ánimo? **No**

Si es así explique _____

c) ¿Qué sensaciones Físicas son especialmente placenteras?.- **Besar hacer ejercicio abrazar**

¿Cuáles displacenteras?.- **Nauseas, dolor de cabeza**

d) Describa cómo manifiesta:

	Conductual	Corporal
Enojo	<u>El tono de mi voz</u>	<u>Pego, lanzo cosas</u>
Alegría	<u>Mirada</u>	<u>Abrazo, salto</u>
Tristeza	<u>Me aislo</u>	<u>Lloro</u>
Ansiedad.	<u>Camino mucho</u>	<u>Muevo las manos</u>

VII. IMÁGENES. (Pueden ser sueños)

a) Subraye cualquiera de las siguientes escenas que se apliquen a usted.

1. Imágenes sexuales placenteras
2. Imágenes de infancia infeliz
3. Imágenes de desesperanza
4. Imágenes agresivas
- 5. Imágenes de ser lastimado**
6. Imágenes no enfrentando problemas
- 7. Imágenes de aliento exitoso**
8. Imágenes sexuales displacenteras
- 9. Imágenes de soledad**
10. Imágenes de seducción
11. Imágenes de ser amado

12. Imágenes hiriendo gente
13. imágenes que va cayendo
14. imágenes que es atrapado
15. Imágenes que se burlan de uno
16. Imágenes perdiendo el control
- 17. Imágenes de ser perseguido**
18. Imágenes de que hablan de uno
19. Imágenes en que tiene relaciones con diversas personas del sexo opuesto.
20. Otras

- b) ¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia.- **Depende a veces de éxito y a veces de fracaso**
- c) Describa la imagen o fantasía más placentera.- **Donde estoy con dios**
- d) Describa una imagen de estar totalmente a salvo y seguro.- **Estoy con dios y mis seres queridos**
- e) Describa los sueños más frecuentes.- _____
- f) ¿ Que tan frecuente tiene pesadillas? **Casi nunca**
- g) ¿Qué tan frecuente se sorprende soñando despierto?.-**Mucho**
¿En que?.- **En el futuro pasado y presente**

VIII. PENSAMIENTOS

- a) Subraye cualquiera de los pensamientos que se apliquen a usted.

Ae: **1 Soy un don nadie**

Ae: 2 No soy nada, sin utilidad

D: 1 La vida es vacía

D:2 No hay nada que valga la pena

D:3 La vida es un desprecio

- b) Subraye cada una de las palabras que utilice para describirse.

- 1. Ambicioso**
2. Ingenuo
3. Sin valor
4. Valioso
- 5. Perseverante**
6. Poco atractivo(Imagen corporal)
7. Lleno de penas
8. No puedo hacer nada bien
9. Malo

10. Leal

11. Desesperanzado

12. Culpable

13. Confuso

4 No merezco ser feliz 1 2 3 4 5
5 Es mi responsabilidad hacer feliz a otros 1 2 3 4 5

EXPECTATIVAS

- a) En pocas palabras, ¿que piensa usted que es una terapia psicológica? **Una manera de buscar ayuda**
- b) ¿Qué espera de la terapia psicológica? _____
- c) ¿Cómo considera que un psicólogo debería de actuar con sus pacientes? **De forma amable paciente y directa**
- d) ¿Qué tiempo cree que debería durar una terapia psicológica? **Hasta la recuperación y un poco más**
- e) ¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debería poseer? **Capacidad de analizar, creatividad y mente abierta**
- f) Complete las siguientes frases.
- Soy una persona que.- **Se exige mucho**
- Toda mi vida.- **Ha sido con fracasos y victorias**
- Desde que yo era niño.- **La gente que yo quiero se aleja o se va**
- Es difícil para mi admitir.- **que me equivoque**
- Una de las cosas que no puedo perdonar es.- _____
- Una ventaja de tener problemas es.- **que voy creciendo como persona y puedo ayudar a la gente por lo que pase**
- Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es.- _____

IX RELACIONES INTERPERSONALES

1. Familia de origen
- a) Si usted no se crió con sus padres, ¿con quien lo hizo? _____
¿Desde que edad? _____ ¿Cuánto tiempo? _____
- b) De una descripción de la personalidad de su padre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de el hacia usted. (Tanto en el pasado como en el presente)
Juguetero, enojón y amoroso
- c) De una descripción de la personalidad de su madre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de ella hacia usted. (Tanto en el pasado como en el presente) **- Sobreprotectora**
- d) 1¿ Cuándo era niño le toco cuidar de sus hermanos?.- **No**
- d)2 ¿Cuándo era niño le toco trabajar? **NO**
- d)3 ¿ Cuándo era niño le toco realizar el quehacer del hogar?.- **Si**
¿Desde que edad? **11años**
- d)4 Cuando era niño ¿ En que forma era disciplinado o castigado? **Mi papá me pegaba o me castigaba**
¿por quien? **Por mi papá o mi mamá**

- e) De una impresión de la atmósfera de su hogar (en el que creció) Mencione la compatibilidad de sus padres y entre los hijos.- **La relación que tengo con mi mamá es regular le cuento cosas pero no todo le tengo respeto y amor pero también miedo**
- f) ¿ Fue capaz de confiar en sus padres? .- **A veces**
- g) ¿Sus padres lo comprendieron? .- **Si**
- h) ¿ Básicamente siente amor y respeto por sus padres? .- **Si**
- i) Si tiene padrastro o madrastra, dé su edad de Ud. Cuando alguno de sus padres si volvió a casar _____
- j) ¿Existe alguien que haya interferido en su patrimonio, ocupación. Etc. (Padres, parientes, amigos) **Si**
- k) ¿ Quien es la persona más importante en su vida? .- **Dios**

2 Amistades

- a) ¿Hace amigos fácilmente?.- **Si** ¿Conserva la amistad? .- **A veces**
- b) ¿Fue usted severamente importunado o fastidiado? **Si**
¿ Cuando y en que circunstancias? **En la primaria, en la separación d mis padres por mi dislexia y otras cosas**
- c) Describa cualquier relación que le proporcione:
Alegría.-**Es una relación donde hay amor, confianza**
Molestia.- **Que me sienta incomoda**
- d) Evalúe el grado de comodidad en que generalmente se siente en situaciones sociales. Subraye alguno de los términos siguientes.
1. Muy relajado
 2. **Relativamente confortable**
 3. Relativamente incomodo
 4. Muy ansioso
- e) ¿Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones, deseos a otros en forma directa y adecuada. **No siempre**

Indique aquellas personas o situaciones en las que tenga problemas de relación

Cuando llego a un lugar nuevo con gente que no conosco

- f) ¿ Tuvo muchas citas durante su adolescencia? .- **No**
- g) ¿Tiene uno o más amigos (as) Con quien se sienta cómodo (a) compartiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos? .- **Si**

4 Matrimonio o relaciones de pareja.

- a) ¿ Cuánto tiempo tenía de conocer a su pareja antes de que se casaran o estuvieran juntos? .- **2 años**
- b) ¿ Hace cuánto que estan juntos? .- **4 meses**
- c) ¿ Que edad tiene su pareja? .- **Tenia 29 años**
- d) ¿Cuál es la ocupación de su pareja? .- **Programador de computadoras**
- e) Describa la personalidad de su pareja .- **Es una persona que tiene autoridad que es sincero, cariñoso, desidido, que se enoja , que siente, que es orgullosa, siempre quiere tener la razón**

f) Señale en que área se lleve bien con su pareja, para ello encierre en un círculo el número que mejor describa el grado de compatibilidad o incompatibilidad que experimenta en este momento con su pareja.

1. Incompatible
2. Poco compatible
3. Regularmente compatible
4. Compatible
5. muy compatible

1. Responsabilidades hogareñas	1 2 3 <u>4</u> 5	
2. crianza de los niños	<u>1</u> 2 <u>3</u> 4 5	
3. actividades sociales	1 2 3 <u>4</u> 5	
4. dinero	1 <u>2</u> 3 4 5	
5. comunicación	1 2 3 4 <u>5</u>	
6. sexo	1 2 3 4 5	
7. progreso académico u ocupacional	1 2 3 <u>4</u> 5	
8. Independencia personal	1 <u>2</u> 3 4 5	
9. Independencia de la pareja	1 2 3 4 <u>5</u>	
10. Felicidad general	1 2 3 4 <u>5</u>	

g) ¿Que tal se lleva con sus parientes políticos y que opina de ellos? **Bien son personas muy agradables**

h) ¿Existe alguna información relevante en relación a abortos o pérdidas de seres queridos? .- **No** - Si es así indique cuál .- _____

¿Qué edad tenía usted en el momento de la pérdida? .- _____

5 Relaciones sexuales

g) Describa la actitud de cada uno de sus padres ante el sexo-
Padre **No se**
Madre.- **Conservadora**

b) ¿Se discutía sobre el sexo en su hogar? **No**

c) ¿Cuándo y como obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo?

En la primaria, primero por una compañera y luego por mi maestra

d) ¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de sus propios impulsos sexuales? **A los trece**

e) ¿Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación con el sexo? Si cuando **No**
o ¿en relación a la masturbación? .- **No** Si así es por favor explíquelo

f) ¿Existen detalles relevantes con relación a su primera o subsecuentes relaciones sexuales?

g) Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier relación homosexual? _____

h) Por favor anote cualquier preocupación sexual no contemplada hasta ahora

6 Otras relaciones.

a) ¿ Existe algún problema con personas de su trabajo? **No**

si es así por favor descríballo .- _____

b) Complete las siguientes frases.

Una de las formas en las que la gente me lastima es .- **Alejandose de mi sin decirme el porque, cuando lastiman a la gente que quiero**

Puedo fastidiar a alguien a través de.- **Bromas indirectas**

Una madre debería.- **Ser Amorosa, comprensiva, dar libertad, trabajadora**

Un padre debería.- **Ser amoroso, convivir con su familia, ser la cabeza de su hogar**

Un verdadero amigo debería.- **Saber escuchar, estar con el amigo en las buenas y en las malas, comprender no juzgar**

Proporcione una breve descripción de usted según sería descrito por.

Su pareja.- **Que soy muy especial, que soy cariñosa, una abrazona y besucona una persona que siente guapa y atenta**

Su mejor amigo (a).- **Que soy especial, que se escuchar, soy inteligente, algo loca y obsesiva**

Alguien que no lo quiera a usted.- **Que no valgo la pena, que soy una tonta, un fastidio, un dolor de cabeza, una carga**

d) ¿ Actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o perdida de afecto? Si es así explíquelo.- **Si, de mis amigas, de mi familia, de mi paraja, de dios, tengo miedo de estar sola y que nadie me quiera y no les agrado como soy.**

X Factores biológicos

a) ¿Tiene alguna preocupación a cerca de su salud? Por favor especifíquelo.-

Si volver a tener anemia y se complique, ano curarme de la garganta y de gripe

b) Por favor enliste las medicinas que actualmente ingiera, o ha tomado durante los últimos 6 meses, ya sea prescritas o no por su médico. **Medicamento homeopático**

c) ¿Come en forma balanceada? **Yo digo que si**

d) ¿Que clase de pasatiempos o actividades recreativas practica? **Practico Jazz y aerobics**

e) ¿ Practica alguna actividad relajante? **Si escuchar musica, leer y practicar jazz**

f) ¿Realiza regularmente ejercicio físico? **Si**. Si es así ¿ De que tipo y con que frecuencia? **De lunes a viernes aeróbico y fuerza**

g) ¿ Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para descansar? Si es así? Cuantas veces al día y con que duración? **No**

h) ¿ Tiene dificultades para disfrutar los fines de semana? Si es así explique por que? **No**

i) ¿ Cuantas horas de sueño tiene? **Depende va de 7 ó 3,4 horas**

j) Elija cualquiera de las situaciones que mejor se apliquen a usted. Tachando en la columna correspondiente.

1. Marihuana
2. Tranquilizantes
3. Sedantes

4. Aspirinas
5. cocaína
6. analgésicos
7. alcohol
- 8. café**
9. cigarros
10. narcóticos
11. estimulantes
12. alucinógenos
13. diarrea
- 14. constipación**
15. alergias
16. presión alta
- 17. presión baja**
18. problemas cardiacos
- 19. nauseas**
20. vómitos
- 21. dolores de cabeza**
- 22. dolores de espalda**
- 23. no poderse dormir**
- 24. despertarse temprano**
25. despertarse durante la noche
- 26. problemas de piel**
- 27. poco apetito**
- 28. comer en exceso**
29. comer porquerias

K) Subraye cualquier situación que se aplique a los miembros de su familia.

- 1. Problemas de tiroides**
- 2. problemas renales**
- 3. asma**
- 4. enfermedades neurológicas**
5. diabetes
- 6. cáncer**
- 7. problemas de presión**
- 8. problemas gastrointestinales**
- 9. alcoholismo**
10. problemas de próstata
11. glaucoma
- 12. epilepsia**
- 13. dolor de cabeza**
14. otros

l)¿ Alguna vez ha perdido la conciencia o cosas a sí? Dé detalles.- **No**

Si me he desmallado y era porque tenia una lesión en el cerebro

o) Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente.- **NO**

p) Por favor describa cualquier accidente que haya sufrido.- **Me cai de las escaleras a los dos años**

Ñ) Describa sus recuerdos o experiencias más significativas que haya tenido dentro de las siguientes edades:

0-5

El convivir con la familia de mi papá

6- 10

La separación de mis padres

11 –15

Me señalaron como lesbiana y satánica, conocer buenas amigas, el accidente de mi papá

16 –20

Mi primer beso , Saber de dios , la primera vez que me enamoro, el placer de tener buenas amigas

Historia Clínica multi-modal

Fecha

No. Expediente.

I. DATOS GENERALES

1. Nombre.- **Veronica.M**

2. Dirección _____

Delegación _____

3.Telefono _____ 4.Edad. **20 años** 5.Ocupación.-Estudiante

6.Sexo.- **Femenino**. 7.Referido por _____

8.Estado civil. (encierre en un circulo):

A)**Soltero** b) separado c) comprometido d)viudo e)divorciado f)casado g)unión libre h) se ha vuelto a casar _____ cuantas veces? _____

9. Tipo de vivienda:

a) Adecuada (Número de habitantes y servicios) **Si**. No

b) ¿Quiénes la habitan? **Mis papás, mis hermanas, mi abuelita, Pareja y yo**

II. DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS PRESENTES:

a) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas: **Demasiada inseguridad, stress, nerviosismo, creo que mi autoestima es algo in estable, a veces me siento con sentimientos de inferioridad, no me siento capaz de realizar las cosas, cambios de humor precipitándome , me siento culpable cuando las cosas no me salen como yo quiero, me cuesta trabajo reconocer mis logros aunque sean pequeños.**

b) Por favor, estime la severidad de su(s) problema(s) con base en la escala siguiente, tachando el número que más se ajuste

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| 1) levemente inquietante | 2) <u>Moderadamente severo</u> |
| 3) Muy severo | 4) Extremadamente severo |
| 5) Totalmente incapacitante | |

c) ¿Cuándo comenzaron sus problemas? De fecha si es posible.- **Algunos ya los tenía pero creo que aumentaron y surgieron nuevos a partir de que entre a la escuela hace aproximadamente 3 años**

d) ¿A qué atribuye sus problemas? **Creo que un tanto se lo atribuyo al entorno en el que me desenvuelvo y a mi porque si yo no quisiera nada de afuera me afectaría**

e) Por favor describa algunos eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas.- **Me sentía ansiosa, tuve un largo periodo de tener alergias, me salían ronchas enormes en todo el cuerpo, me daba mucho sueño, cansancio, no tenía ganas de salir con nadie, lloraba por cualquier cosa pero siempre a solas**

f) Indique que manera ha intentado resolver sus problemas.- **Me di cuenta de que solamente yo tenía la iniciativa y cambiar todo eso que tanto me afecta, algunas cosas ya las resolví, otras están en el proceso, volvía hacer las cosas que deje de hacer cuando entre a la escuela, trato de comparar mi trabajo solamente con migo misma pero en esta carrera es algo difícil no estarte comparando con los demás. Sobretudo saber que soy un ser único e irrepitible, aceptarme día a día tal como soy**

g) ¿Ha estado en terapia alguna vez; o ha recibido alguna ayuda profesional para sus problemas? Si es así, Por favor de nombre, profesión, tratamiento y resultados? **No**

III. **HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL.**

a) Fecha de nacimiento: **10 de septiembre de 1985**

b) Lugar de nacimiento: **México DF**

c) Hermanos: Número de hermanos.- _____ Edades _____
No de Hermanas.- **2** Edades.- **17 y 11**

d) Padre ¿vive? **Si**, Si es así su edad es.- **50** años

Su ocupación es.- **Trabajador en recursos materiales en la S.H.C.P.**

Su salud es.- **Regular**

¿Murió? _____ Si es así la edad que tenía al morir _____

¿qué edad tenía usted cuando su padre murió? _____

e) Madre: ¿vive?.- **Si** Si es así su edad es.- 44 años

Su ocupación es.- **Ama de casa y estudiante**

Su salud es.- **No tan buena**

¿Murió?_____ Si es así la edad que tenía ella al morir _____
¿qué edad tenía usted cuando su madre murió? _____

F) Religión cuándo era niño.- **católico.** De adulto.- **Ninguna**
Creyente/ Practicante

G) Educación: ¿Cuál es su último grado escolar? **2 años de licenciatura en filosofía.**
Indique sus fuertes y debilidades académicas.- **Todo lo relacionado con materias teóricas, incluyendo español son mi fuerte.**

E) Antecedentes: Subraye los términos que se apliquen a usted durante su infancia.

