

EVALUACIÓN Y PROCESO TERAPÉUTICO EN UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA (*)

Alberto Espina.

Psiquiatra.

Profesor titular y director del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco.

RESUMEN

En este artículo el autor describe en primer lugar los modelos aplicados al estudio de las relaciones familiares en la anorexia nerviosa y los aspectos psicológicos, posteriormente se centra en los abordajes familiar y multimodal. Finalmente se centra en el estudio de un caso de anorexia nerviosa en el que se realiza terapia familiar e individual, se describe el proceso terapéutico y se evalúa el cambio a niveles individual, familiar y contextual mediante una batería de pruebas estandarizadas. Se resalta la eficacia de este tipo de intervenciones en la anorexia nerviosa.

Palabras clave: Anorexia nerviosa, terapia familiar, terapia multimodal, proceso terapéutico, evaluación.

ABSTRACT

In this article, the author describes the models used in the study of family relationships in anorexia nervosa and the psychological aspects of this pathology. Secondly, talks about the familial and multimodal approaches in anorexia nervosa. Finally describes the therapeutic process in a case of anorexia nervosa in which family and individual therapies are used. Asses the change with a battery of scales and points up the efficacy of this kind of interventions.

Key words: Anorexia nervosa, family therapy, multimodal therapy, therapeutic process, assessment.

(*) Este trabajo ha sido posible gracias a la beca UPV 006.231-HA152/95 concedida por la Universidad del País Vasco al proyecto «Anorexia y bulimia nerviosa. Un ensayo controlado de intervenciones familiares».

ANOREXIA NERVIOSA Y FAMILIA

Desde los trabajos de Minuchin, Rosman y Baker (1978), varios equipos de investigadores y clínicos han estudiado las relaciones de las familias con un miembro anoréxico y se han perfilado estilos interaccionales característicos de estas familias.

Al revisar los trabajos de estos autores (Espina et al, 1994) nos encontramos con que para unos existe un solo modelo de interacción (Minuchin, 1975; Minuchin et al., 1978; Selvini et al., 1974, 1988; White, 1983, 1986), para Strober y Yager (1985) se encuentran dos modelos interaccionales y Garfinkel y Garner (1981) y Weber y Stierlin (1991) hablan de que las fa-

Tabla 1. Modelos sobre la interacción familiar en la anorexia nerviosa

M. Unidimensionales

ESTRUCTURAL

FAMILIA PSICOSOMATÓGENA. (Minuchin et al. 1978)

- a) Pautas transaccionales características
 - aglutinamiento
 - sobreprotección
 - rigidez
 - falta de resolución de conflictos
- Involucración del niño en el conflicto parental
 - rodeo
 - triangulación
 - coalición estable
- c) Vulnerabilidad fisiológica del niño

COMUNICACIONAL

(Selvini et al. 1974, 1988)

Características familiares:

Problemas de comunicación

- los padres no asumen el liderazgo
- alianzas y coaliciones negadas
- no asumen responsabilidades en la relación
- divorcio emocional.

La anoréxica se implica en el conflicto conyugal porque:

Después de estar muy ligada a la madre, ésta se vuelca en otro hermano. Ella se alía con el padre.

- a) Ha sido la favorita del padre hasta que en la adolescencia la situación es insostenible y debe negar esa relación.

TRANSGENERACIONAL

(White, 1983, 1986)

1. La familia de la anoréxica funciona como un sistema rígido de creencias implícitas que se transmiten de generación en generación, destacando las siguientes características:

Lealtad

- La prescripción específica de un rol para la anoréxica
- Clarividencia

2. Existen dificultades para la individuación de sus miembros y la solución de problemas.

M. BIDIMENSIONAL

Dos tipos de familias. (Strober y Yager, 1985)

CENTRIPETAS:

aglutinadas

- falta de permisividad
- Poca expresión emocional
- Pobres contactos extrafamiliares

CENTRIFUGAS:

Desligadas

- fuerte conflictividad
- Miedo al abandono
- Excesiva dependencia
- Falta de control
- Conflicto de pareja

M. MULTIDIMENSIONAL

(Garfinkel y Garner, 1982; Weber y Stierlin, 1991)

No existe una tipología familiar específica de la anorexia nerviosa. Las características familiares son variadas e influyen como factores predisponentes.

milias de anoréxicas presentan diferentes estilos interaccionales, aunque entre ellos se incluyan los descritos por los anteriores autores. Esta última hipótesis parece la más plausible sobre la base de las observaciones clínicas y las investigaciones realizadas. (Ver tabla 1).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA ANOREXIA NERVIOSA

La personalidad premórbida de las anoréxicas se caracteriza por

tener un gran autocontrol, ser introvertidas, obsesivas, tener baja autoestima y comportarse en base a los deseos de los demás, lo que les hace aparecer como "niñas modelo". Una vez desarrollado el cuadro clínico, las características de la personalidad de las anoréxicas restrictivas difieren en algunos aspectos al compararlas con las anoréxicas bulímicas y con las bulímicas, mientras que en otros aspectos, como la alexitimia, la deficiente autoimagen y el alto porcentaje de personalidades borderline, son semejantes los tres cuadros clínicos (Strober, 1980, 1983, 1991; Garfinkel y Garner, 1982; Cloninger, 1987; Piran

Tabla 2. Características psicológicas en la anorexia y bulimia nerviosa

	Anorexia restrictiva	Anorexia bulímica	Bulimia
T. P. Obsesivo	40-60%	0-10%	0-10 %
T. P. Evitativo	20 %	60 %	
T. P. Borderline	30-40 %	30-40 %	30-40 %
T. P. Histriónico			25-53 %
Autocontrol	excesivo	impulsividad	impulsividad
intro/extroversión	introversión	extroversión	extroversión
R. Sociales	aislamiento	algo sociable	sociable
Riesgo	evita	busca	busca
Alexitimia	si	si	si
Sexualidad	inhibida	descontrol	descontrol
abuso de sustancias	no	si	si
Autoimagen	deficiente	deficiente	deficiente

et al., 1988; Garner et al., 1989; Wonderlich y Swift, 1989; Yager, 1989; Steiger, 1990; Wonderlich et al., 1990; Bourke et al., 1992; Jonshon y Wonderlich, 1993; Casper, 1993; Brewerton et al., 1993; Laquatra y Clopton, 1994; Sholberg y Strober, 1994; Espina, 1997) (ver tabla 2) en la que comparamos la personalidad de las anoréxicas, subtipos restrictivo y bulímico, y las bulímicas.

En los trastornos de la alimentación nos vamos a encontrar frecuentemente trastornos de la personalidad, destacando el trastorno borderline de la personalidad, una identidad mal conformada, alexitimia, una autoimagen deficiente y problemas, por exce-

so o defecto, en el control de impulsos. Las conductas alimentarias inadecuadas añadirán alteraciones psicológicas (Key et al., 1950), conformando un cuadro clínico en el que los factores biológicos, psicológicos y sociales conforman un todo complejo que debe ser abordado desde una perspectiva sistémica amplia.

TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA EN LA ANOREXIA NERVIOSA

Dentro de las terapias sistémicas Sluzky (1983) distingue tres grandes modelos de intervención: la estructural, la procesual y la centrada en visiones del mundo. El *modelo es-*

tructural describe las características de la familia "normal" y estudia las disfunciones de la familia que consulta atribuyendo a las mismas la patología. La terapia irá dirigida a corregir las disfunciones familiares, especialmente de límites y jerarquía, esperando que la patología desaparezca al funcionar la familia adecuadamente. El terapeuta será directivo reajustando límites, otorgando el poder a los padres, etc... ya sea en la sesión (Minuchin) o fuera de ella (Haley). En este modelo tenemos la escuela estructural (Minuchin, 1974) y la estratégica (Haley, 1976, 1980; Madanes, 1984).

Desde el *modelo procesual* los problemas son vistos como conductas repetitivas que se encuentran ancladas en patrones interpersonales, centrándose especialmente en la puntuación de la secuencia de los hechos y en las reglas familiares que determinan los roles. Las intervenciones se centrarán en las pautas recursivas que contienen la conducta problemática, esperando que al desaparecer esta, la familia recupere alternativas perdidas cuando se formó el patrón disfuncional. Para ello se utilizan las prescripciones de síntomas y conductas, predicción de la recaída, reencuadramiento, etc. La escuela del MRI sigue este planteamiento (Watzlawick, 1974, 1977; Fisch et al., 1982; Nardone y Watzlawick, 1990).

El *modelo de visiones del mundo* se basa en que la construcción de la realidad está anclada en la naturaleza dialéctica de la relación entre las visiones del mundo, percepciones, cogniciones y la comunicación, todo

lo cual determina las reglas interpersonales. Desde esta perspectiva los síntomas, estilo e historia familiar están engarzados en un todo común. El terapeuta cambiará fragmentos específicos de la realidad familiar que sirven de soporte a los patrones interaccionales asociados al síntoma, por medio de la connotación positiva y el ofrecimiento de "realidades alternativas". En este planteamiento se encuentran Selvini et al., 1978; Selvini et al., 1988; White, 1983, 1986; Stierlin y Weber, 1989).

Estos modelos no son excluyentes sino, como plantea Sluzki (1983), "*las conductas sintomáticas/ problemáticas están contenidas y ancladas por su propia participación en patrones interaccionales, circulares que se autoperpetúan; por su función con reforzadores y recordatorios de los rasgos estructurales, las cuales, en forma recursiva, contribuyen a mantenerlos, y también, por su participación en las visiones del mundo, que a su vez proporciona la ideología que las sustenta*". A nivel técnico encontraremos terapeutas que siguen un modelo determinado, mientras que otros, entre los cuales me incluyo, siguen un *modelo integrado* en el que se realizan diferentes niveles de análisis, hipótesis e intervenciones que enriquezcan la terapia de una familia concreta.