1) Infancia feliz 2) Mojar la cama 3) Problemas emocionales y de conducta
4) Problemas escolares **5) Problemas familiares** 6) Fuertes creencias religiosas
7) Problemas médicos 8) Abuso de alcohol 9) Infancia infeliz 10) Tartamudez
11) Problemas legales 12) Abuso de drogas
13) Terrores nocturnos 14) Comerse las uñas
15) Chuparse el dedo **16) Temores o miedos**

D) ¿Qué clase de trabajo realiza Ud.? **Soy profesor de danza**
¿Cuántas horas al día? 5hrs X 3 Días ¿Qué clases de trabajo ha tenido anteriormente?

Instructor de gimnasio y empleado de mostrador

¿Esta usted satisfecho con su trabajo actual.- **Si** si contesta negativamente por favor explique. _____

¿Cuál es su ingreso quincenal? **\$1172**

¿Cuanto gasta a la quincena? .- **Todo**

J) ¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? **Tener discos y buena ropa**

¿Cuáles son sus ambiciones presentes? **Obtener un auto. Un mejor empleo**

ANÁLISIS MULTIMODAL

La siguiente sección esta diseñada para ayudarlo a describir sus problemas actuales con mayor detalle. Esta sección está organizada en siete modalidades: Conducta, Sentimientos, Sensaciones físicas, imágenes, Pensamientos, Relaciones interpersonales y factores biológicos.

IV. CONDUCTA:

c) Subraye cualquiera de las conductas que se aplique a usted.

1. Problemas del comer

2. Tomar drogas

3. Vomitar

4. Conductas extrañas

5. Beber en exceso

6. Intentos suicidas

7. Compulsiones

8. Fumar

9. Aislamiento

10. Tics nerviosos

11. No conserva el trabajo

- 18. Explosiones temperamentales
- 19. Fobias miedos o temores
- 20. Conducta agresiva
- 21. Llorar
- 22. Otros

- 12. Problemas del sueño
- 13. Correr riesgos
- 14. Flojear**
- 15. Desidia**
- 16. Reacciones impulsivas
- 17. Perdida del control

b) Indique si existe algún talento o habilidad del cual se sienta orgulloso(a).- **Cantar me encanta y creo que no lo hago mal, saber enseñar danza, tener esa habilidad de la docencia**

c) ¿Qué le gustaría hacer más?.- **Tomar clases de danza por la tarde**

¿Qué le gustaría hacer menos?.- **Trabajar**

¿Que le gustaría comenzar a hacer?.- **Tener tiempo para tomar cursos de danza**

¿Qué le gustaría dejar de hacer?.- Trabajar tanto

d) ¿Constantemente se encuentra usted haciendo listas de cosas o actividades insignificantes? Si es así diga ¿Cuáles son? _____

e) ¿Practica alguna actividad relajante con regularidad? .- **A veces**
si es así, ¿Cuál?.- **Yoga y meditación**

V. SENTIMIENTOS

subraye cualquiera de los sentimientos que se apliquen frecuentemente a usted.

13. Enojado

17. Temeroso

21. Aburrido

14. Fastidiado

18. Aterrorizado

22. Co9ntento

15. Deprimido

19. Feliz

23. Excitado

16. Ansioso

20. Infeliz

24. Otros

a) Enliste sus cinco miedos principales:

1. Quedarme sin trabajo

2. Soledad

3. Fracaso

4.- Decepcionar a alguien

5. Enfermar

d) ¿ Que sentimientos le gustaría experimentar más a menudo? **Alegría momentánea y la excitación por hacer las cosas**

¿Qué sentimiento le gustaría experimentar menos a menudo? .- **La confusión y la tristeza crónica**

e) ¿Qué sentimientos positivos ha experimentado recientemente? **Alegría y tranquilidad**
¿Qué sentimientos negativos ha experimentado recientemente? **Tristeza, confusión, miedo y melancolía**

d) ¿Cuándo es más probable que pierda el control de sus sentimientos?.- **Cuando estoy solo en casa**

e) Describa cualquier situación que lo haga sentir en calma o relajado? **Estoy ocupado ya sea en mi trabajo o en la escuela**

f) Por favor complete las siguientes frases:
si pudiera decir como me siento ahora diría que: **Confuso y melancólico**

Una de las cosas por las que me siento orgulloso(a) es.- **que he salido a adelante**

Una de las cosas por las que me siento culpable es.- **Por la ruptura resiente con mi relación amorosa**

Me siento de lo más feliz cuando.-

Estoy en mis clases y cuando mis alumnas trabajan bien, cuando estoy en casa con mi madre

Una de las cosas que más triste me pone es.- **Pensar que mi pareja esta sola y yo decidí terminar la relación**

Si no tuviera miedo de ser yo mismo yo:.- **Estaría mejor**

Me enoja muchísimo cuando:.- **Me culpan por cosas que no hice y cuando me cuestionan por las que hago, no me gusta dar explicaciones.**

VI. SENSACIONES FÍSICAS.

Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que se apliquen a usted.

1. Mareo

2. Dolores de cabeza

3. Palpitaciones

4. Espasmos musculares

5. Tensión muscular

6. Breves desmayos

7. Escuchar cosas

8. Ojos llorosos

9. Ruborización

10. Problemas de piel

11. Boca seca

12. Incapaz de relajarse

13. Problemas intestinales

14. Hormigueo

15. Entumecimiento

16. Malestar estomacal

17. Tics

18. Fatiga

19. Dolor de espalda

20. Temblores

21. Dolores de pecho

22. Disgusto al ser tocado

23. Pérdida de la conciencia

24. Sudoración excesiva

25. Problemas visuales

26. Problemas de audición

27. Activado o con energía
28. Relajado

29. Descansado
30. otras

Historia menstrual.

Edad al primer periodo _____ ¿Tuvo información o fue un choque emocional para usted? _____

¿Es usted regular? _____ Fecha del último periodo _____

¿Duración? _____ ¿Padece de malestares? _____ ¿Cuáles? _____

_____ ¿Sus periodos afectan su estado de ánimo? _____

Si es así explique _____

¿Qué sensaciones Físicas son especialmente placenteras?.- **Tocarme los pies, sobarme el cuello y la espalda**

¿Cuáles displacenteras?.- **El ombligo**

d) Describa cómo manifiesta:

	Conductual	Corporal
Enojo	<u>Grito</u>	<u>Ceño fruncido</u>
Alegría	<u>Sonriente</u>	<u>Mi cuerpo se alarga</u>
Tristeza	<u>Me pongo pensativo</u>	<u>Mirada al piso</u>
Ansiedad	<u>Taciturno</u>	<u>Me anda del baño</u>

VII. IMÁGENES. (Pueden ser sueños)

b) Subraye cualquiera de las siguientes escenas que se apliquen a usted.

- 1. Imágenes sexuales placenteras**
- Imágenes de infancia infeliz
- Imágenes de desesperanza
- Imágenes agresivas
- 5. Imágenes de ser lastimado**
- Imágenes no enfrentando problemas
- 7. Imágenes de aliento exitoso**
- Imágenes sexuales displacenteras
- Imágenes de soledad
- 10. Imágenes de seducción**
- 11. Imágenes de ser amado**
- Imágenes hiriendo gente
- imágenes que va cayendo
- imágenes que es atrapado
- Imágenes que se burlan de uno
- Imágenes perdiendo el control
- Imágenes de ser perseguido
- 18. Imágenes de que hablan de uno**
- Imágenes en que tiene relaciones con diversas personas del sexo opuesto.
- Otras

- c) ¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia.- **Yo trabajando mucho**
d) Describa la imagen o fantasía más placentera.- **Ser un buen bailarín**
e) Describa una imagen de estar totalmente a salvo y seguro.- **En casa viendo tele**
f) Describa los sueños más frecuentes.- **Ser un buen bailarín y tener una buena pareja**
g) ¿ Que tan frecuente tiene pesadillas? **No mucho**
h) ¿Qué tan frecuente se sorprende soñando despierto?.- **Regular frecuente**
¿En que?.- **En alcanzar ser un buen bailarín y tener éxito más como docente**

VIII. PENSAMIENTOS

- b) Subraye cualquiera de los pensamientos que se apliquen a usted.
Ae: 1 Soy un don nadie
Ae: 2 No soy nada, sin utilidad
D: 1 La vida es vacía
D:2 No hay nada que valga la pena
D:3 La vida es un desprecio
c) Subraye cada una de las palabras que utilice para describirse.

1. **Ambicioso**

-
2. Ingenuo
3. Sin valor
4. Valioso
5. **Perseverante**
6. **Poco atractivo(Imagen corporal)**
7. Lleno de penas
8. No puedo hacer nada bien
9. Malo
10. **Leal**

-
11. Desesperanzado
12. Culpable
13. Confuso
14. Optimista
15. Considerado
16. Celoso
17. Sin amor
18. **Bueno para el trabajo**
19. Atractivo
20. **Conflictuado**
21. Con problemas de memoria
22. **Confiable**
23. Envidioso
24. Ideas suicidas
25. Feo (imagen corporal)
26. **Inteligente**
-

- 27. Loco
- 28. Con problemas para tomar decisiones**
- 29. Inútil
- 30. Con buen sentido del humor**
- 31. Con pensamientos horribles
- 32. Honesto**
- 33. Degenerado
- 34. Sensible**
- 35. Con problemas de concentración**
- 36. Seguro
- 37. Estúpido
- 38. Indeseable
- 39. Incompetente
- 40. Inadecuado
- 41. Desviado
- 42. Cometo muchos errores

-
- F) ¿Cuál considera ser su idea más irracional, absurda o loca?.- **Ser torpe en lo que hago sentirme viejo**
- G) d)¿Existen pensamientos que le molestan una y otra vez? Si es así por favor descríbalos.- **Sentirme viejo y sentirme inferior a los demás**
- e) Encierre en un círculo el número que más refleja su forma de pensar:
-

1. Total desacuerdo
- 6 desacuerdo
 - 7 Neutral
 - 8 Acuerdo
 - 9 Total acuerdo

1 No debo proporcionar información personal	1 <u>2</u> 3 4 5
2 Soy víctima de las circunstancias	1 2 <u>3</u> 4 5
3 Mi vida esta controlada por fuerzas extrañas	1 2 <u>3</u> 4 5
4 No merezco ser feliz	1 2 3 <u>4</u> 5
5 Es mi responsabilidad hacer feliz a otros	<u>1</u> 2 3 4 5

EXPECTATIVAS

- i) En pocas palabras, ¿que piensa usted que es una terapia psicológica? **Una forma de guía que te ayuda a tomar la mejor decisión en tu vida y quizás ayudarte a encontrar una estabilidad interior**
- j) ¿Qué espera de la terapia psicológica? **Encontrar las soluciones a mi estado de ánimo**

- k) ¿Cómo considera que un psicólogo debería de actuar con sus pacientes? **Como amigo casi como un confidente**
- l) ¿Qué tiempo cree que debería durar una terapia psicológica? **2 horas**
- m) ¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debería poseer? **Seguridad optimismo, alegría y una buena imagen personal (que no sean fodongos)**
- n) Complete las siguientes frases.

Soy una persona que.- **Tiene problemas pero soy muy inteligente para resolverlos**

Toda mi vida.- **Ha sido un suceso hermoso que me ha costado**

Desde que yo era niño.- **he sido muy sensible, tierno y cariñoso**

Es difícil para mí admitir.- **que debo ser un poco más egoísta**

Una de las cosas que no puedo perdonar es.- **que me hayan tratado mal cuando yo he sido bueno**

Una ventaja de tener problemas es.- **Saber que te harás más fuerte**

Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es.- Ver el lado positivo a las cosas

IX RELACIONES INTERPERSONALES

1. Familia de origen

a) Si usted no se crió con sus padres, ¿con quien lo hizo?

¿Desde que edad? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

b) De una descripción de la personalidad de su padre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia usted. (Tanto en el pasado como en el presente)

Muy agresivo de carácter fuerte, poco expresivo con sus sentimientos, se ha portado neutral, no me expresa muchas cosas, pero si hay un poco de comunicación

c) De una descripción de la personalidad de su madre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de ella hacia usted. (Tanto en el pasado como en el presente) **.- Es cariñosa, hermosa en carácter, trabajadora, un buen trato hacia mí es como una confidente**

1) ¿Cuándo era niño le tocó cuidar de sus hermanos?.- **No**

d)2) ¿Cuándo era niño le tocó trabajar? .- **si**

d)3) ¿Cuándo era niño le tocó realizar el quehacer del hogar?.- **Si**

¿Desde que edad? **Desde los 6 años**

d)4) Cuando era niño ¿ En que forma era disciplinado o castigado? **Muy poco solo cuando no hacia lo que me pedían**

¿por quien? **Por mi papá en general**

De una impresión de la atmósfera de su hogar (en el que creció) Mencione la compatibilidad de sus padres y entre los hijos.- **Fue muy rara, pero armoniosa puesto que teníamos un lado fuerte y agresivo (con mi padre por su alcoholismo y neurosis, pero existía un lado tranquilo y bonito (por mi madre siempre cariñosa)**

¿ Fue capaz de confiar en sus padres? .- **Algunas ocasiones**

¿Sus padres lo comprendieron? .- **Si**

¿ Básicamente siente amor y respeto por sus padres? .- **Si**

Si tiene padrastro o madrastra, dé su edad de Ud. Cuando alguno de sus padres si volvió a casar _____

¿Existe alguien que haya interferido en su patrimonio, ocupación. Etc. (Padres, parientes, amigos) _____

¿ Quien es la persona más importante en su vida? .- **yo mis padres y mis hermanas**

Amistades

b) ¿Hace amigos fácilmente?.- **Si** ¿Conserva la amistad? .- **si**

c) ¿Fue usted severamente importunado o fastidiado? _____

¿ Cuando y en que circunstancias?

d) Describa cualquier relación que le proporcione:

Alegría.-**Estar con mis amigos**

Molestia.- **estar obligado a estar con otra gente**

e) Evalúe el grado de comodidad en que generalmente se siente en situaciones sociales. Subraye alguno de los términos siguientes.

1. Muy relajado
2. **Relativamente confortable**
3. Relativamente incomodo
4. Muy ansioso

f) ¿Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones, deseos a otros en forma directa y adecuada. **Si en la mayoría de los casos**

Indique aquellas personas o situaciones en las que tenga problemas de relación

Con personas de mi mismo sexo

g) ¿ Tuvo muchas citas durante su adolescencia? .- **No**

h) ¿Tiene uno o más amigos (as) Con quien se sienta cómodo (a) compartiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos? .- **Si**

i) Matrimonio o relaciones de pareja.

a) ¿ Cuánto tiempo tenía de conocer a su pareja antes de que se casaran o estuvieran juntos? .- **No mucho tiempo**

b) ¿ Hace cuánto que estan juntos? .- **Estuvimos 1 año y 2 meses**

c) ¿ Que edad tiene su pareja? .- **Tenia 26 años**

d) ¿Cuál es la ocupación de su pareja? .- **Terminó apenas su carrera.**

e) Describa la personalidad de su pareja .- **Celosa, aprensiva, egoísta, sensible, inteligente y muy buen creador.**

f) Señale en que área se lleve bien con su pareja, para ello encierre en un circulo el número que mejor describa el grado de compatibilidad o incompatibilidad que experimenta en este momento con su pareja.