TERAPIA MULTIMODAL

Dada la complejidad de la anorexia nerviosa, especialmente cuando además del trastorno alimentario nos encontramos con un cuadro psicopatológico grave, se está imponiendo un

abordaje ecléctico y flexible que combina la terapia familiar con terapia individual y en el que se realizan, juntas o separadas, intervenciones psicoanalíticas, conductuales y cognitivas, en diferente proporción según los autores. Los niveles abordados son los procesos fisiológicos, intrapsíquicos, familiares y sociales. (Espina, 1981; Garfinkel y Garner, 1982; Dare, 1983; Todd, 1985; Mirkin, 1983; Russel et al., 1987; Hall y Crisp, 1987; Vandereycken, 1987; Vande-reycken et al., 1989; Dare et al., 1990; Vandereycken et al., 1991; Crisp et al., 1991). Este modelo está dando muy buenos resultados y es reconocido por la APA (1993) en su «*Guía práctica para los trastornos alimentarios*» y por Yager (1994) como un modelo de gran utilidad para abordar la anorexia nerviosa sin incurrir en simplificaciones peligrosas. Personalmente utilizo las intervenciones sistémicas junto con las dinámicas, la cuales entroncan con el modelo centrado en las "visiones del mundo", al ofrecer con las interpretaciones construcciones alternativas de la realidad intrapsíquica y relacional.

ESTUDIO DE UN CASO

Mediante un diseño de caso único vamos a estudiar la terapia de un caso de anorexia subtipo bulímico según criterios diagnósticos de DSM-IV. Este caso forma parte de una investigación financiada por la Universidad del País Vasco en la que a una muestra más amplia de trastornos de la alimentación aplicamos diferentes intervenciones familiares (las sesiones individuales de este caso han sido descritas más ampliamente en Espina, 1997b).

Se trata de una mujer de dieciocho años, a la que llamaremos Ana, que padecía un cuadro de anorexia nerviosa subtipo bulímico, según criterios diagnósticos del DSM-IV, con tres años de evolución durante los cuales había recibido varios tratamientos farmacológicos y psicológicos y tenido seis ingresos hospitalarios. En el momento de la consulta se da atracónes, usa laxantes, tiene vómitos, hiperactividad, irritabilidad, insomnio, está aislada, deprimida y tiene ideas de suicidio. De niña había sido la típica niña perfecta, estudiosa, responsable, muy sensible, sumisa y perfeccionista.

La familia esta compuesta por los padres, de 50 y 45 años, una hija de 27 años emancipada, un hijo de 24, Ana de 18 años y una hija de 8 años. Vivían en un piso doble con el abuelo materno. Antes estaban en dos pisos pero decidieron tirar un tabique y unir las dos viviendas.

Variables e instrumentos

1. Paciente

La actitud hacia la comida fue evaluada con el *Eating Attitudes Test (EAT)* (Garner y Garfinkel, 1979) que evalúa las actitudes, sensaciones y preocupaciones en relación con la comida, peso y ejercicio más típicamente encontradas en anoréxicas. Es un cuestionario autoaplicado de 40 ítems que posee una buena fiabilidad y validez; es ampliamente utilizado en las investigaciones sobre trastornos de la alimentación y es considerado un instrumento válido para medir conductas y

actitudes hacia la alimentación. El punto de corte para detectar la anorexia nerviosa en población española es de 30 (Castro et al., 1991).

La sintomatología general fue evaluada mediante la *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* de Overall y Gorham (1962). Es una escala heteroaplicada.

Ansiedad, evaluada con la *Self-Rating Anxiety Scale (SAS)* de Zung (1971). Es un cuestionario autoaplicado de 20 ítems con 4 opciones de respuesta, la media para población española es de 35 y una puntuación de 45 indica la presencia de un cuadro ansioso (Conde y Franch, 1984).

Depresión, evaluada con el *Beck Depression Inventory* (Beck, 1961). Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems. Los baremos para población española son: depresión ausente o mínima, menor o igual a 11; depresión leve, entre 12 y 21; depresión moderada, entre 21 y 29; depresión grave, mayor o igual a 30 (Conde y Franch, 1984).

El ajuste social se evaluó con *The Social Adjustment Scale Self-Report (SAS-SR)* de Weissman y Bothwell (1976); este cuestionario autoaplicado evalúa las siguientes áreas: A nivel cuantitativo: 1. Trabajo, 2. Tiempo libre, 3. Relaciones con la familia extensa, 4. Relaciones con el otro sexo. A nivel cualitativo: 5. Ejecución: hace referencia a la calidad de ejecución en las tareas que le corresponden, 6. Conducta interpersonal, 7. Fricción con los demás, 8. Sen-

timientos y satisfacción: recoge sentimientos de incapacidad, angustia, desinterés, soledad, aburrimiento y resentimiento. En las tablas hemos usado las puntuaciones tipificadas, a mayor puntuación peor ajuste y viceversa.

La Personalidad, fue evaluada con el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Manual revisited, 1967. (MMPI)* de Hathaway y McKinney (1967). Vamos a utilizar en las tablas las puntuaciones tipificadas para población española. Los centiles comprendidas entre 60 y 70 son indicativos de "una conducta normal exagerada" de tendencias que pueden mostrarse incontroladas cuando se rompe el equilibrio en situaciones de tensión. A partir de 70 nos encontramos con una alteración grave de la personalidad. Además de las escalas clínicas hemos utilizado los factores de segundo orden: Fuerza del Yo: A mayor puntuación, mayor integración personal y cohesión de la estructura de la personalidad. Dependencia: A mayor puntuación mayor necesidad de dependencia. Dominancia: A mayor puntuación mayor iniciativa social. Responsabilidad: A mayor puntuación, mayor responsabilidad e integridad. Control: A mayor puntuación, mayor control de su personalidad.

Hemos evaluado la alexitimia mediante la *Toronto Alexithymia Scale (TAS)* (Taylor et al., 1985), escala autoaplicada de 26 ítems que posee una buena consistencia interna, buena fiabilidad test-retest, validez de constructo y criterio y una estable y replicable estructura factorial congruente con el constructo «alexitimia».

Man et al. (1992) han hallado 3 factores en el TAS: Factor 1. *Sentimientos*. Se refiere a la dificultad para identificar y comunicar sentimientos, Factor 2. *Ensoñación*. Agrupa los ítems que hacen referencia a la capacidad de fantasear y Factor 3. *Pensamiento analítico orientado al exterior*. El sujeto se centra en los acontecimientos externos más que en las propias experiencias. El punto de corte a partir del cual se puede hablar de un sujeto alexitímico se sitúa en 74. Respecto a la alexitimia en los trastornos de la alimentación, el 74,4% de las pacientes anoréxicas son alexitímicas (Parker et al., 1989) y según Bourke et al. (1992) la media en el TAS en estas pacientes está en 79,3 con una desviación estándar de 10,8.

2. Padres.

Ajuste diádico, evaluado con la *Dyadic Adjustment Scale (DAS)* de Spanier (1976). Es una escala autoaplicada que mide 4 áreas de la relación de pareja: Consenso, Cohesión, Grado de Satisfacción y Expresión de afecto. Además nos da una medida global de la cantidad de ajuste que percibe cada miembro de la pareja (>105= buena cantidad de ajuste) y evalúa la calidad de la relación en base a la diferencia de puntuación (valor absoluto) obtenida en el ajuste total de cada miembro de la pareja (>5 puntos mala calidad de ajuste). Apoyo social, entendido como la cantidad de personas con las que se mantiene contacto. Medido con la *Escala de Apoyo Social del Departamento de Salud de California* (1981). Puntuaciones: < 15= bajo, 15-29= moderado, suficien-

te salvo estrés y >30=alto. (Conde y Franch, 1984).

Escala de Acontecimientos vitales, departamento de salud mental de California (1981). Escala autoaplicada, evalúa en nivel de estrés en forma de acontecimientos vitales estresantes experimentados por el sujeto en el último año. Recoge en 19 ítems tres áreas de posible estrés: Personal, Laboral-económica y Familiar. La baremación para población española es la siguiente: Nivel bajo de estrés: menos de 10. Nivel moderado: entre 10 y 15. Nivel alto: más de 15.

Personalidad, evaluada con el *Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)* de Eysenck y Eysenck (1975). Es un cuestionario autoaplicado que consta de 4 escalas: Psicoticismo, Extraversión, Neuroticismo y Sinceridad. En las tablas hemos usado las puntuaciones tipificadas para población española.

Otras variables fueron: Ansiedad evaluada con el SAS, depresión con el BDI y alexitimia con el TAS.

3. Familia

El clima familiar, evaluado con la *Family Environment Scale* de Moos y Moos (1981) cuestionario autoaplicado que consta de tres dimensiones y 10 subescalas: Relaciones: Consta de tres escalas: Cohesión (grado de compenetración y apoyo mutuo) Expresión (grado de expresión abierta de sentimientos) y Conflicto (grado de expresión libre de agresividad y conflicto). Desarrollo: Consta de 5 esca-

las: Autonomía (grado de seguridad y autosuficiencia), Actuación (grado de orientación a la acción y competencia), Intelectual-cultural, Social-recreativo y Moral-religiosidad. Estabilidad, consta de 2 escalas: Organización (importancia que se da a la organización y planificación) y Control (importancia dada a las normas y reglas). En las tablas usaremos la puntuaciones tipificadas para población española, los límites normales están entre los centiles 40 y 60.

Vínculos, evaluados mediante el *Parental Bonding Instrument* (Parker et al., 1979). Cuestionario autoaplicado que recoge las conductas parentales percibidas acerca del cuidado y la sobreprotección. Consta de 25 ítems con 4 opciones de respuesta. Hace referencia a las conductas percibidas en los padres en los primeros 16 años de vida del sujeto. De esta escala se extraen dos factores: *Cuidado*: cuidado positivo vs. indiferencia o rechazo. El polo positivo implica afecto, calor emocional, empatía y cercanía; mientras que el polo negativo denota frialdad emocional, indiferencia y rechazo. *Factor sobreprotección*: control o sobreprotección vs. permisividad de autonomía e independencia. El polo negativo define el control, sobreprotección, intrusismo, contacto excesivo, infantilización y prevención de conductas independientes, mientras que el positivo comporta permisividad de autonomía e independencia. Los puntos de corte para población española son para el padre 17 en sobreprotección y 19 en cuidado y para la madre 19 en sobreprotección y 22 en cuidado.

De la combinación de las escalas surgen 4 tipos de vínculo parentales: 1. *Vínculo óptimo*: determinado por bajas puntuaciones en sobreprotección y altas en cuidado. 2. *Vínculo constreñido*: alta sobreprotección y cuidado, 3. *Vínculo de control sin afecto*: alta sobreprotección y bajo cuidado, y 4. *Vínculo ausente o débil*: puntuaciones bajas en ambos factores.