1. Incompatible
2. Poco compatible

3. Regularmente compatible
4. Compatible
5. muy compatible

Responsabilidades
hogareñas
1 2 3 4 5
crianza de los niños
1 2 3 4 5
actividades sociales
1 2 3 4 5
dinero
1 2 3 4 5
comunicación
1 2 3 4 5
sexo
1 2 3 4 5

progreso académico u
ocupacional 1 2 3
4 5
Independencia personal
1 2 3 4 5
Independencia de la pareja
1 2 3 4 5
Felicidad general
1 2 3 4 5

g) ¿Que tal se lleva con sus parientes políticos y que opina de ellos? **Llevo una relación buena y pues me son indiferentes, no me interesa del todo su vida**

h) ¿Existe alguna información relevante en relación a abortos o pérdidas de seres queridos?

.- **Si** - Si es así indique cuál .- **La muerte de mi abuelo**

¿Qué edad tenía usted en el momento de la pérdida?.- **18**

3. Relaciones sexuales

g) Describa la actitud de cada uno de sus padres ante el sexo-

Padre **Muy poco hablaba del sexo**

Madre.- **Fue mas abierta con nosotros y nos explicaba sobre el sexo algunas de nuestras dudas.**

b) ¿ Se discutía sobre el sexo en su hogar? **No cuando papá estaba presente**

c) ¿ Cuándo y como obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo?

En la escuela, cuando una amiga me platico sobre una relación sexual esto fue en la primaria

d) ¿ Cuándo se dio cuenta por primera vez de sus propios impulsos sexuales? En la **pubertad como a los doce o trece años**

e) ¿ Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación con el sexo? Si cuando **estuve con otra persona que no era mi pareja**

o ¿ en relación a la masturbación? .- **No** Si así es por favor explíquelo

f) ¿ Existen detalles relevantes con relación a su primera o subsecuentes relaciones sexuales?

Si el grado de maneras en que se puede tener y la misma continuidad de ellas

o) Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier relación homosexual?

Yo soy homosexual y creo que hay información mal entendida sobre nosotros

- p) Por favor anote cualquier preocupación sexual no contemplada hasta ahora.- Como **los homosexuales podemos tener relaciones sexuales y de que manera**

4. Otras relaciones.

- a) ¿ Existe algún problema con personas de su trabajo? **Si con una sola, mi jefa inmediata**
si es así por favor descríballo .- **siempre esta inconforme con mi trabajo y por que su jefa anterior me trata bien**

Complete las siguientes frases.

Una de las formas en las que la gente me lastima es .- **Dañando mi estima que no reconozca lo que soy**

Puedo fastidiar a alguien a través de.- **Palabras en broma, con chistes y bromas**

Una madre debería.- **Ser más fuerte**

Un padre debería.- **Ser más dócil**

Un verdadero amigo debería.- **Ser leal por completo y un buen juez**

Proporcione una breve descripción de usted según sería descrito por.

Su pareja.- **Soy una persona inteligente y trabajadora**

Su mejor amigo (a).- **Soy inteligente, joven, fuerte y trabajador**

Alguien que no lo quiera a usted.- **Soy voluble sangron y déspota**

- d) ¿ Actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o perdida de afecto? Si es así explíquelo.- **No en realidad, no me interesa si alguien me rechaza.**

X. Factores biológicos

- b) ¿ Tiene alguna preocupación a cerca de su salud? Por favor especifíquelo.-

Si quizás sobre mi salud sexual

- c) Por favor enliste las medicinas que actualmente ingiera, o ha tomado durante los últimos 6 meses, ya sea prescritas o no por su médico. **Aspirina, Butiliosina, sedalmerkc**
- d) ¿ Come en forma balanceada? **Si**
- e) ¿ Que clase de pasatiempos o actividades recreativas practica? **Casi no tengo tiempo, quizás estoy en Internet, leo mucho y escucho música**
- f) ¿ Practica alguna actividad relajante? **no**
- g) ¿ Realiza regularmente ejercicio físico? **Si**. Si es así ¿ De que tipo y con que frecuencia? **Diario, clases de danza y acondicionamiento físico**
- h) ¿ Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para descansar? Si es así? Cuantas veces al día y con que duración? **No solo las noches para dormir aproximadamente 5 horas como máximo**
- i) ¿ Tiene dificultades para disfrutar los fines de semana? Si es así explique por que? **Si no tengo tiempo y siempre estoy cansado**
- j) ¿ Cuantas horas de sueño tiene? **5 Horas como máximo**
- k) Elija cualquiera de las situaciones que mejor se apliquen a usted. Tachando en la columna correspondiente.
1. Marihuana
 2. Tranquilizantes

3. Sedantes
4. Aspirinas
5. cocaína
6. analgésicos
7. alcohol
- 8. café**
- 9. cigarros**
10. narcóticos
11. estimulantes
12. alucinógenos
- 13. diarrea**
14. constipación
15. alergias
16. presión alta
17. presión baja
18. problemas cardiacos
19. nauseas
20. vómitos
21. dolores de cabeza
- 22. dolores de espalda**
23. no poderse dormir
24. despertarse temprano
25. despertarse durante la noche
- 26. problemas de piel**
27. poco apetito
28. comer en exceso
29. comer porquerias

K) Subraye cualquier situación que se aplique a los miembros de su familia.

1. Problemas de tiroides
2. problemas renales
3. asma
4. enfermedades neurológicas
- 5. diabetes**
6. cáncer
- 7. problemas de presión**
- 8. problemas gastrointestinales**
- 9. alcoholismo**
10. problemas de próstata
11. glaucoma
12. epilepsia
- 13. dolor de cabeza**
14. otros

l)¿ Alguna vez ha perdido la conciencia o cosas a sí? Dé detalles.- **No**

q) Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente.- **NO**

r) Por favor describa cualquier accidente que haya sufrido.- **Un accidente automovilístico en el iba toda la familia, solo salimos lesionados, Mi papá estaba en estado de ebriedad y por querer rebasar choco contra un poste, un micro y dos postes más**

Ñ) Describa sus recuerdos o experiencias más significativas que haya tenido dentro de las siguientes edades:

0-5

Mi entrada al kinder, los juegos de niño con mi hermana la menor

6- 10

Una violación por un vecino, mis padres peleando

11 –15

Mi primer amor platónico, mis aciertos en la secundaria obteniendo reconocimientos

16 –20

Mi entrada a las escuelas del INBA, mi ingreso a la universidad, mi independencia económica

HISTORIA CLÍNICA MULTIMODAL

FECHA: _____.

Núm. Expediente: _____.

I.- DATOS GENERALES:

1.- Nombre: **R. V**

2.- Dirección: _____.

Delegación: _____ . C.P. _____.

3.- Teléfono: (por el día) _____ (por la tarde) _____

4.- Edad: **20 años** 5.- Ocupación: **Estudiante**

6.- Sexo: **Femenino** 7.- Por quién fue referido: _____.

8.- Estado civil (encierre en un círculo):

a) Soltero – a b) Separado – a c) Comprometido – a

d) Viudo – a e) Divorciado – a f) Casado – a

g) Unión Libre h) Se ha vuelto a casar? _____ ¿Cuántas veces? _____

9.- Tipo de Vivienda:

a) Adecuada (Número de habitantes y servicios) SI (**X**) NO ()

b) ¿Quiénes la habitan? **Mis papás y mis hermanos**

II.- DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS PRESENTES:

a) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas: **Todo surgió a mi parecer a partir de mi falta de valoración personal, de que el ruido externo comenzó a importarme más incluso que mi propia voz, esto tiene como cinco meses**

b) Por favor, estime la severidad de su (s) problema (s) con base en la escala siguiente, tachando el número que más se ajuste.

- 1.- Levemente inquietante
- 3.- Muy severo
- 5.- Totalmente incapacitante

- 2.- Moderadamente severo**
- 4.- Extremadamente severo

c) ¿Cuándo empezaron sus problemas? (de fechas si es posible)

Fuerte o evidente hace como cinco meses

d) ¿ A qué atribuye sus problemas? **La conexión de mi cuerpo, espíritu, mente, porque hay un cable desconectado**

e) Por favor describa algunos eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas **He perdido objetividad en mi misma, necesito más de la compañía, me he lastimado con mi severidad y exigencia no puedo disfrutar las cosas de la misma manera**

f) Indique de qué manera ha intentado resolver sus problemas señalando los resultados obtenidos **Recapitulando mi vida y darme cuenta de que tengo muchos motivos para ser feliz, hablar con alguna persona y tratar de extirparlo**

g) ¿Ha estado en terapia alguna vez o ha recibido alguna ayuda profesional para sus problemas? Si es así, por favor dé nombre, profesión, tratamiento y resultados: **No he recibido**

III. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

a) Fecha de Nacimiento: **25 de Diciembre de 1984**

b) Lugar de Nacimiento: **Estado de México**

c) Hermanos: Número de hermanos: **1 1/2** Edades: **18 y 24.**
Número de hermanas: **1/2.** Edades: **24**

d) Padre: ¿Vive? **Si,** si es así su edad es: **65 años**

Ocupación es: **Empresario**

Su salud es: **Buena**

¿Murió? _____, si es así dé la edad de él al morir _____ ¿qué edad tenía usted cuando su padre murió? _____.

e) Madre: ¿Vive? **Si,** si es así su edad es: **54 años**

Ocupación es: **Ama de casa**

Su salud es: **Buena.**

¿Murió? _____, si es así dé la edad de él al morir _____ ¿qué edad tenía usted cuando su padre murió? _____.

f) Religión cuándo era niño **Católica** de adulto **No tengo pero me gusta la filosofía budista**
Creyente/Practicante

g) Educación: ¿Cuál es su último grado escolar? **CCH Sur**

Indique sus fuertes y debilidades académicas: **Fuertes: Biología, Física, Literatura, Teatro, Matemáticas; Debilidades: Historia, Química y Calculo**

h) Antecedentes: subraye los términos que se apliquen a usted durante su infancia.

1) **Infancia feliz**

- 2) **Mojar la cama**
- 3) problemas
emocionales y de
conducta
- 4) problemas
escolares
- 5) problemas familiares
- 6) Fuertes creencias
religiosas
- 7) **Problemas médicos**
- 8) Abuso de Alcohol
- 9) Infancia infeliz
- 10) Tartamudez
- 11) Problemas legales
- 12) Abuso de drogas
- 13) **Terrores nocturnos**
- 14) Comerse las uñas
- 15) Chuparse el dedo
- 16) **Temores o miedos**

- i) ¿Qué clase de trabajo realiza Ud.? **Bailar y Modelar.**
¿Cuántas horas al día? **Horas al día** ¿Qué clases de trabajo ha tenido anteriormente?
Tienda de ropa, En un partido político, Modelar para foto y dibujo
¿Está Ud. Satisfecho con su trabajo actual? **Si** si contesta negativamente por favor explique

¿Cuál es su ingreso quincenal? **No es quincenal es por día \$400**
¿Cuánto gasta a la quincena?

¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? **Cantar, Viajar, ser querida, divertirme en todo lo que hiciera, estudiar una carrera paralela**

¿Cuáles son sus ambiciones presentes? **Viajar haciendo lo que me gusta, ser muy feliz, tener compañía cuando lo necesite, bailar, estudiar pero no se si en una escuela, tener un lugar en el que pueda tener tranquilidad y silencio y muchas historias que contar, me gustan las cosas chamanicas y de energía**

ANÁLISIS MULTIMODAL

La siguiente sección está diseñada para ayudarlo a describir sus problemas actuales con mayor detalle. Esta sección está organizada en siete modalidades: Conducta, sentimientos, sensaciones físicas, imágenes, pensamientos, relaciones interpersonales y factores Biológicos.

IV. CONDUCTA:

- a) Subraye cualquiera de las conductas que se apliquen a Ud.

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1. <u>Problemas del Comer</u> | 12. Problemas de sueño |
| 2. Tomar drogas | 13. Correr riesgos |
| 3. Vomitar | 14. Flojera |
| 4. <u>Conductas extrañas</u> | 15. Desidia |
| 5. Beber en exceso | 16. Reacciones impulsivas |
| 6. Intentos suicidas | 17. Pérdida de Control |
| 7. Compulsiones | 18. Explosiones temperamentales |
| 8. Fumar | 19. Fobias, miedos o temores |
| 9. <u>Aislamiento</u> | 20. Conducta agresiva |
| 10. Tics nerviosos | 21. Llorar |
| 11. No conserva el trabajo | 22. Otros |

- b) Indique si existe algún talento o habilidad del cual se sienta orgulloso-a **Creo que no canto mal, escribo lindos textos, soy creativa haciendo arte de algun tipo, vailo lindo (esto me cuesta reconocer)**

- c) ¿Qué le gustaría hacer más? **Más cosas de riesgo**
 ¿Qué le gustaría hacer menos? **Preguntarme tantas cosas**
 ¿Qué le gustaría comenzar a hacer? **Correr el riesgo a cada momento,**

pantomima acrobacia

- ¿Qué le gustaría dejar de hacer? **Ser tan complicada**
 d) ¿Constantemente se encuentra Usted haciendo listas de cosas o actividades insignificantes? _____ Si es así diga ¿ Cuáles son?

- e) ¿Practica alguna actividad relajante con regularidad? **Si**
 Si es así, ¿Cuál? **Yoga, me doy masajitos, Escribir, leer, escuchar musiquita**

V. SENTIMIENTOS

Subraye cualquiera de los sentimientos que se apliquen frecuentemente a Usted.

- | | | |
|---------------------|--------------------|--------------|
| 1. Enojado | 5. Temeroso | 9. Aburrido |
| 2. Fastidiado | 6. Aterrorizado | 10. Contento |
| 3. Deprimido | 7. Feliz | 11. Excitado |
| 4. Ansioso | 8. Infeliz | 12. Otros: |

- a) Enliste sus cinco miedos principales:

1. **Miedo al fracaso** 2. **Miedo a caerme**
 3. **Miedo al mar** 4. **Miedo a las bicicletas**
 5. **Miedo a mi misma mi maldad**

- b) ¿Qué sentimientos le gustaría experimentar más a menudo? **Mucha felicidad, paciencia, Seguridad, amor a mi misma**

¿Qué sentimientos le gustaría experimentar menos a menudo? **Rechazo a mi misma, miedo, nostalgia, ansiedad, nervios**

- c) ¿Qué sentimientos positivos ha experimentado recientemente? **Cierto optimismo**

¿Qué sentimientos negativos ha experimentado recientemente? **En ocasiones de que no tengo un motivo fuerte para continuar**

d) ¿Cuándo es más probable que pierda el control de sus sentimientos? **Cuando no me escucho a mi misma y la corriente me lleva**

e) Describa cualquier situación que lo haga sentir en calma o relajado **Escuchar agua, un abrazo fuerte, tirarme al pasto y ver el cielo, la lluvia, hacer mascararas**

- f) Por favor complete las siguientes frases:

- Si pudiera decir como me siento ahora, diría que: **Un poco inquieta y ansiosa, confundida**

- Una de las cosas por las que me siento orgulloso –a es **Mi familia mi fortaleza y que he hecho lo que he querido**

- Una de las cosas por las que me siento culpable es **Por no quererme como antes**

- Me siento de lo más feliz cuando: **Cuando estoy rodeada de gente que me quiere y a la que quiero, cuando viajo, cuando estoy bailando**

- Una de las cosas que más triste me pone es **Enojarme con migo misma y no serme suficiente**

- Si no tuviera miedo de ser yo mismo-a yo **Haría y desharía, sería un gigante**
- Me enojo muchísimo cuando **No sigo mis instintos, cuando me rasguó con mis propios dientes y cuando la gente abusa de tu confianza**

VI. SENSACIONES FÍSICAS

a) Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que se apliquen a usted.

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. Mareo | 2. Dolores de Cabeza |
| 3. Palpitaciones | 4. Espasmos Musculares |
| 5. Tensión Muscular | 6. Breves Desmayos |
| 7. Escuchar cosas | 8. Ojos llorosos |
| 9. Ruborización | 10. Problemas de la piel |
| 11. Boca seca | 12. Incapaz de relajarse |
| <u>13. Problemas Intestinales</u> | 14. Hormigueo |
| 15. Entumecimiento | 16. Malestar estomacal |
| 17. Tics | 18. Fatiga |
| 19. Dolor de espalda | 20. Temblores |
| 21. Dolores de Pecho | 22. Disgusto al ser tocado |
| 23. Pérdida de la conciencia | 24. Sudoración excesiva |
| 25. Problemas visuales | 26. Problemas de audición |
| 27 Activado o con energía | 28. relajado |
| 29. Descansado | 30. Otras |

b) Historia menstrual

Edad al primer período **11 Años** ¿Tuvo información o fue un choque emocional para usted?