Percepción del cambio, evaluada con la *Escala de Evaluación del Cambio en Terapia Familiar* (Espina, 1989), es una escala autoaplicada en la que se explora la percepción de cada miembro de la familia, en cuanto a los sujetos, y relaciones familiares comparadas con cómo estaban antes de la terapia.

4. Hermanos que viven en casa.

Se les pasó el SAS, BDI, TAS, FES y PBI.

Procedimiento

La paciente fue derivada de un Centro Hospitalario habiendo sido diagnosticada de Anorexia subtipo bulímico; antes del tratamiento fue evaluada por un evaluador independiente de nuestro equipo mediante una entrevista semiestructurada grabada en audio en la que se evaluaban los criterios diagnósticos del DSM-III-R y la escala clínica (BPRS). Una vez confirmado el diagnóstico se pasaron las demás pruebas al paciente y a cada padre por separado (evaluación 0). Los evaluadores eran ciegos a la condición experimental del caso. Al finalizar el

tratamiento (dos años y 5 meses) (ev.1) y al año y 5 meses de finalizado (ev.2) se repitieron todas las pruebas diagnósticas; y los 3 y 5 años de finalizado el tratamiento se realizó un seguimiento telefónico.

Tratamiento

A la hora de abordar la anorexia nerviosa tengo en cuenta las relaciones familiares y la problemática individual de los sujetos, por ello utilizo la terapia familiar simultaneándola con sesiones individuales. Si la paciente identificada es joven y no presenta trastornos de la personalidad la terapia es fundamentalmente familiar, en los otros casos inicio la terapia familiar y realizo sesiones individuales periódicas para centrarme más adelante en la terapia individual con sesiones familiares esporádicas. Respecto a los modelos que sustentan las intervenciones, integro el modelo dinámico, en el que se analizan los conflictos intrapsíquicos y las construcciones que tienen lugar en la vida psíquica, con el sistémico, cuyo foco de atención se centra en las relaciones interpersonales. En la vertiente sistémica sigo un modelo integrado en el que recojo aportaciones de los modelos centrados en la estructura, proceso y visiones del mundo. En muchos casos de anorexia nerviosa sigo especialmente los modelos estructural y estratégico (Minuchin, 1975; Minuchin, Rosman y Baker, 1978; Haley, 1976, 1980; Madanes, 1981), aunque no dejo de lado las aportaciones realizadas en el campo de los trastornos alimentarios por Selvini et al. (1988), White, (1983, 1986) y la escuela de Palo Alto

(Watzlawick, 1974, 1977; Fisch et al., 1982; Nardone y Watzlawick, 1990; Crispo et al., 1994) rescatando ya sea técnicas o "lecturas" de la problemática presentada que puedan ser de utilidad para el caso concreto que estoy tratando. Desde esta perspectiva, los conflictos presentados se relacionan con la propia historia, las vivencias interiores, la historia transgeneracional y la interacción actual que tienen los miembros de la familia.

Desde la perspectiva transgeneracional (Boszormenyi-Nagy, 1973; Bowen, 1978; Stierlin, 1977; Andolfi, 1985; Canevaro, 1995) estudiaremos la historia de los padres con sus propios padres, el tipo de vínculo que establecieron, cómo fueron conformando su propia personalidad y más tarde cómo han aprendido a relacionarse con sus hijos, cómo se ha estructurado la personalidad de estos y cómo son las interacciones actuales. De manera que en este abordaje de la anorexia nerviosa van a ser tenidos en cuenta la historia trigeracional, la estructuración de la personalidad de cada uno de los que están interactuando y cómo son las relaciones actuales integrando aportaciones tanto de la terapia familiar sistémica (Espina, 1996) como del psicoanálisis (Espina, 1995).

Entre los objetivos de la intervención están los síntomas, especialmente dramáticos en la anorexia nerviosa, la interacción familiar disfuncional, el optimizar los recursos que tiene la propia familia y el ayudar al crecimiento personal de todos sus miembros, favoreciendo la autono-

mización, la comprensión empática y el respeto mutuo. Vamos a intentar buscar sentido a los síntomas y conductas para abrir cuestiones que permitan hablar, comprender lo que puede estar sucediendo, construir realidades alternativas y a partir de ahí resolver los conflictos interaccionales e individuales. Trabajaremos tanto sobre las figuras internalizadas como sobre las personas reales en interacción. El encuadre incluirá sesiones familiares conjuntas, con subsistemas, con díadas y sesiones individuales; la periodicidad de las sesiones será semanal, al principio, y posteriormente se van espaciando.

Desarrollo de la terapia

A las dos primeras sesiones generalmente invito a toda la familia y posteriormente cito a quién creo conveniente. En la primera sesión los vómitos son el centro de la preocupación de los padres y, después de explorar diferentes aspectos de las relaciones familiares, se redefinen como una forma de protesta por algo. Se invita a la familia a pensar a qué puede estar asociada esa protesta. Al principio los padres dicen que quizás tiene que ver con problemas con las amigas, luego sugieren que quizás tiene que ver con celos hacia la hermana pequeña, y Ana argumenta que se están preocupando mucho por su peso, pero no se preocupan por ella. Comenta que siente que cuando están muy encima de ella le fastidian, le incordian, pero por otro lado siente que también necesita que estén encima de ella y no sabe muy bien qué hacer con eso.