No tuve información pero no fue un choque

¿Es usted regular? **No** fecha del último período **2 años y medio** duración **6 días** ¿Padece de malestares? **Si** ¿Cuáles? **Inflamación**

¿Sus períodos afectan su estado de ánimo? **Si** si es así, explique **Me ponen medio nostálgica**

c) ¿Que sensaciones físicas son especialmente placenteras? **Abrazos, Besos, correr muy rápido, agitar mi cuerpo, agua sobre mi, el calorcito del sol**

¿Cuáles displacenteras? **El dolor en articulaciones o en alguna otra**

c) describa cómo manifiesta

	Conductual	Corporal
-enojo	<u>Grito</u>	<u>Gestos, tensión</u>
-alegría	<u>Hablo mucho</u>	<u>Relajo mi cuerpo lo amplio</u>
-tristeza	<u>Me aislo</u>	<u>Me empequeñezco</u>
-ansiedad	<u>Me vuelvo torpe</u>	<u>No se a donde ir, vagabundeo</u>

VII. IMÁGENES (pueden ser sueños)

a) Subraye cualquiera de las siguientes escenas que se apliquen a Ud.

1. Imágenes sexuales placenteras
2. Imágenes de infancia infeliz
3. Imágenes de desesperanza
4. Imágenes agresivas
5. Imágenes de ser lastimado

6. Imágenes no enfrentando problemas
7. **Imágenes de aliento exitoso**
8. Imágenes sexuales displacenteras
9. Imágenes de soledad
10. Imágenes de seducción
11. **Imágenes de ser amado**
12. Imágenes hiriendo a otros
13. Imágenes que va cayendo
14. Imágenes de que es atrapado
15. Imágenes en que se burlan de uno
16. Imágenes perdiendo el control
17. Imágenes de ser perseguido
18. Imágenes en que hablan de uno
19. Imágenes en que tiene relaciones con diversas personas del sexo opuesto
20. Otras. **Imágenes de yo teniendo un bebe**

¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia? **De mi bailando**

Describe la imagen o fantasía más placentera **Bailando hermoso con mucha alegría y amaneceres rojos**

Describe una imagen de estar totalmente a salvo y seguro **En un río, en la orilla**

Describe los sueños más frecuentes **No recuerdo**

b) ¿Qué tan frecuentemente tiene pesadillas? **Tampoco**

Descríbalas

c) ¿Qué tan frecuentemente se sorprende soñando despierto? **Casi siempre**

¿En qué? **En que viajo a otros lugares, en que la magia y mundo fantástico y de amor**

VIII. PENSAMIENTOS

a) Subraye cualquiera de los siguientes pensamientos que se apliquen a usted.

Ae : 1. Soy un don nadie

Ae : 2. No valgo nada, sin utilidad

D : 1. La vida es vacía

D : 2. No hay nada que valga la pena

D : 3. La vida es un desperdicio

b) Subraye cada una de las palabras que utilice para describirse.

Ac1. **ambicioso**

Ac2. **ingenuo**

Ac3. **sin valor**

Ac4. **valioso**

Ac5. **perseverante**

Ai6. poco atractivo (imagen corporal)

Ac7. lleno de penas

Ac8. no puedo hacer nada bien

Ac9. malo

Ac10. leal

D11. desesperanzado

O12. culpable

Ac13. **confuso**

Ac14. **optimista**

Ac15. considerado

O16. **celoso**

O17. sin amor

Ac18. **bueno para el trabajo**

AI19. atractivo

O20. **conflictuado**

Ac21. con problemas de memoria

AC22. **confiable**

- O23. envidioso
 Ai. 25 feo (imagen corporal)
 Ac27. **loco**
decisiones
 Ac 29. **inútil**
 O31. con pensamientos horribles
 Ac33. degenerado
 Ac35. con problemas de concentración
 Ac37. estúpido
 Ac39. incompetente
 Ac41. desviado
- Ac24. ideas suicidas
 Ac26. **inteligente**
 Ac28. **con problemas para tomar**
 Ac30. **con buen sentido del humor**
 Ac32. **honesto**
 Ac34. **sensible**
 Ac36. seguro
 Ac38. indeseable
 Ac40. inadecuado
 Ac42. cometo muchos errores

c) ¿Cuál considera ser su idea más irracional, absurda o loca? **Ser de otro planeta o ser un color navegando por el aire y meterme en las personas para hacerlas feliz**

d) ¿Existen pensamientos que lo molestan una y otra vez? Si es así, por favor descríbalos

Ser tan exigente con migo misma y compararme

e) Encierre en un círculo el número que más refleje su manera de pensar, de acuerdo a la siguiente escala

1. Total desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Neutral
4. Acuerdo
5. Total acuerdo

-No debo proporcionar información personal	1	2	<u>3</u>	4	5
-Soy víctima de las circunstancias	<u>1</u>	2	3	4	5
-Mi vida está controlada por fuerzas externas	<u>1</u>	2	3	4	5
-No merezco ser feliz	<u>1</u>	2	3	4	5
-Es mi responsabilidad hacer feliz a otros	1	2	<u>3</u>	4	5

EXPECTATIVAS:

En pocas palabras, ¿qué piensa usted que es una terapia psicológica? **Que te digan que tienes problemas que no tienes y te lo creas; que los acuerdos que ser hagan sean solo mentales y no pasen a lo real y a la acción**

¿Qué espera de la terapia psicológica? **Que solo te escuchen y te den un mapa d lo que estas diciendo y que te muestren las posibilidades del camino**

¿Cómo considera que un Psicólogo debería actuar con sus pacientes? **Atento, muy respetuoso, honesto, objetivo, y que separe su vida personal y sus preferencias**

¿Qué tiempo cree que debería durar una terapia psicológica? **No se**

¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debería poseer? **Paciente con carácter, seguro de lo que hace, con mucha seguridad, intuición, con pasión en su trabajo**

a) Complete las siguientes frases:

- Soy una persona que Lucha por lo que quiere
- Toda mi vida ha sido de transformaciones
- Desde que yo era niño-a Era un poco nostálgica pero con muchas ganas
- Es difícil para mí admitir que La sencillez de la vida
- Una de las cosas que no puedo perdonar es La traición a la verdad, las mentiras
- Una ventaja de tener problemas es que te haces más fuerte al solucionarlos

Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es Ser más sencilla y no clavarme

IX. RELACIONES INTERPERSONALES

1. Familia de origen

a) Si Ud. No se crió con sus padres, ¿con quién lo hizo? Padres

b) ¿desde qué edad? Siempre ¿cuánto tiempo? Hasta ahora

Dé una descripción de la personalidad de su padre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente) Siempre ha sido mi papá un tanto estricto en mi educación porque quiere que sea una chingona, pero siempre me ha cuidado lindo, al pendiente y aunque no sepa como me expresa mucho amor y ahora me quiere más que nunca

c) Dé una descripción de la personalidad de su madre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente) d 1)

¿Cuándo era niño le tocó cuidar a sus hermanos? No

¿desde qué edad? No

d 2) ¿Cuándo era niño le tocó trabajar? No

d 3) ¿Cuándo era niño le tocó realizar el quehacer del hogar? No

¿desde qué edad? no

d 4) Cuando era niño ¿en qué forma fue disciplinado o castigado? Muy de vez en vez me manoteaban o no me dejaban ver televisión

¿por quién? Por ambos sobre todo mi mamá

e) Dé una impresión de la atmósfera de su hogar (p.e. el hogar en el que creció).

Mencione la compatibilidad entre sus padres y entre los hijos Tengo dos medios hermanos una mujer y un hombre, el hombre de mi papá y la mujer de mi mamá y tengo un hermano entero cuando mi medio hermano llegó a casa la relación familiar se deshizo, sobretodo mi mamá y mi media hermana se pusieron en contra de mi hermano, mi papá no sabía de que lado ponerse, mi medio hermano es una persona manipuladora y rebelde

f) ¿Fue capaz de confiar en sus padres? Si mucho más ahora

g) ¿Sus padres lo comprendieron? Si un poco más ahora

h) ¿Básicamente siente amor y respeto por sus padres? Claro

i) *Si tiene padrastro o madrastra, dé edad de Ud. Cuando alguno de sus padres se volvió a casar* No

j) ¿ Existe alguien que haya interferido en sus patrimonio, ocupación etc. (padres, parientes, amigos)? No

k) ¿Quién es la persona más importante en su vida? **Mis papás y el amor de mi vida ahh y mi hermanito**

2. Amistades

a) ¿hace amigos fácilmente? **Si**, ¿conserva la amistad? **Antes no ahora si**

b) ¿Fue usted severamente importunado o fastidiado? **Si**

¿Cuándo u en qué circunstancias? **Cuando tenia como diez años por mi 1/2 hermano, no me violó pero si me toqueteo**

c) Describa cualquier relación que le proporcione:

- Alegría

Con mi hermano de amistad, por supuesto amorosa

- Molestia **Relaciones de desconfianza, de mentiras**

d) evalúe el grado de comodidad en que generalmente se siente en situaciones sociales (Subraye alguno de los términos siguientes)

1. Muy relajado

2. Relativamente comfortable

3. Relativamente incómodo

4. Muy ansioso

e) ¿Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones, deseos a otros en forma directa y

adecuada? **A veces lo que pasas es que cuando logro ser yo sin pedos, no me molesta decir lo que siento, pero cuando meda miedo y me juzgo, me asusta decir la verdad**

Indique aquellas personas o situaciones con las que tenga problemas de relación **Con personas superficiales egocéntricas y vanidosas**

f) ¿Tuvo muchas citas durante su adolescencia? **Si**

g) ¿ Tiene uno o más amigos (as) con quien se sienta cómodo (a) compartiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos? **si**

3. Matrimonio o relaciones de pareja

a) ¿Cuánto tiempo tenía de conocer a su pareja antes de que se casaran o estuvieran juntos?

b) ¿Hace cuanto que están juntos?

c) ¿Qué edad tiene su pareja?

d) ¿Cuál es la ocupación de su pareja?

e) Describa la personalidad de su pareja

f) Señale en qué áreas se lleva bien con su pareja, para ello encierre en un círculo el número que mejor describa el grado de incompatibilidad o compatibilidad que experimenta en este momento con su pareja, de acuerdo a la siguiente escala:

1. incompatible
2. poco compatible
3. regularmente compatible
4. compatible
5. Muy compatible

A) RESPONSABILIDADES HOGAREÑAS	1	2	3	4	5	
B) CRIANZA DE LOS NIÑOS	1	2	3	4	5	
C) ACTIVIDADES SOCIALES			1	2	3	4
	5					
D) DINERO	1	2	3	4	5	
E) COMUNICACIÓN	1	2	3	4	5	
F) SEXO	1	2	3	4	5	
G) PROGRESO ACADÉMICO U OCUPACIONAL			1	2	3	4
	5					
H) INDEPENDENCIA PERSONAL			1	2	3	4
	5					
I) INDEPENDENCIA DE LA PAREJA			1	2	3	4
	5					
J) FELICIDAD GENERAL			1	2	3	4
	5					

¿Qué tal se lleva con sus parientes políticos y qué opina de ellos? **No me llevo mal pero nunca ha sido muy buena**

g) ¿Existe alguna información relevante en relación a abortos o pérdidas de seres queridos?

_____, si es así indique cuál

¿Qué edad tenía usted en el momento de la pérdida?

1. Relaciones sexuales

a) Describa la actitud de cada uno de sus padres ante el sexo:

PADRE **Conservador, no le guata exponerlo**

MADRE **Muy, muy cuidadosa**

¿Se discutía sobre sexo en su hogar? **No**

¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo? **Por intuición**

¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de sus impulsos sexuales? **Cuando te gusta el niño y se te antoja estar a su lado**

b) ¿Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación al sexo? **Si**

o ¿en relación a la masturbación? **Antes lo hacia ahora ya no puedo**

si es así, por favor explíquelo **No se si sea por rechazo a mi cuerpo.**

¿Existen detalles relevantes en relación a su primera o subsecuentes experiencias sexuales? **Rechazo o dificultad al principio**

Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier reacción o relación homosexual

Una vez con una mujer

c) Por favor anote cualquier preocupación sexual no contemplada hasta ahora

2. Otras relaciones

a) ¿Existe algún tipo de problema con las personas de su trabajo?

Si es así, por favor descríballo

b) Complete las siguientes frases

- Una de las formas en la que la gente me lastima es **Mintiendome, no ser amoroso, siendo volubles**

- Puedo fastidiar a alguien a través de **Mi rechazo a veces, de mi carácter a veces fuerte o mi honestidad**

- Una madre debería **Ser amorosa, dar libertad comunicar sus experiencias ser muy fuerte, ser muy tolerante y de buen humor, no sumisa**

- Un padre debería **Lo mismo pero no machista**

- Un verdadero amigo debería **ser honesto, compartido no celoso**

c) Proporcione una breve descripción de Ud. Según sería descrito por:

Su pareja **Es muy fuerte amorosa calida, un poco enojona, vegetariana, coqueta, hermosa**

Su mejor amigo (a) **Sensible, creativa, leal, sabe escuchar, optimista**

Alguien que no lo quiera a Ud. **Alguien creativo pero que le gusta mandar, hablar de la gente sobre todo que es hermosa**

d) ¿Actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o pérdida de afecto? Si es así,

explíquelo **si de mi ex que vive en brasil, porque dice que me la vivo enamorada y enamorando**

X. FACTORES BIOLÓGICOS

¿Tiene alguna preocupación acerca de su salud?. Por favor explíquelo **Si de menstruación, tengo 2 1/2 años sin menstruar**

a) Por favor enliste las medicinas que actualmente ingiere, o ha tomado durante los últimos 6 meses, ya sea prescritas o no por su médico

¿Come en forma balanceada? **Si pero más verduras**

b) ¿Qué clase de pasatiempos o actividades recreativas practica? **Leer, ir al cine, caminar, ir a museos, hacer colages con imágenes y fotos**

¿Practica alguna actividad relajante? **Yoguita**

¿Realiza regularmente ejercicio físico? **Si** Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? **Danza, Corro, etc**

¿Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para descansar? Si es así ¿cuántas veces al día y con qué duración? **No casi nunca, o muy de vez**

¿Tiene dificultades para disfrutar de los fines de semana? Si es así, explique por favor **A veces porque tengo tanto que quiero hacer que me cuesta decidir**

c) ¿Cuántas horas de sueño tiene? **4 a lo mucho**

d) Elija cualquiera e las situaciones que se apliques a Ud.. tachando en la columna correspondiente:

	nunca	Raras veces	frecuentemente	Muy a menudo
1. marihuana				
2. tranquilizantes				
3. sedantes				
4. aspirina				
5. cocaína				
6. analgésicos				
7. alcohol				
8. café				
9. cigarros				
10. narcóticos				
11. estimulantes				
12. alucinógenos				
13. diarrea				
14. constipación				
15. alergias				
16. presión alta				
17. presión baja			X	
18. problemas cardiacos				
19. náuseas				
20. vómitos				
21. dolores de cabeza				
22. dolores de espalda				
23. no poderse dormir			X	
24. despertarse temprano			X	
25. despertar durante la noche				
26. problemas de piel				
27. poco apetito				

28. comer en exceso				
29. comer porquerías				

e) Subraye cualquier situación que se aplique a los miembros de su familia, **ESPECIFIQUE CON UNA P SI ES POR LA LINEA PATERNA, Y CON UNA M SI ES MATERNA.**

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. Problemas de tiroides | 8. problemas gastrointestinales |
| 2. problemas renales | 9. alcoholismo |
| 3. asma | 10. problemas de próstata |
| 4. enfermedades neurológicas | 11. glaucoma |
| 5. diabetes | 12. epilepsia |
| 6. cáncer | 13. dolor de cabeza |
| 7. problemas de presión | 14. otros: |

_____ alta o baja

f) ¿Alguna vez ha perdido la conciencia o cosa similar? Si es así, dé detalles

g) Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente (dé motivos y fechas)

h) Por favor describa cualquier accidente que haya sufrido

i) Por favor describa sus recuerdos y experiencias más significativas dentro de las siguientes edades:

0 - 5 **En el Zinder siempre nos pegaban a mi y a un amigo, nos defendíamos el uno al otro**

6 - 10 **Me gustaba disfrazar a mi hermanito de mujer y yo de hombre y cantábamos norteñas y bailábamos**

11 - 15 **Paso lo de mi 1/2 hermano que me toqueteo y fue a los 14 mi primera relación sexual**

16 - 20 **Muchas trasformaciones en mi persona, descubrí el arte y la pues me interesaron las cuestiones energéticas y chamanicas hice un viaje importante a Ecuador**

HISTORIA CLÍNICA MULTIMODAL

FECHA: _____.