Ana denuncia un conflicto importante con el padre de la madre. Están viviendo en la misma casa con el abuelo materno y dice que hay un conflicto muy fuerte entre el abuelo y su padre. El padre empieza a hablar de que ese hombre es un tirano, que se tiene que hacer siempre lo que él dice, y que él ha estado durante muchos años aguantando, pero que un día se cansó, se enfrentó a él y ya no se hablan. En casa hay una situación muy tensa en la que el abuelo está en un sitio, el padre en otro y el resto de la familia en medio. En esta sesión también surge el tema de la marcha de la hermana mayor, que fue vivido de forma traumática al ser una familia muy aglutinada.

Al final de esta sesión se le dice a Ana: «Dices que estas protestando porque piensas que no se preocupan mucho por ti, y se preocupan más por tu peso. ¿Qué cosas les pedirías a tus padres?», y se pasa a una fase de negociación en la que ella pide cosas a sus padres y ellos le piden a ella. Ana pide poder tener más autonomía, tener un cuarto para ella, y los padres le piden que vaya cediendo en los vómitos. No me parece adecuado abordar en este momento el problema del abuelo ya que crea mucho estrés y primero creo necesario dejar de lado cuestiones que enfrenten y/o agobien aún más a los padres. De manera que nos centraremos en las conductas sintomáticas más importantes.

Después de hablar de estos temas se hace una sesión con los padres solos y se les explica de forma pedagógica aspectos del trastorno y el tipo de tratamiento que vamos a realizar.

Les hablamos del tema de la imagen corporal y de la dificultad del paso de la infancia a la adultez y en relación con la protesta de Ana se les plantea que ellos han estado acostumbrados a tener una niña que se portaba muy bien, pero que quizá para empezar a ser adulta va a tener que dejar de ser una niña modelo. Y que eso va a llevar a que si la terapia transcurre como nosotros pensamos, Ana comience a protestar de otra manera, a enfrentarse como una forma de autoafirmación. Es muy importante explicar esto a los padres porque si pensamos que algunas de las conductas tienen que ver con un deseo de diferenciación en una familia aglutinada y con una forma de protesta encubierta en una familia en la cual no se puede hablar de conflictos, al hacer intervenciones esta hija comenzará a enfrentarse a sus padres y estos, de acuerdo con su escala de valores según la cual quererle equivale a no discutir, pueden pensar: «Desde que venimos a esta terapia nuestra hija está mucho peor, porque antes vomitaba y ahora resulta que está peleándose con nosotros todo el día. ¿Qué están haciendo esos terapeutas con nuestra hija y con nuestra familia?». Por ello es muy importante que les expliquemos a los padres cosas que posiblemente sucedan. En este caso que Ana va a empezar a afirmarse y que puede estar más protestona. Les decimos que quizá parte de la protesta la expresa vomitando y que vamos a intentar que vomite palabras en vez de alimentos, es decir, que exprese quejas, protestas, demandas y que ellos no se asusten si les viene todo eso encima, ni que tampoco piensen que su hija tiene razón en lo que diga, sino simplemente que lo tomen como una for-

ma de desahogarse y luego ya iremos discriminando que demandas pueden ser razonables y cuáles no y como poder ir hablando todos de ello. Se les habla también del conflicto entre la dependencia y la autonomía que ya mostró Ana en las primeras sesiones. Una parte de ella quiere depender y que estén atentos y cuidándole todo el tiempo y la otra quiere ser autónoma, lo cual les crea confusión a todos.

En una sesión individual Ana comenta que antes era la alegría de la huerta, la niña modelo, y hablando de cómo se sentía valorada de esta forma comenta: «*Primero te tienen que valorar para poderte valorar tú. Estoy harta de tener que actuar en base a lo que los demás quieren, pero no sé qué hacer*». El actuar en base al deseo del otro, el tener que ser la niña modelo que va cubriendo las expectativas de los padres, maestros, amigos..., bloquea el desarrollo de su personalidad, no se construye como sujeto que puede interactuar de tu a tu con los demás. La evitación de todo conflicto que supone una confrontación y la posibilidad de autoafirmación hace que busque una salida diferente, como pueden ser los vómitos a modo de descarga agresiva, pero pagando un precio muy alto que es el aislamiento y podríamos decir también la alexitimia, esa cabeza vacía. Cuando nos viene una familia que está sufriendo tanto es importante ver los síntomas y toda la problemática que están teniendo, no sólo como algo negativo sino como una oportunidad de crecimiento pues toda crisis lleva en sí misma una capacidad de desarrollo. Vamos a entender este tipo de patología como una crisis que se da en un momento vital y que en-

traña la posibilidad de dar un giro a su vida, de manera que en vez de haber sido una niña modelo y seguir siendo una adulta modelo, pueda conseguir ser una persona autónoma con criterio propio. En ese sentido le comento a Ana que es mucho mejor que le haya pasado esto ahora, a que a los cincuenta años tuviera una depresión por sentir que su vida no tenía sentido y verse fracasada. A partir de ahí hablamos también de que juntos podemos buscar qué es lo que ella desea, porque si actúa en base a los deseos de los demás no puede tener deseo propio, porque no sabe quien es. Le comento que por ahora ha buscado una forma de protesta a través del vómito y que quizá tenemos que buscar juntos algún otro modo para poderse afirmar y protestar que no sea dañándose como está haciendo ahora. Comenta que si se enfrenta a la gente tiene muchísimo miedo de que la rechacen y abandonen. En esta sesión le mando la tarea de vomitar tres veces a la semana y que después de vomitar todo lo que se le ocurra, que intente superar esa cabeza vacía que se le queda después del vómito y que vaya apuntando en un cuaderno qué le sugiere el hecho de haber vomitado.

En la sesión siguiente me comenta que no ha vomitado en toda la semana. Este es un efecto bastante corriente cuando hacemos una «prescripción del síntoma», pero muchas veces, especialmente si existen alteraciones graves de la personalidad y/o el síntoma cumple una función en el sistema familiar, no cesa definitivamente. Como no vomitó, soñó que vomitaba y comenta que después de haber vomitado en el sueño se sentía con mu-

cha tristeza. Y dice: «*Me sentía como un ladrón que se está robando su propia cartera. Me sentía muy vacía*». Le pregunto de qué se vacía para quedarse con esa sensación, y dice: «*Me siento muy sola, como si estuviera perdida en el monte. Me quedo sin todo lo bueno que tengo y me siento muy mala*». Aquí vamos relacionando la agresión, la rabia, la rebelión y todo el sentimiento de culpa que le crea cuando ella se rebela, aunque sea a través de síntomas.

En la siguiente sesión con los padres, les decimos que ellos no tienen que controlar el vómito de la paciente porque si ella quiere afirmarse y rebelarse a través del vómito, cuanto más le digan que no vomite, más lo va a hacer. A ella se le explica lo mismo y vamos a intentar desplazar a otro terreno menos dañino que el vómito la pelea por la autonomización y la autoafirmación. Más adelante les puse la tarea de que tenían que prohibirle fumar y empezaron a hacer la pelea por la autoafirmación y la autonomización en el terreno del tabaco evitando el vómito. En este proceso van surgiendo temas en las sesiones individuales que luego vamos trabajando con los padres o con toda la familia y viceversa, incluyendo intervenciones puramente sistémicas con interpretaciones psicoanalíticas.

En una sesión con Ana vamos descubriendo un tipo de relación con la madre que hasta entonces permanecía muy oculto, en el que existe un deseo de rebelión y este temor a que si se rebela se le abandona, o es mucho más débil y entonces se le somete. Ante la culpa que le crea atacar a

la madre buena y/o la amenaza de abandono, Ana se paraliza y no tiene otra opción que rebelarse a través de los síntomas. Al brindarle el terapeuta una figura que le relaja su superyo y favorecer una escisión temporal de la imago materna gracias a la cual puede ver los aspectos negativos de su madre, la paciente puede conectar con su odio hacia esa «madre mala» y pensar y sentir lo prohibido por la madre interna superyoica y por la madre externa real. Una vez explicitados sus sentimientos y fantasías en relación con todo ello, se le ofrece la otra cara de su madre, una mujer que ha sufrido, que teme ser mala madre, teme ser abandonada y que por eso puede dificultar la autonomización de sus hijos. Pero esta madre no es vista como mala, sino como una mujer con dificultades que necesita ayuda. En este proceso de escindir temporalmente el objeto para observar sus diferentes aspectos y las emociones y fantasías a él ligadas e integrarlo posteriormente con una visión empática permite desbloquear el mundo fantasmático y las emociones antes inhibidas lo cual es básico para superar la alexitimia (Espina, 1995, 1997^a, 1997^b). La pseudoadaptación social, las relaciones sociales dependientes o evitativas, la dificultad para empatizar y la falta de individuación (Krystal, 1979) están asociadas a estos déficits que McDougall (1974, 1985) atribuye a una relación madre-hijo patogénica en la que la gratificación instintiva excesiva o prohibida impide al niño construir una imago de la madre que le sirva para tolerar su ausencia y Krystal (1982) añade que se da una regresión a la posición esquizoparanoide en la que la capacidad de simbolización y la represión no

están adecuadamente constituidas.

A nivel familiar, el conflicto de Ana entre el no poder ser mujer autónoma, ni querer ser niña modelo, se vincula con el aglutinamiento y el temor a la separación vivida como catástrofe. En este abordaje las relaciones familiares, las dificultades de cada uno y su propia familia interna forman un contexto en el que surge el problema y se propicia, en el nuevo contexto terapéutico, el desarrollo de todos.