Núm. Expediente: _____.

I.- DATOS GENERALES:

1.- Nombre: **L.**

2.- Dirección:

Delegación: _____ . C.P. _____.

3.- Teléfono: (por el día) _____ (por la tarde) _____

4.- Edad: _____ 5.- Ocupación: _____

6.- Sexo: _____ 7.- Por quién fue referido:

8.- Estado civil (encierre en un círculo):

- a) **Soltero** – a b) Separado – a c) Comprometido – a
d) Viudo – a e) Divorciado – a f) Casado – a
g) Unión Libre h) Se ha vuelto a casar? _____ ¿Cuántas veces?

9.- Tipo de Vivienda:

a) Adecuada (Número de habitantes y servicios) SI (X) NO ()

b) ¿Quiénes la habitan? **Mi mami, mi hermana menor y mi hijo**

II.- DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS PRESENTES:

a) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas:
Problemas de alimentación desde la preparatoria hasta la actualidad, Problemas de concentración todo el tiempo

b) Por favor, estime la severidad de su (s) problema (s) con base en la escala siguiente, tachando el número que más se ajuste.

- 1.- Levemente inquietante 2.- Moderadamente severo
3.- Muy severo 4.- Extremadamente severo
5.- Totalmente incapacitante

c) ¿Cuándo empezaron sus problemas? (de fechas si es posible)

Desde niña

d) ¿ A qué atribuye sus problemas? **Mamá trabajaba mucho y no tenía tiempo de cuidarme o enseñarnos lo bueno o lo malo**

e) Por favor describa algunos eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas **Cuando entre a la prepa, deje de comer por un tiempo porque me sentía muy gorda para danza, también deserte de la escuela cuando no me dieron la carrera que quería**

f) Indique de qué manera ha intentado resolver sus problemas señalando los resultados obtenidos

Hasta ahora no he intentado resolverlos

g) ¿Ha estado en terapia alguna vez o ha recibido alguna ayuda profesional para sus problemas? Si es así, por favor dé nombre, profesión, tratamiento y resultados: **No nunca**

III. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

a) Fecha de Nacimiento: **28 de septiembre del 78**

b) Lugar de Nacimiento: **Distrito Federal**

c) Hermanos: Número de hermanos: **1**. Edades: **24**
Número de hermanas: **1**. Edades: **22**

d) Padre: ¿Vive? **Si**, si es así su edad es: **48**

Ocupación es: **Ingeniero quimico**

Su salud es: **buena**

¿Murió? _____, si es así dé la edad de él al morir _____ ¿qué edad tenía usted cuando su padre murió?

e) Madre: ¿Vive? **Si**, si es así su edad es: **43**

Ocupación es: **Comerciante**

Su salud es: **Comerciante**

¿Murió? _____, si es así dé la edad de él al morir _____ ¿qué edad tenía usted cuando su padre murió?

f) Religión cuándo era niño **Católica** de adulto **Creyente**

Creyente/Practicante

g) Educación : ¿Cuál es su último grado escolar? **Preparatoria y la universidad trunca**

Indique sus fuertes y debilidades académicas: **Odio las mates y la química y me gusta la psicología, historia, sociología y filosofía**

h) Antecedentes: subraye los términos que se apliquen a usted durante su infancia.

1) Infancia feliz

2) Mojar la cama

3) problemas emocionales y de conducta

4) problemas escolares

5) **problemas familiares**

6) Fuertes creencias religiosas

7) Problemas médicos

8) Abuso de Alcohol

9) **Infancia infeliz**

10) Tartamudez

11) Problemas legales

12) Abuso de drogas

13) Terrores nocturnos

14) Comerse las uñas

15) Chuparse el dedo

16) Temores o miedos

i) ¿Qué clase de trabajo realiza Ud.? **Vendo ropa de mujer en los tianguis**

¿Cuántas horas al día?) **Horas** ¿Qué clases de trabajo ha tenido anteriormente?

Ninguno

¿Está Ud. Satisfecho con su trabajo actual? **No** si contesta negativamente por favor explique **No porque ya me aburrí, llevo 5 años vendiendo desde que me Salí de la universidad**

¿Cuál es su ingreso quincenal? **Varía desde los \$8,00 a los \$ 1,200 aproximadamente**

¿Cuánto gasta a la quincena? **\$800**

¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? **Tener un negocio propio y lo tuve**

¿Cuáles son sus ambiciones presentes? **Terminar de estudiar la universidad y pues seguir trabajando**

ANÁLISIS MULTIMODAL

La siguiente sección está diseñada para ayudarlo a describir sus problemas actuales con mayor detalle. Esta sección está organizada en siete modalidades: Conducta, sentimientos, sensaciones físicas, imágenes, pensamientos, relaciones interpersonales y factores Biológicos.

IV. CONDUCTA:

b) Subraye cualquiera de las conductas que se apliquen a Ud.

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1. <u>Problemas del Comer</u> | 12. Problemas de sueño |
| 2. Tomar drogas | 13. Correr riesgos |
| 3. Vomitar | 14. Flojera |
| 4. Conductas extrañas | 15. Desidia |
| 5. <u>Beber en exceso</u> | 16. Reacciones impulsivas |
| 6. Intentos suicidas | 17. Pérdida de Control |
| 7. Compulsiones | 18. Explosiones temperamentales |
| 8. <u>Fumar</u> | 19. Fobias, miedos o temores |
| 9. Aislamiento | 20. Conducta agresiva |
| 10. Tics nerviosos | 21. <u>Llorar</u> |
| 11. No conserva el trabajo | 22. Otros |

b) Indique si existe algún talento o habilidad del cual se sienta orgulloso-a **La danza**

c) ¿Qué le gustaría hacer más? **Tener una licenciatura**

¿Qué le gustaría hacer menos? **No**

¿Qué le gustaría comenzar a hacer? **Ir a la universidad**

¿Qué le gustaría dejar de hacer? **Fumar y tomar pero no puedo**

d) ¿Constantemente se encuentra Usted haciendo listas de cosas o actividades insignificantes? **No** Si es así diga ¿ Cuáles son? _____

e) ¿Practica alguna actividad relajante con regularidad? **No**

Si es así, ¿Cuál?

V. SENTIMIENTOS

Subraye cualquiera de los sentimientos que se apliquen frecuentemente a Usted.

- | | | |
|---------------------|--------------------|--------------------|
| 5. Enojado | 5. <u>Temeroso</u> | 9. <u>Aburrido</u> |
| 6. Fastidiado | 6. Aterrorizado | 10. Contento |
| 7. <u>Deprimido</u> | 7. Feliz | 11. Excitado |
| 8. Ansioso | 8. Infeliz | 12. Otros: |

d) Enliste sus cinco miedos principales:

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. <u>Al fracaso</u> | 2. <u>A la vejez</u> |
| 3. <u>A la pobreza</u> | 4. <u>La muerte hermano hermana o sobrino</u> |
| 5. <u>A la muerte de mi mami</u> | |

b) ¿Qué sentimientos le gustaría experimentar más a menudo? Felicidad

¿Qué sentimientos le gustaría experimentar menos a menudo? Depresión

c) ¿Qué sentimientos positivos ha experimentado recientemente? Felicidad

¿Qué sentimientos negativos ha experimentado recientemente? Enojo con migo

misma

d) ¿Cuándo es más probable que pierda el control de sus sentimientos? Cuando estoy muy triste

e) Describa cualquier situación que lo haga sentir en calma o relajado A veces la danza, leer, estar con mi familia o amigos

f) Por favor complete las siguientes frases:

- Si pudiera decir como me siento ahora, diría que: A veces muy bien y a veces muy mal por lo regular es extremo

- Una de las cosas por las que me siento orgulloso –a es Tener una buena madre

- Una de las cosas por las que me siento culpable es Comer porquerías y estar gorda

- Me siento de lo más feliz cuando hago cosas que me gustan y que disfruto como leer y viajar con mis cuates

- Una de las cosas que más triste me pone es Mi cuerpo, lo odio

- Si no tuviera miedo de ser yo mismo-a yo No tengo miedo a ser yo misma

- Me enojo muchísimo cuando las cosas no salen como yo las planeo

VI. SENSACIONES FÍSICAS

d) Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que se apliquen a usted.

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. Mareo | 2. Dolores de Cabeza |
| 3. Palpitaciones | 4. Espasmos Musculares |
| 5. <u>Tensión Muscular</u> | 6. Breves Desmayos |
| 7. Escuchar cosas | 8. Ojos llorosos |
| 9. Ruborización | 10. Problemas de la piel |
| 11. Boca seca | 12. Incapaz de relajarse |
| 13. Problemas Intestinales | 14. Hormigueo |
| 15. Entumecimiento | 16. Malestar estomacal |
| 17. Tics | 18. <u>Fatiga</u> |
| 19. Dolor de espalda | 20. Temblores |

- 21. Dolores de Pecho
- 23. Pérdida de la conciencia
- 25. Problemas visuales
- 27 Activado o con energía
- 29. Descansado

- 22. Disgusto al ser tocado
- 24. Sudoración excesiva
- 26. Problemas de audición**
- 28. relajado
- 30. Otras

e) Historia menstrual

Edad al primer período **12 años** ¿Tuvo información o fue un choque emocional para usted? **En la escuela me enseñaron todo fue normal**

¿Es usted regular? **No** fecha del último período **Junio 19**

Duración **4 días** ¿Padece de malestares? **Si** ¿Cuáles? **Cólicos**

¿Sus períodos afectan su estado de ánimo? **Si**

si es así, explique **Si soy muy sensible, demasiado en esos días**

c) ¿Que sensaciones físicas son especialmente placenteras? **Comer, bailar, beber**

¿Cuáles displacenteras? **llorar**

f) describa cómo manifiesta

	Conductual	Corporal
-enojo	<u>Indiferencia</u>	<u>Ausencia</u>
-alegría	<u>Platicando</u>	<u>sonriendo</u>
-tristeza	<u>desanimada</u>	<u>Llanto</u>
-ansiedad	<u>Acelerada</u>	<u>Morderme los labios</u>

VII. IMÁGENES (pueden ser sueños)

a) Subraye cualquiera de las siguientes escenas que se apliquen a Ud.

1. Imágenes sexuales placenteras
- 2. Imágenes de infancia infeliz**
3. Imágenes de desesperanza
4. Imágenes agresivas
- 5. Imágenes de ser lastimado**
6. Imágenes no enfrentando problemas
7. Imágenes de aliento exitoso
8. Imágenes sexuales displacenteras
9. Imágenes de soledad
10. Imágenes de seducción
11. Imágenes de ser amado
12. Imágenes hiriendo a otros
13. Imágenes que va cayendo
14. Imágenes de que es atrapado
15. Imágenes en que se burlan de uno
16. Imágenes perdiendo el control
- 17. Imágenes de ser perseguido**
18. Imágenes en que hablan de uno
19. Imágenes en que tiene relaciones con diversas personas del sexo opuesto
20. Otras.

¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia? **Lugares fuera de la ciudad**

Describe la imagen o fantasía más placentera **Viajar por todo el mundo**
 Describe una imagen de estar totalmente a salvo y seguro **Con mi familia unida y vivir en provincia**
 Describe los sueños más frecuentes **Casi no recuerdo lo que sueño**
 b) ¿Qué tan frecuentemente tiene pesadillas? **1 o dos veces al año**
 Descríbalas **Estar rodeado de víboras a las cuales les tengo fobias**
 c) ¿Qué tan frecuentemente se sorprende soñando despierto? **Casi no me pasa**
 ¿En qué?

VIII. PENSAMIENTOS

f) Subraye cualquiera de los siguientes pensamientos que se apliquen a usted.

Ae : 1. Soy un don nadie

Ae : 2. **No valgo nada, sin utilidad**

D : 1. La vida es vacía

D : 2. No hay nada que valga la pena

D : 3. La vida es un desperdicio

g) Subraye cada una de las palabras que utilice para describirse.

Ac1. **ambicioso**

Ac2. **ingenuo**

Ac3. sin valor

Ac4. **valioso**

Ac5. perseverante

Ai6. poco atractivo (imagen corporal)

Ac7. lleno de penas

Ac8. no puedo hacer nada bien

Ac9. malo

Ac10. **leal**

D11. desesperanzado

O12. culpable

Ac13. confuso

Ac14. optimista

Ac15. considerado

O16. celoso

O17. sin amor

Ac18. **bueno para el trabajo**

AI19. atractivo

O20. conflictuado

Ac21. **con problemas de memoria**

AC22. **confiable**

O23. envidioso

Ac24. ideas suicidas

Ai. 25 feo (imagen corporal)

Ac26. inteligente

Ac27. loco

Ac28. con problemas para tomar

decisiones

Ac 29. inútil

Ac30. con buen sentido del humor

O31. con pensamientos horribles

Ac32. **honesto**

Ac33. degenerado

Ac34. **sensible**

Ac35. **con problemas de concentración**

Ac36. seguro

Ac37. estúpido

Ac38. indeseable

Ac39. incompetente

Ac40. inadecuado

Ac41. desviado

Ac42. cometo muchos errores

h) ¿Cuál considera ser su idea más irracional, absurda o loca? **Viajar todo el tiempo**

- i) ¿Existen pensamientos que lo molestan una y otra vez? Si es así, por favor descríbalos **No**
- j) Encierre en un círculo el número que más refleje su manera de pensar, de acuerdo a la siguiente escala

1. Total desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Neutral
4. Acuerdo
5. Total acuerdo

-No debo proporcionar información personal	1	2	<u>3</u>	4	5
-Soy víctima de las circunstancias	1	2	3	<u>4</u>	5
-Mi vida está controlada por fuerzas externas	1	<u>2</u>	3	4	5
-No merezco ser feliz	1	<u>2</u>	3	4	5
-Es mi responsabilidad hacer feliz a otros	1	<u>2</u>	3	4	5

Expectativas:

En pocas palabras, ¿qué piensa usted que es una terapia psicológica? **Ayuda a la gente a superar sus traumas y problemas**

¿Qué espera de la terapia psicológica? **No lo se por que nunca he estado en una, pero supongo que se debe ayudar a hacer lo que uno quiere**

¿Cómo considera que un Psicólogo debería actuar con sus pacientes? **No se**

¿Qué tiempo cree que debería durar una terapia psicológica? **Dos meses aproximadamente depende de el problema del paciente**

¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debería poseer? **estabilidad emocional paciencia y discreción**

a) Complete las siguientes frases:

- Soy una persona que **Le teme a muchas cosas**
- Toda mi vida **He querido hacer lo que màs me gusta estar con mi familia**
- Desde que yo era niño-a **he querido ser otra persona**
- Es difícil para mí admitir que **soy una persona hermosa por dentro y por fuera**
- Una de las cosas que no puedo perdonar es **La mentira**
- Una ventaja de tener problemas es **Saber resolverlos y aprender de ellos**
- Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es **Hacer conciencia de mis errores y enmendarlos pero no acepto**

IX. RELACIONES INTERPERSONALES

1. Familia de origen

e) Si Ud. No se crió con sus padres, ¿con quién lo hizo? **No aplica**

_____ ¿desde qué edad? _____ ¿cuánto tiempo?

Dé una descripción de la personalidad de su padre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente) **Mi padre nunca ha estado con nosotros**

Dé una descripción de la personalidad de su madre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente) **Trabajadora, honesta, fuerte, credula**

d 1) ¿Cuándo era niño le tocó cuidar a sus hermanos? **si**

¿ desde qué edad? **Desde los cuatro años**

d 2) ¿Cuándo era niño le tocó trabajar? **No**

d 3) ¿Cuándo era niño le tocó realizar el quehacer del hogar? **A veces**

¿desde qué edad? **Desde que entre a la secundaria 11 años**

aproximadamente

d 4) Cuando era niño ¿en qué forma fue disciplinado o castigado? **No me dejaban salir a ningun lado**

¿por quién? **Por mi padrastro**

e) Dé una impresión de la atmósfera de su hogar (p.e. el hogar en el que creció).

Mencione la compatibilidad entre sus padres y entre los hijos **Mamá divorciada de carácter fuerte difícil de sobrellevar, buena madre aunque no me llevo muy bien con ella la adoro**

f) ¿Fue capaz de confiar en sus padres? **No casi no**

g) ¿Sus padres lo comprendieron? **A veces**

h) ¿Básicamente siente amor y respeto por sus padres? **Si totalmente**

i) *Si tiene padrastro o madrastra, dé edad de Ud. Cuando alguno de sus padres se volvió a casar 18 años*

j) ¿ Existe alguien que haya interferido en sus patrimonio, ocupación etc. (padres, parientes, amigos)? **No**

k) ¿ Quién es la persona más importante en su vida? **Mi madre, mis dos hermanos y**

mi sobrino

2. Amistades

a) ¿hace amigos fácilmente? **Si** ¿conserva la amistad? **Si**

b) ¿Fue usted severamente importunado o fastidiado? **No**

¿Cuándo u en qué circunstancias? **No aplica**

c) Describa cualquier relación que le proporcione:

- Alegría **Hacer lo que me gusta**

- Molestia **Que me presionen para hacer algo**

d) evalúe el grado de comodidad en que generalmente se siente en situaciones sociales (Subraye alguno de los términos siguientes)

6. Muy relajado

7. **Relativamente confortable**

8. Relativamente incómodo

9. Muy ansioso

e) ¿ Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones, deseos a otros en forma directa y

adecuada? **Por lo general si**

Indique aquellas personas o situaciones con las que tenga problemas de relación **Con mi padrastro y con mi ex novio**

f) ¿Tuvo muchas citas durante su adolescencia? **Si**

g) ¿Tiene uno o más amigos (as) con quien se sienta cómodo (a) compartiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos? **Si**

3. Matrimonio o relaciones de pareja

h) ¿Cuánto tiempo tenía de conocer a su pareja antes de que se casaran o estuvieran juntos?

No se aplica

i) ¿Hace cuanto que están juntos?

j) ¿Qué edad tiene su pareja?

k) ¿Cuál es la ocupación de su pareja?

l) Describa la personalidad de su pareja

m) Señale en qué áreas se lleva bien con su pareja, para ello encierre en un círculo el número que mejor describa el grado de incompatibilidad o compatibilidad que experimenta en este momento con su pareja, de acuerdo a la siguiente escala:

- 10. incompatible
- 11. poco compatible
- 12. regularmente compatible
- 13. compatible
- 14. Muy compatible

A) RESPONSABILIDADES HOGAREÑAS	1	2	3	4	5		
B) CRIANZA DE LOS NIÑOS	1	2	3	4	5		
C) ACTIVIDADES SOCIALES			1	2	3	4	5
D) DINERO	1	2	3	4	5		
E) COMUNICACIÓN	1	2	3	4	5		
F) SEXO	1	2	3	4	5		
G) PROGRESO ACADÉMICO U OCUPACIONAL			1	2	3	4	5
H) INDEPENDENCIA PERSONAL			1	2	3	4	5
I) INDEPENDENCIA DE LA PAREJA			1	2	3	4	5
J) FELICIDAD GENERAL			1	2	3	4	5

¿Qué tal se lleva con sus parientes políticos y qué opina de ellos? **No los veo porque no vienen aquí por lo tanto no puedo opinar nada por que ni siquiera los conozco a todos**

n) ¿Existe alguna información relevante en relación a abortos o pérdidas de seres queridos?

No si es así indique cuál _____

¿Qué edad tenía usted en el momento de la pérdida?

30. Relaciones sexuales

a) Describa la actitud de cada uno de sus padres ante el sexo:

PADRE **No se aplica**

MADRE **Evasión, indiferencia, no se habla del tema simplemente**

¿Se discutía sobre sexo en su hogar? **No**

¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo? **En la primaria**

¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de sus impulsos sexuales? **En la secundaria**

e) ¿Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación al sexo? **Si**

o ¿en relación a la masturbación? **No**

si es así, por favor explíquelo

¿Existen detalles relevantes en relación a su primera o subsecuentes experiencias sexuales? **No**

Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier reacción o relación homosexual

No aplica

Por favor anote cualquier preocupación sexual no contemplada hasta ahora **Hasta ahora no tengo ninguna preocupación de ese tipo**

31. Otras relaciones

a) ¿Existe algún tipo de problema con las personas de su trabajo? **No**

Si es así, por favor descríbalo **No**

b) Complete las siguientes frases

- Una de las formas en la que la gente me lastima es **Mintiéndome**

- Puedo fastidiar a alguien a través de **No me gusta fastidiar a nadie , no me**

interesa, tengo problemas más grandes por los cuales ocuparme

- Una madre debería **Ser comprensiva todo el tiempo**

- Un padre debería **Tener confianza para con sus hijos**

- Un verdadero amigo debería **estar contigo siempre que lo necesites**

c) Proporcione una breve descripción de Ud. Según sería descrito por:

Su pareja **No tengo**

Su mejor amigo (a) **Sincera, honesta, alegre, trabajadora, en resumen una**

buena persona

Alguien que no lo quiera a Ud. **Presumida, odiosa, vanidosa, Frívola y superficial**

f) ¿Actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o pérdida de afecto? Si es así,

explíquelo **no me preocupa**

X. FACTORES BIOLÓGICOS

a. ¿Tiene alguna preocupación acerca de su salud?. Por favor explíquelo **No**

Por favor enliste las medicinas que actualmente ingiere, o ha tomado durante los últimos 6 meses, ya sea prescritas o no por su médico **Solo para la infección de la garganta pero no recuerdo su nombre**

¿Come en forma balanceada? **Más o menos**

a) ¿Qué clase de pasatiempos o actividades recreativas practica? **Danza y leer**

¿Practica alguna actividad relajante? **No**

¿Realiza regularmente ejercicio físico? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? **Si la danza casi diario**

¿Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para descansar? Si es así ¿cuántas veces al día y con qué duración? **Solo descanso las 8 horas de sueño, por lo regular en el día estoy totalmente ocupada**

¿Tiene dificultades para disfrutar de los fines de semana? Si es así, explique por **Si a veces porque trabajo sábados y domingos**

b) ¿Cuántas horas de sueño tiene? **8 Horas**

c) Elija cualquiera e las situaciones que se apliques a Ud.. tachando en la columna correspondiente:

	nunca	Raras veces	frecuentemente	Muy a menudo
1) . marihuana	X			
2. tranquilizantes	X			
32. sedantes	X			
33. aspirina		X		
34. cocaína	X			
35. analgésicos		X		
36. alcohol			X	
37. café	X			
38. cigarros			X	
39. narcóticos	X			
40. estimulantes	X			
41. alucinógenos	X			
42. diarrea			X	
43. constipación	X			
44. alergias	X			
45. presión alta				
46. presión baja			X	
47. problemas cardiacos	X			
48. náuseas	X			
49. vómitos	X			

50. dolores de cabeza	X			
51. dolores de espalda		X		
52. no poderse dormir	X			
53. despertarse temprano	X			
54. despertar durante la noche	X			
55. problemas de piel	X			
56. poco apetito		X		
57. comer en exceso		X		
58. comer porquerías			X	

d) Subraye cualquier situación que se aplique a los miembros de su familia, ESPECIFIQUE CON UNA **P** SI ES POR LA LINEA PATERNA, Y CON UNA **M** SI ES MATERNA.

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Problemas de tiroides | 8. problemas gastrointestinales |
| 2. problemas renales | 9. alcoholismo |
| 3. asma | 10. problemas de próstata |
| 4. enfermedades neurológicas | 11. glaucoma |
| 5. diabetes | 12. epilepsia |
| 6. cáncer | 13. dolor de cabeza |
| 7. <u>problemas de presión</u> | 14. otros: |

alta o baja

¿Alguna vez ha perdido la conciencia o cosa similar? Si es así, dé detalles **No**

Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente (dé motivos y fechas) **No**

Por favor describa cualquier accidente que haya sufrido **Ninguno**

e) Por favor describa sus recuerdos y experiencias más significativas dentro de las siguientes edades:

- 0 - 5 **Cuando mamá nos traía cosas (dulces , Juguetes, etc.) Llegando de trabajar**
6 - 10 **Los reyes magos eran algo muy significativo para mí, algo especial, mágico**
11 - 15 **Los chicos, los novios, las reuniones, los amigos**
16 - 20 **Conocí el jazz, el ballet, el contemporáneo marco mi vida pues es un sueño frustrado**
20 - 25 **Conocí a un chico mi único novio formal, estuve con el de los 19 años hasta los 25 hasta que descubrí que era un mentiroso**
26 - 30

HISTORIA CLÍNICA MULTIMODAL

FECHA: _____.

Núm. Expediente: _____.

I.- DATOS GENERALES:

1.- Nombre: **H.**

2.- Dirección:

_____.
Delegación: _____ C.P. _____.

3.- Teléfono: (por el día) _____ (por la tarde) _____

4.- Edad: **17 años** 5.- Ocupación: **Estudiante**

6.- Sexo: **Femenino** 7.- Por quién fue referido: _____.

8.- Estado civil (encierre en un círculo):

a) Soltero – a

b) Separado – a

c) Comprometido – a

d) Viudo – a

e) Divorciado – a

f) Casado – a

g) Unión Libre

h) Se ha vuelto a casar? _____ ¿Cuántas veces?

9.- Tipo de Vivienda:

a) Adecuada (Número de habitantes y servicios) SI (**X**) NO ()

b) ¿Quiénes la habitan? **Padre madre y 3 hijos**

II.- DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS PRESENTES:

a) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas:

Parece que todo es por mi inseguridad

b) Por favor, estime la severidad de su (s) problema (s) con base en la escala siguiente, tachando el número que más se ajuste.

1.- Levemente inquietante

2.- Moderadamente severo

3.- Muy severo

4.- Extremadamente severo

5.- Totalmente incapacitante

c) ¿Cuándo empezaron sus problemas? (de fechas si es posible)

Probablemente al comenzar la adolescencia

d) ¿A qué atribuye sus problemas? **No estoy segura**

e) Por favor describa algunos eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas **En la secundaria**

f) Indique de qué manera ha intentado resolver sus problemas señalando los resultados obtenidos

De ninguna manera

g) ¿Ha estado en terapia alguna vez o ha recibido alguna ayuda profesional para sus problemas? Si es así, por favor dé nombre, profesión, tratamiento y resultados: **Si con un psicólogo de nombre Marcelo y solo duró un mes porque deje de acudir**

III. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

j) ¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas?

¿Cuáles son sus ambiciones presentes?

ANÁLISIS MULTIMODAL

La siguiente sección está diseñada para ayudarlo a describir sus problemas actuales con mayor detalle. Esta sección está organizada en siete modalidades: Conducta, sentimientos, sensaciones físicas, imágenes, pensamientos, relaciones interpersonales y factores Biológicos.

IV. CONDUCTA:

c) Subraye cualquiera de las conductas que se apliquen a Ud.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. <u>Problemas del Comer</u> | 12. <u>Problemas de sueño</u> |
| 2. Tomar drogas | 13. Correr riesgos |
| 3. <u>Vomit</u> | 14. <u>Flojera</u> |
| 4. Conductas extrañas | 15. Desidia |
| 5. Beber en exceso | 16. <u>Reacciones impulsivas</u> |
| 6. Intentos suicidas | 17. <u>Pérdida de Control</u> |
| 7. <u>Compulsiones</u> | 18. Explosiones temperamentales |
| 8. <u>Fumar</u> | 19. <u>Fobias, miedos o temores</u> |
| 9. <u>Aislamiento</u> | 20. <u>Conducta agresiva</u> |
| 10. <u>Tics nerviosos</u> | 21. <u>Llorar</u> |
| 11. No conserva el trabajo | 22. Otros |

b) Indique si existe algún talento o habilidad del cual se sienta orgulloso-a **Baile y labor social / a la comunidad**

c) ¿Qué le gustaría hacer más? **Trabajar y estudiar**

¿Qué le gustaría hacer menos? **Llorar**

¿Qué le gustaría comenzar a hacer? **Independizarme**

¿Qué le gustaría dejar de hacer? **Ser dependiente**

d) ¿Constantemente se encuentra Usted haciendo listas de cosas o actividades insignificantes? **No** Si es así diga ¿ Cuáles son? _____

e) ¿Practica alguna actividad relajante con regularidad? **No**

Si es así, ¿Cuál? _____

V. SENTIMIENTOS

Subraye cualquiera de los sentimientos que se apliquen frecuentemente a Usted.

- | | | |
|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1. <u>Enojado</u> | 5. <u>Temeroso</u> | 9. <u>Aburrido</u> |
| 2. <u>Fastidiado</u> | 6. Aterrorizado | 10. <u>Contento</u> |
| 3. <u>Deprimido</u> | 7. <u>Feliz</u> | 11. Excitado |
| 4. <u>Ansioso</u> | 8. Infeliz | 12. Otros: |

f) Enliste sus cinco miedos principales:

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. <u>Soledad</u> | 2. <u>Desamor</u> |
| 3. <u>Fracaso</u> | 4. _____ |
| 5. <u>Muerte</u> | |

b) ¿Qué sentimientos le gustaría experimentar más a menudo? Cariño

¿Qué sentimientos le gustaría experimentar menos a menudo? Enojo y fastidio

c) ¿Qué sentimientos positivos ha experimentado recientemente? Amor de familia y pareja

¿Qué sentimientos negativos ha experimentado recientemente? Enojo contra mi

d) ¿Cuándo es más probable que pierda el control de sus sentimientos? Cuando tengo muchas cosas por hacer

e) Describa cualquier situación que lo haga sentir en calma o relajado En silencio

f) Por favor complete las siguientes frases:

- Si pudiera decir como me siento ahora, diría que: estoy tranquila
- Una de las cosas por las que me siento orgulloso –a es Mi labor en protección civil
- Una de las cosas por las que me siento culpable es Cuando le fallo a la gente que me quiere
- Me siento de lo más feliz cuando Nadie se enoja con migo
- Una de las cosas que más triste me pone es Los insultos de mi mamá
- Si no tuviera miedo de ser yo mismo-a yo Seria más segura
- Me enojo muchísimo cuando Me presiono

VI. SENSACIONES FÍSICAS

g) Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que se apliquen a usted.

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. <u>Mareo</u> | 2. <u>Dolores de Cabeza</u> |
| 3. Palpitaciones | 4. Espasmos Musculares |
| 5. <u>Tensión Muscular</u> | 6. Breves Desmayos |
| 7. Escuchar cosas | 8. <u>Ojos llorosos</u> |
| 9. Ruborización | 10. Problemas de la piel |
| 11. Boca seca | 12. <u>Incapaz de relajarse</u> |
| 13. <u>Problemas Intestinales</u> | 14. <u>Hormigueo</u> |
| 15. Entumecimiento | 16. <u>Malestar estomacal</u> |
| 17. <u>Tics</u> | 18. <u>Fatiga</u> |
| 19. Dolor de espalda | 20. <u>Temblores</u> |
| 21. <u>Dolores de Pecho</u> | 22. <u>Disgusto al ser tocado</u> |
| 23. Pérdida de la conciencia | 24. Sudoración excesiva |
| 25. <u>Problemas visuales</u> | 26. Problemas de audición |

27 **Activado o con energía**

29. Descansado

28. relajado

30. Otras

h) Historia menstrual

Edad al primer período **13 años** ¿Tuvo información o fue un choque emocional para usted? **Tuve información y no sufrí el choque emocional**

¿Es usted regular? **Si** fecha del último período _____

duración **5 días** ¿Padece de malestares? **Si** ¿Cuáles? **Cólicos en exceso**

¿Sus períodos afectan su estado de ánimo? **Si bastante**

si es así, explique **El dolor es intenso y me pone de mal humos además me deprime**

c) ¿Que sensaciones físicas son especialmente placenteras? **Las caricias, Besos y suspiros**

¿Cuáles displacenteras? **Golpes**

i) describa cómo manifiesta

	Conductual	Corporal
-enojo	<u>Arrogante</u>	<u>Golpes, grito</u>
-alegría	<u>Muy feliz</u>	<u>Besos caricias y abrazos</u>
-tristeza	<u>Me alejo o aisló</u>	<u>Llanto</u>
-ansiedad	_____	<u>Agresión a mi misma</u>

VII. IMÁGENES (pueden ser sueños)

d) Subraye cualquiera de las siguientes escenas que se apliquen a Ud.

1. **Imágenes sexuales placenteras**

2. Imágenes de infancia infeliz

3. **Imágenes de desesperanza**

4. **Imágenes agresivas**

5. **Imágenes de ser lastimado**

6. Imágenes no enfrentando problemas

7. Imágenes de aliento exitoso

8. Imágenes sexuales displacenteras

9. **Imágenes de soledad**

10. **Imágenes de seducción**

11. **Imágenes de ser amado**

12. Imágenes hiriendo a otros

13. Imágenes que va cayendo

14. **Imágenes de que es atrapado**

15. **Imágenes en que se burlan de uno**

16. Imágenes perdiendo el control

17. **Imágenes de ser perseguido**

18. **Imágenes en que hablan de uno**

19. Imágenes en que tiene relaciones con diversas personas del sexo opuesto

20. Otras. **Que muere mi familia**

¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia? **Con una familia y haber logrado mis metas**

Describe la imagen o fantasía más placentera **Con una pareja y una hija en brazos**

Describe una imagen de estar totalmente a salvo y seguro **Con mi novio**

Describe los sueños más frecuentes **Que un conocido es lastimado o incluso que yo soy agredida**

e) ¿Qué tan frecuentemente tiene pesadillas? **Frecuentemente**

Describalas **Muertes, agresiones, caída de cabello y dientes**

f) ¿Qué tan frecuentemente se sorprende soñando despierto? **Rara vez**

¿En qué? **En cosas bonitas**

VIII. PENSAMIENTOS

a) Subraye cualquiera de los siguientes pensamientos que se apliquen a usted.

Ae : **1. Soy un don nadie**

Ae : 2. No valgo nada, sin utilidad

D : 1. La vida es vacía

D : 2. No hay nada que valga la pena

D : 3. La vida es un desperdicio

b) Subraye cada una de las palabras que utilice para describirse.

Ac1. **ambicioso**

Ac2. **ingenuo**

Ac3. **sin valor**

Ac4. valioso

Ac5. perseverante

Ai6. **poco atractivo (imagen corporal)**

Ac7. lleno de penas

Ac8. **no puedo hacer nada bien**

Ac9. **malo**

Ac10. **leal**

D11. desesperanzado

O12. culpable

Ac13. **confuso**

Ac14. optimista

Ac15. considerado

O16. **celoso**

O17. **sin amor**

Ac18. **bueno para el trabajo**

AI19. atractivo

O20. conflictuado

Ac21. con problemas de memoria

AC22. **confiable**

O23. **envidioso**

Ac24. **ideas suicidas**

Ai. 25 **feo (imagen corporal)**

Ac26. **inteligente**

Ac27. **loco**

Ac28. **con problemas para tomar decisiones**

Ac 29. **inútil**

Ac30. con buen sentido del humor

O31. con pensamientos horribles

Ac32. **honesto**

Ac33. degenerado

Ac34. **sensible**

Ac35. **con problemas de concentración**

Ac36. seguro

Ac37. **estúpido**

Ac38. **indeseable**

Ac39. **incompetente**

Ac40. inadecuado

Ac41. desviado

Ac42. **cometo muchos errores**

c) ¿Cuál considera ser su idea más irracional, absurda o loca? **Tener un bebe y casarme muy joven**

d) ¿Existen pensamientos que lo molestan una y otra vez? Si es así, por favor descríbalos

Tengo celos cuando no veo a mi novio

e) Encierre en un círculo el número que más refleje su manera de pensar, de acuerdo a la siguiente escala

1. Total desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Neutral
4. Acuerdo
5. Total acuerdo

-No debo proporcionar información personal	1	2	<u>3</u>	4	5
-Soy víctima de las circunstancias	<u>1</u>	2	3	4	5
-Mi vida está controlada por fuerzas externas	1	2	3	<u>4</u>	5
-No merezco ser feliz	<u>1</u>	2	3	4	5
-Es mi responsabilidad hacer feliz a otros	1	2	3	4	<u>5</u>

Expectativas:

En pocas palabras, ¿qué piensa usted que es una terapia psicológica? **Una ayuda para conocernos y afrontar problemas**

¿Qué espera de la terapia psicológica? **Obtener ayuda acerca de mi forma de ser**
 ¿Cómo considera que un Psicólogo debería actuar con sus pacientes? **Con mucha paciencia y muy atento**

¿Qué tiempo cree que debería durar una terapia psicológica? **Lo suficiente para solucionar problemas**

¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debería poseer? **Responsable atento y por que no con un cariño a sus pacientes o alómenos estimarlos como personas**

a) Complete las siguientes frases:

- Soy una persona que **Se conoce muy bien**
- Toda mi vida **He tratado de ser mejor**
- Desde que yo era niño-a **Me han hecho ver mis errores**
- Es difícil para mí admitir que **A veces hago las cosas mal**
- Una de las cosas que no puedo perdonar es **La hipocresía**
- Una ventaja de tener problemas es **Ninguna**

Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es **Hablando con mis padres**

IX. RELACIONES INTERPERSONALES

1. Familia de origen

a) Si Ud. No se crió con sus padres, ¿con quién lo hizo? _____

_____ ¿desde qué edad? _____ ¿cuánto tiempo?

Dé una descripción de la personalidad de su padre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente) **Se preocupa de nosotras y es atento a nuestras necesidades**

Dé una descripción de la personalidad de su madre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente) **Intolerante pero se preocupa por mi bien estar**

d 1) ¿Cuándo era niño le tocó cuidar a sus hermanos? **no**
¿ desde qué edad?

d 2) ¿Cuándo era niño le tocó trabajar? **No**

d 3) ¿Cuándo era niño le tocó realizar el quehacer del hogar? **Solo cosas pequeñas**
¿desde qué edad? **10 años**

d 4) Cuando era niño ¿en qué forma fue disciplinado o castigado? **Castigado con golpes**
¿por quién?

e) Dé una impresión de la atmósfera de su hogar (p.e. el hogar en el que creció).
Mencione la compatibilidad entre sus padres y entre los hijos **Es bueno aunque no platicamos de cosas muy personales entre todos**

f) ¿Fue capaz de confiar en sus padres? **No**

g) ¿Sus padres lo comprendieron? **No**

h) ¿Básicamente siente amor y respeto por sus padres? **Claro en todo momento**

i) *Si tiene padrastro o madrastra, dé edad de Ud. Cuando alguno de sus padres se volvió a casar*

j) ¿ Existe alguien que haya interferido en sus patrimonio, ocupación etc. (padres, parientes, amigos)?

k)¿ Quién es la persona más importante en su vida? **Mi mamá**

2. Amistades

a) ¿hace amigos fácilmente? **Si** ¿conserva la amistad? **Solo los que me convienen**

b) ¿Fue usted severamente importunado o fastidiado? **No**

¿Cuándo u en qué circunstancias?

c) Describa cualquier relación que le proporcione:

- Alegría **Mi noviazgo y mis amigos**

- Molestia

d) evalúe el grado de comodidad en que generalmente se siente en situaciones sociales (Subraye alguno de los términos siguientes)

15. Muy relajado

16. **Relativamente confortable**

17. Relativamente incómodo

18. Muy ansioso

- e) ¿Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones, deseos a otros en forma directa y adecuada? **No la mayoría de las veces no**

Indique aquellas personas o situaciones con las que tenga problemas de relación **Con mi mamá**

- f) ¿Tuvo muchas citas durante su adolescencia? **No**

- g) ¿ Tiene uno o más amigos (as) con quien se sienta cómodo (a) compartiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos? **Si**

3. Matrimonio o relaciones de pareja

- o) ¿Cuánto tiempo tenía de conocer a su pareja antes de que se casaran o estuvieran juntos?

1 año y medio

- p) ¿Hace cuanto que están juntos? **Un año y cuatro meses**

- q) ¿Qué edad tiene su pareja? **17 años**

- r) ¿Cuál es la ocupación de su pareja? **Estudiante**

Describe la personalidad de su pareja **Leal, Cariñoso, detallista, amoroso, sensible, buen amigo, entre muchas más**

- s) Señale en qué áreas se lleva bien con su pareja, para ello encierre en un círculo el número que mejor describa el grado de incompatibilidad o compatibilidad que experimenta en este momento con su pareja, de acuerdo a la siguiente escala:

1. incompatible
2. poco compatible
3. regularmente compatible
4. compatible
5. Muy compatible

A) RESPONSABILIDADES HOGAREÑAS	1	2	3	4	5
B) CRIANZA DE LOS NIÑOS	1	2	3	4	5
C) ACTIVIDADES SOCIALES	1	2	3	4	5
D) DINERO	1	2	3	4	5
E) COMUNICACIÓN	1	2	3	4	5
F) SEXO	1	2	3	4	5
G) PROGRESO ACADÉMICO U OCUPACIONAL		1	2	3	4
5					
H) INDEPENDENCIA PERSONAL		1	2	3	4
5					
I) INDEPENDENCIA DE LA PAREJA		1	2	3	4
5					
J) FELICIDAD GENERAL		1	2	3	4
5					

- t) ¿Qué tal se lleva con sus parientes políticos y qué opina de ellos?

u) ¿Existe alguna información relevante en relación a abortos o pérdidas de seres queridos?

_____, si es así indique cuál

¿Qué edad tenía usted en el momento de la pérdida?

1. Relaciones sexuales

a) Describa la actitud de cada uno de sus padres ante el sexo:

PADRE **Es más informado pero cerrado con migo**

MADRE **Un poco cerrada al tema pero sabe**

¿Se discutía sobre sexo en su hogar? **Pocas veces pero si**

¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo? **En la primaria**

¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de sus impulsos sexuales? **En la secundaria**

g) ¿Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación al sexo?

o ¿en relación a la masturbación? **Si**

si es así, por favor explíquelo **porque la religión no permite las relaciones sexuales fuera del matrimonio**

¿Existen detalles relevantes en relación a su primera o subsecuentes experiencias sexuales? **Solo que todas son placenteras o la mayoría y hay amor**

Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier reacción o relación homosexual **mia ninguna**

Por favor anote cualquier preocupación sexual no contemplada hasta ahora **Solo me preocupa en lo personal no cuidarme**

2. Otras relaciones

a) ¿Existe algún tipo de problema con las personas de su trabajo? **Si**

Si es así, por favor descríbalo **Las jerarquías**

b) Complete las siguientes frases

- Una de las formas en la que la gente me lastima es **Ignorándome**

- Puedo fastidiar a alguien a través de **Indirectas**

- Una madre debería **Escuchar a sus hijos**

- Un padre debería **Prestarles más tiempo al momento de educar**

- Un verdadero amigo debería **Comprender**

c) Proporcione una breve descripción de Ud. Según sería descrito por:

Su pareja **Es impulsiva y se preocupa por los demás**

Su mejor amigo (a) **Esta loca pero buena onda**

Alguien que no lo quiera a Ud. **Es alguien ahí y ya**

b) ¿Actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o pérdida de afecto? Si es así,

explíquelo **Si la de mi familia**

X. FACTORES BIOLÓGICOS

¿Tiene alguna preocupación acerca de su salud?. Por favor explíquelo **Si la obsesividad que presento porque me preocupa a nivel físico y estetico**

Por favor enliste las medicinas que actualmente ingiere, o ha tomado durante los últimos 6 meses, ya sea prescritas o no por su médico **Aspirina temprana y sin col**

¿Come en forma balanceada? **No**

j) ¿Qué clase de pasatiempos o actividades recreativas practica? **Baile**

¿Practica alguna actividad relajante? **No**

¿Realiza regularmente ejercicio físico? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia?

Baile y correr

k) ¿Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para descansar? Si es así ¿cuántas veces al día y con qué duración? **No**

¿Tiene dificultades para disfrutar de los fines de semana? Si es así, explique por favor **No**

l) ¿Cuántas horas de sueño tiene? **Cuando voy a la escuela 5**

m) Elija cualquiera e las situaciones que se apliques a Ud.. tachando en la columna correspondiente:

	nunca	Raras veces	frecuentemente	Muy a menudo
1. marihuana		X		
2. tranquilizantes				
3. sedantes				
4. aspirina				X
5. cocaína				
6. analgésicos				X
7. alcohol		X		
8. café			X	
9. cigarros			X	
10. narcóticos				
11. estimulantes	X			
12. alucinógenos	X			
13. diarrea			X	
14. constipación	X			
15. alergias	X			
16. presión alta	X			
17. presión baja	X			
18. problemas cardiacos	X			
19. náuseas				X
20. vómitos				X
21. dolores de cabeza				X
22. dolores de espalda			X	
23. no poderse dormir				

24. despertarse temprano				X
25. despertar durante la noche		X		
26. problemas de piel	X			
27. poco apetito		X		
28. comer en exceso				X
29. comer porquerías				X

n) Subraye cualquier situación que se aplique a los miembros de su familia, ESPECIFIQUE CON UNA **P** SI ES POR LA LINEA PATERNA, Y CON UNA **M** SI ES MATERNA.

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1. Problemas de tiroides | 8. problemas gastrointestinales |
| 2. problemas renales | 9. alcoholismo |
| 3. asma | 10. problemas de próstata |
| 4. enfermedades neurológicas | 11. glaucoma |
| 5. <u>diabetes</u> | 12. epilepsia |
| 6. cáncer | 13. dolor de cabeza |
| 7. problemas de presión | 14. otros: |

_____ alta o baja

¿Alguna vez ha perdido la conciencia o cosa similar? Si es así, dé detalles **No**
 Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente (dé motivos y fechas) **No**
 Por favor describa cualquier accidente que haya sufrido **Un choque automovilístico muy leve**

o) Por favor describa sus recuerdos y experiencias más significativas dentro de las siguientes edades:

0 - 5 **Lo ignoro**

6 - 10 **Estar en la escolta**

11 - 15 **La convivencia en mis XV años**

16 - 20 **Haber tenido relaciones sexuales por primera vez con mi novio**

DINÁMICAS DE LA CIUDAD Y EL GOBIERNO

L.

La ciudad ideal

Un lugar alejado de la ciudad carros, contaminación ruido, delincuencia, seguramente en provincia con mucha vegetación de preferencia, no me gustan los lugares áridos, con un cielo sin contaminación la gente amable sin malicia y las casas muy

pintorescas como normalmente son en provincia como que muy acogedora con mucho ruido pero de pajarillos.

Gobierno ideal

Con un gobierno pues, yo creo que sea como debe de ser honesto limpio y claro que la información acerca de los movimientos que hace esté al alcance de todos los ciudadanos para que pueda opinar al respecto porque finalmente somos una sociedad por que finalmente somos una sociedad y nosotros hacemos el gobierno, solo que es solo un teoría pero es bueno soñar con un gobierno limpio.

Solo honestidad por parte de todas las personas que ahí laboran (al gobierno) (a la ciudad) si es ideal ya está bien

Ciudad antagónica

MI gobierno corrupto para empezar con mucha inseguridad en las calles por tanta delincuencia, con vecinos horribles, envidiosos que nada más se la pasan criticando a la gente en lugar de ponerse a hacer algo productivo, con mucha basura con gente deshonesto (de día) con gobierno malo pésimo con la gente ambicioso que solo le importan sus intereses y no los de la gente, (negro) la ciudad es gris.

Que la gente que labora en el gobierno tenga un currículo limpio y que todos los ciudadanos tengan acceso a esa información para saber si no son competentes pues definitivamente van a hacer bien su trabajo y si no lo hicieran buscar a otros candidatos hasta llegar a uno bueno que cumpla todas las expectativas de un buen gobierno.

Que busquen su felicidad propia y llevar a cavo todas sus metas para así ser mejores ciudadanos que la gente lea más por que la ignorancia es producto de muchos males.

P. S.

La ciudad ideal

Es una ciudad muy grande llena de luz los edificios brillaban de blanco tienen ventanas muy altas, algunas casas tienen vitrales o ventanas que parecen espejos el cielo era de mil colores dorado, rosa, azul, morado, naranja unas partes el negro, el aire era cálido y a la vez fresco olía como a vainilla y casi se podían saborear las calles todas estaban pavimentadas y en cada esquina había jardineras también había muchos parques con muchas flores un parque que fue el que más me gustó tenía un arco lleno de rosas negras y a su alrededor rosas blancas y azules y muchas lámparas, la gente de esa ciudad muy amable, amorosa, cálida en su forma de ser siempre con una sonrisa y una buena palabra en sus bocas y “un buen día” un “DT B” (Dios te Bendiga) un qué bello día parecía que en vez de caminar bailaban tan tranquilos, se podía escuchar risas de niños, jóvenes, adultos se podía sentir a la gente y todo lo que amada de ellos era vida, amor, paz, luz.

El gobierno

El gobierno un gobierno justo aquel que es regido por dios un gobierno que sabe escuchar al pueblo, que lo ayuda que deja que fluya el poder y el amor de dios un gobierno que pone su voluntad en las manos de dios para que todo sea perfecto, para que todo esté bien y lo que se le pedía a ese gobierno precisamente era eso que nunca impidiera el fluir de dios en la ciudad y en los habitantes.

Ciudad antagónica

Obscura es igual que la idea solo que con un cielo simple, sin color edificios enormes pero grises ventanas y vitrales rotos sangre en las calles el aroma es como a tristeza, se siente demasiado frío como si fuera el polo norte solo que sin nieve, la gente alguien camina rápido sin mirar a su alrededor y golpeando gente sin importar a quien dañan otra camina lento con pasos muy suaves y llorando o sollozando todo el tiempo se escucha a los niños llorar otros pidiendo ayuda se oyen balazos y se puede ver gente cayendo muerta por un balazo o por hambre a esta ciudad le falta comida, amor, paz y la gente clama por eso clama por dios, está cansada y esta triste y está harta de su **gobierno**

un gobierno rígido rudo, fuerte, malo, egoísta, soberbio insensible, no le importa a la gente de la ciudad, no busca su bien solo su destrucción y la muerte de toda la gente a ese gobierno le falta amor le falta dios, no perdona no ama ese gobierno, es frío y por ese motivo la ciudad es fría no crece el pasto no hay ni una sola flor las personas no conocen lo que es una rosa un canto de una ave por qué no hay nada de eso, solo oscuridad, todo es gris y rojo por la sangre que está en las paredes y en el suelo se escucha como gotea la sangre por las alcantarillas , esa sangre es de jóvenes y de niños que murieron, por los golpes de sus padres o por peleas callejeras, solo vi los cuerpos tirados y lagrimas en los habitantes eso lo que me impacto una niña llorando en un rincón abrazando un peluche pero su llanto era tan sincero tan fuerte y a la vez tan frágil eso me conmovió

R.

Ciudad ideal

Hay carretas y caballos, mucha gente caminando pausada, deteniéndose observando, mujeres con sombreros y abanicos (elegantes más no vanidosas ni con actitud denigrante) también hay mujeres vestidas de manera muy sencilla. Hombres de traje y relojes de bolsillo, también hombres vestidos con pantalones pescadores color amarillo puro, la gente se seduce con caricias y con su gesto amable.

El gobierno son los ojos de cada ciudadano no hay figura como tal ellos solo se gobiernan, su gobierno es en silencio el escuchar, hay un olor a fresco , los ciudadanos solo piden aceptación , no hay diferencias sociales solo a unos les gusta vestirse o ser de una manera y a los otros de otra, sin significar que uno es rico y el otro pobre hay muchos rayos de luz y claridad, vi letras antiguas

Ciudad antagónica

Olor seco, que presiona el pecho, edificios de paredes de espejos, imagen de una mujer y un hombre tomados de la mano, siendo correteados por un montón de automóviles, la gente nunca se detiene al caminar nunca hay pausas

El gobierno

Son como cuchilladas de luz agresiva, coladeras gente huyendo, comparaciones, evasiones, negaciones.

Se le pide al gobierno que mire con el corazón, que escuche. A la gente, que utilice sus sentidos

V.

Ciudad ideal.

Imagine a l rededor de las 6 de la tarde, en las calles no hay tantos coches, más bien hay bicicletas, o gente caminando, hay pequeños trenes (no tienen ventanas) solo un techo pequeños, hay todo tipo de personas, seres de todo tipo, también hay mascotas pero muy pocas van atadas.

Aquí no hay horarios específicos establecidos es decir hay personas que viven de noche y duermen de día y viceversa. Hay muchos niños y ancianos jugando en parques, en la playa, de hecho casi todos están afuera de sus casas

Hay personas vendiendo pan y haciendo pasteles pintores que se inspiran en los callejones señoras bordando o haciendo altares con maderas, hay hombres bailando, jugando ajedrez otros leen o escriben en sus cuadernos de palma, los niños leen libros y pintan las paredes de una casa, hay miles de actividades, la gente dispone y organiza su vida según sus necesidades. Aquí cuando alguien se aburre o se pone triste va un rato al mar a contemplar la luna u a escuchar la música de la olas.

Huele a pan fresco, a flores, a mar, huele a felicidad, en las noches se escucha música, acordeones, flautas, corales. La gente puede salir a tomar el fresco, leer, cantar, los actores recitan, los hombres cantan sus sueños

Gobierno

Justo, que escucha las opiniones de los demás. Equitativo; que no mira sus intereses, si no los de la población, honesto trata de ver los avances y problemáticas y de algún modo resolverlas.

Ciudad antagónica

Pues esa ciudad es justamente en la que vivo, huele a smog, hay demasiada gente, se camina aprisa y las distancias son largas, pareciera que el tiempo corre muy rápido. La gente parece estar siempre apática, caras largas y grises.

Hay violencia, roban, matan, pareciera ser un mundo, deshumanizado y sin corazón, la gente no te mira a los ojos, no sonrío es fría.

El gobierno

El gobierno roba, mata, parecieran ser unas maquinas, solo importa el dinero y lo que dirán aquí solo importa trabajar para poder subsistir, trabajar pero trabajar en lugares donde seas muy rico o donde ganes bien, la esencia de las personas muere a cada instante, el cielo se oculta al ver tanta penumbra, me asfixia, me quema, me hundo poco a poco en la pesadez de este abismo de esta ciudad. Hay muchas quejas pero nadie nos oye, a veces ni nosotros mismos nos escuchamos.

H.

Ciudad ideal

En primera donde la gente no sea prepotente como cuando la gente invade lugares de minusválidos y todavía se enoja, tiene que estar limpia, con lugares únicos para poder hacer actividades deportivas y no sean invadidos con gente que este con un humor tolerable sin tráfico ni contaminación sin inseguridad, ciudad tendría que ser de color Rosado con negro azul y mucho rosa seria de noche pero con muchas estrellas y la gente tendría un estilo propio y que se muestren tal y como son, la ciudad tendría un olor a un perfume mío, que es muy dulce, como a muchas flores.

Le piden a la ciudad siempre mantener un buen estado de ánimo, conservase limpia y en buen estado

Gobierno ideal tendría que ser muy transparente, comunicativo en la toma de decisiones, con personas muy honestas y nada de fraudes tienen que participar jóvenes en este gobierno, para darle frescura e ideas muy frescas

tendría que tomar en cuenta siempre a todos los ciudadanos y el presidente debe de ser muy honesto y sobre todo tiene que ser buen líder nunca dudar en sus decisiones y que creo que todo se resume en honestidad y transparencia para nada es extranjero, ni nacionalizados, tiene que ser de mexicanos y ya no tiene un olor pero si tuviera un color sería el verde y el azul por que expresan mucha tranquilidad y serenidad.

Los ciudadanos piden que nunca los decepcionaran, ya que este gobierno sería muy democrático y por lo tanto como los ciudadanos lo eligieron fue por algo y lo menos que piden es ser decepcionados también pedirían que nunca se pierda la autenticidad de los habitantes de esta ciudad trayendo propuestas de extranjeros ya que en mi ciudad todos tenemos buena ideas.

Ciudad antagónica

Pués sería sobre todo con gente muy mal educada, sin respeto a nadie, sería de noche pero sin luz como las estrellas ni una luna sería muy oscura tendría un olor como a drenaje y la gente estaría mal vestida habría uno que otro bien vestido pero con caras muy serias la pobreza y la delincuencia serian los peores problemas, la gente estaría siempre preocupada pero nunca por lo demás todos sería muy autónoma y caerían en una actitud de prepotencia y serian muy egocéntricas estaría todo siempre muy feo y nadie quiere vivir en esa ciudad pero nadie tiene a donde ir, con la apatía de todos la ciudad nunca saldría adelante y mas porque en esta ciudad nadie tiene ideas para salir adelante.

La gente pide exigirían tener todo pero no darían nada, porque en esta ciudad nadie tiene ganas e salir adelante; por otro lado aunque pidieran algo el gobierno no está interesado en nadie, no creo que nadie pediría más que su existencia acabara.

Gobierno antagónico:

Este gobierno sería muy burócrata (es una persona con dinero, no se preocupa de los demás, solo puede convivir con gente de su nivel, es muy egocéntrica), sin interés a su gente solo en ellos mismos, todos serian de otras ciudades (nadie es nativo de esa ciudad)

todo el gobierno si tuviera un color seria gris y si tuviera un olor seria a billetes (olor a pues como a pasado por muchas manos es un olor a mugre, olería muy repulsivo el dinero tiene un olor que es repulsivo pero todos lo quieren) tiene otra forma de pensar y se aprovechan de la mediocridad de los habitantes de esa ciudad.

Que le piden al gobierno nada porque no les importa ni su propia existencia son mediocre y la mediocridad ni su propia existencia soporta.

La mamá se parece mitad y mitad de las dos tiene mi mamá de la antagonica en un 60%.

El papá se parece al ideal en un 99% y el resto del antagonico

DINAMICA DE D.

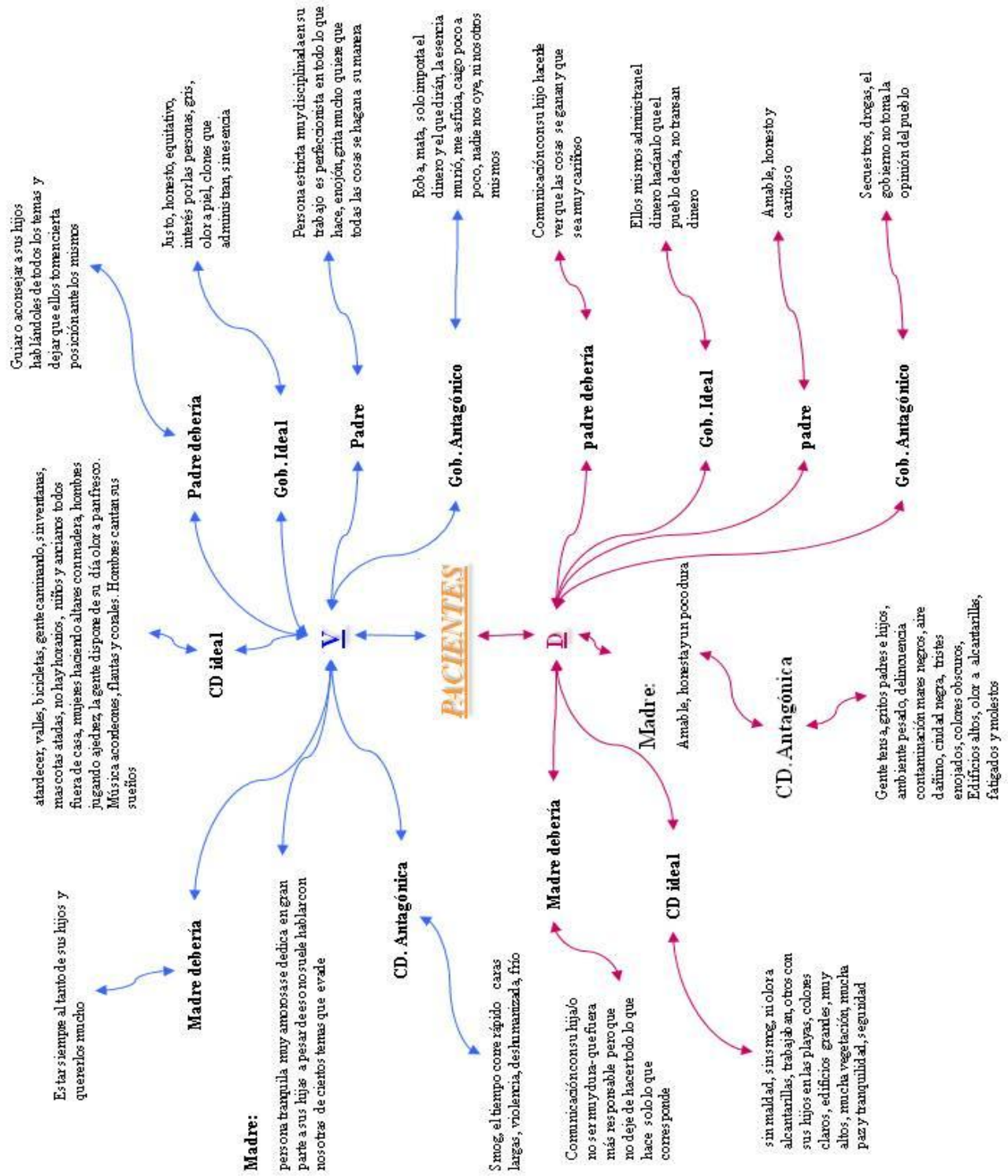
Ciudad Ideal

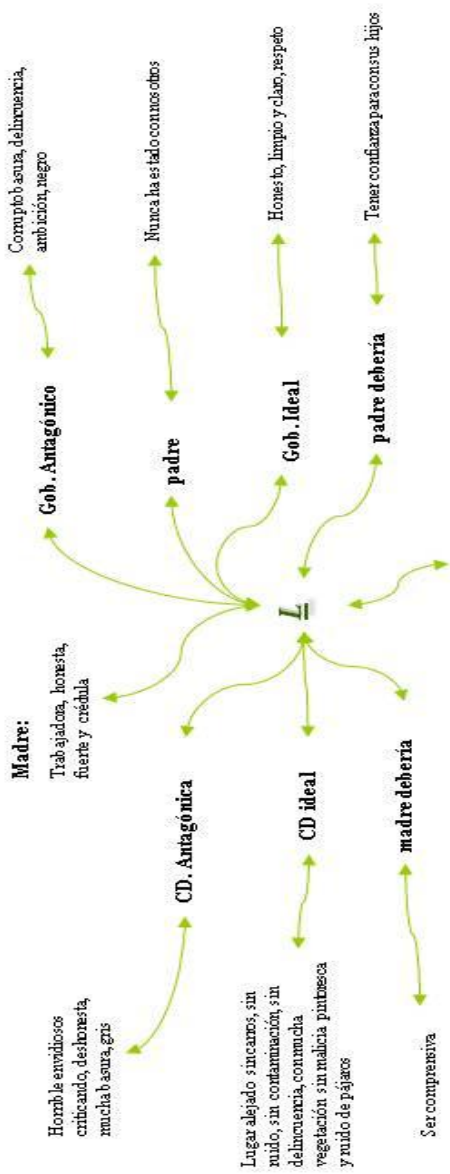
En la primera pantalla observe que los ciudadanos estaban felices ya que su gobierno lo dirigían ellos, lo administraban ellos su dinero; los niños estaban felices, porque no había maldad en las calles; a pesar de que había carros en aire era como del campo sin nada de smog, ni olor a alcantarillas; algunos trabajaban, otros estaban con sus hijos en los parques, otros más andaban en la playas que estaban cerca, y otros estaban con sus familias. Todo era como un sueño; los colores eran muy claros; edificios grandes, muy altos, había mucha vegetación, había mucha paz y tranquilidad. **Los gobernantes** hacían lo que el pueblo les decía, no se transaban el dinero, tenían mucha seguridad en su ciudad. Al pueblo ya no les faltaba nada. No pedían nada porque tenían todo.

Ciudad Antagónica

La segunda pantalla observe como la gente se tensaba, como se gritaban entre padres e hijos, como el ambiente era pesado, había mucha delincuencia, mucha contaminación, los mares negros, la vegetación ya no existía; las personas tenían que llevar mascarar por que el aire era muy dañino; los niños ya no salían de sus casas. El **gobierno**

era corrupto, ellos mismos provocaban la corrupción, secuestros, droga y todo lo que se puede imaginar. Era una ciudad negra todos estaban tristes o enojados, colores muy oscuros; era una ciudad con edificios altos, pero nadie era feliz. Un olor como a alcantarilla, todos se veían fatigados, molestos; por mas que les pedían a los gobernantes los ignoraban, el gobierno no tomaba en cuenta la opinión del pueblo. Lo que pedían era seguridad y no hubiera corrupción.





PAICIENTES