En la siguiente sesión con los padres exploramos qué sucede con las familias de origen, con sus propias familias. La madre comenta que veía mucha violencia entre sus padres, el padre le pegaba a la madre y ésta le llegó a amenazar con un cuchillo; ella se sentía sin saber qué hacer. Describe a la madre como muy fría, que no era nada cariñosa, y a su padre algo más cariñoso, pero que a partir de que ella cumpliera doce años dejó de serlo. Y comenta que en una de las peleas el padre se fue de casa, y luego le recriminó a la hija que se quedara con su madre en vez de haberse ido con él. De manera que la madre de Ana estaba en una posición de conflicto muy importante «si estoy con mi madre traiciono a mi padre, si estoy con mi padre, traiciono a mi madre», un conflicto de lealtad. La madre comenta que ha pretendido dar a sus hijos lo que ella no tuvo. Decía, «nunca me senté a hablar con mi madre, mi madre no me contaba nada ni yo le podía hablar de mis cosas y la familia estaba muy desunida por el conflicto. Y yo lo que he intentado es que mis hijos tengan lo que yo no tuve. Poder hablar con ellos, estar relacionándome con ellos y que se

puedan sentir a gusto en casa». Ahora, si las hijas quieren irse piensa que es mala madre, al igual que su madre lo fue con ella, la historia se repite. También comenta que sus padres no le dejaron decidir lo que quería hacer, le imponían su voluntad, luego ella repetía lo mismo con su hija. La madre debido al temor al abandono y rechazo había aprendido a evitar los conflictos y buscaba el aglutinamiento y las relaciones simbióticas para compensar lo que sufrió en su familia de origen, recurrió también a no pensar sobre los conflictos desarrollando una personalidad alexitímica. En relación a la discusión y el conflicto decía: “ No sé... no sé si es una cosa que no quieres recordar, que quieres borrar, son cosas que... yo no puedo discutir, me salgo de mis casillas, como no puedo afrontarlo huyo, me marchó, no puedo ver a dos personas que están discutiendo, es superior a mí. Nunca me he enfrentado a nadie, las veces que me he enfrentado pierdo los nervios, una vez por poco tiro a una vecina por la escalera y me dura una semana el ataque de nervios”.

El padre en cambio dice que su familia era desligada, que él tenía poca relación con sus padres y se autonomizó pronto; actualmente ocupa un lugar periférico en el hogar, se dedica a trabajar, llega tarde a casa e interactúa menos con el resto de la familia. Se sentía traicionado, aislado y con gran bloqueo emocional. Al hablar del abuelo y sentirse reconocido puede mostrarse.

La madre, en el momento en que está hablando de cómo percibía a sus padres, dice que se siente muy mal

hablando así de sus padres, que eso le hace sentir muchos remordimientos y dice: «mis padres eran así, pero quizá eran más majos, o quizá lo pongo yo así para adornarlo», la pobre mujer se culpabiliza al hablar de aspectos negativos de sus padres, lo mismo que le pasa a su hija. Hablando de estos temas, podemos ir ayudando a los padres a que comprendan cómo la historia se va repitiendo, y que quizá las mismas dificultades que ellos tuvieron con sus padres, o la solución que intentaron a los conflictos con ellos, luego van determinando las relaciones en la familia actual, y en este caso concreto pueden influir de alguna manera, como un factor, en la aparición y mantenimiento de la patología. En este momento es muy importante apoyar a los padres, desde luego no culpabilizarles y decir que con los hijos la mayoría de las veces nos equivocamos, que ellos están viniendo a terapia y están poniendo todo de su parte para ayudar a su hija. Que juntos vamos a ir hablando de aspectos que pueden estar influyendo en el problema para ver cómo poder ayudar entre todos a Ana.

Otro conflicto importante fue el de la relación con el abuelo. La madre estaba posicionada por su propio padre y su marido estaba en un lugar periférico, ella sentía lo mismo que con su padre y su madre, tenía un conflicto de lealtad entre su padre y su marido. Ana apoyaba secretamente al padre y en un momento de la terapia bastante dramático porque hizo un intento de suicidio, le robó dinero al abuelo y lo metió en la caja de los padres porque sentía que estaban siendo explotados por el abuelo, que no pagaba nada de los gastos del piso te-

niendo bastante dinero y sus padres estaban atravesando dificultades económicas en ese momento. Los padres pensaron que el dinero lo había robado para ella y Ana no explicó que lo había robado para ellos, se sintió incomprendida e injustamente tratada e hizo un intento de suicidio con medicación; la madre se dio cuenta a tiempo, estuvo un par de días ingresada y salió bien.

Ana estaba sintiendo que su padre sufría, que estaba aislado y eso a ella le hacía sufrir bastante. El padre al ver que el tema de su suegro podía tratarse en sesión, empezó a hablar y a hacerse más presente. El había optado por el aislamiento, quedarse en el trabajo, en su cuarto y no relacionarse; ahora comienza a sentirse apoyado y plantea que no puede seguir en esta situación, que no quiere vivir con «esa persona». Pero la madre dice que es su padre. Entonces abordamos el tema de la relación entre los padres y qué decisión van a tomar, en cuanto a si quieren vivir con el abuelo o no. Este conflicto estaba dañando mucho su matrimonio y les hacía estar cada vez mas separados. La madre estaba muy apegada a su padre y el padre de Ana no tenía fuerza para defender su lugar y apoyaba secretamente a Ana en su pelea con la madre. La madre está unida a su padre y no puede vincularse a su marido, se vincula a su hijo y el marido a la hija, la historia se repite. La madre depositaba en la hija su conflicto y ésta espera la valoración de su madre y se asusta de la relación edípica con su padre, el cuerpo sin desarrollar no es deseable, demanda cuidados a su madre y al vez expresa rechazo no queriendo ser gruesa como

ella. Cuando la madre estaba deprimida Ana decía: "No sé lo que le falta, lo que necesita" e intentaba cubrir el vacío de la madre y a la vez necesitaba una madre que le ayudara a ser mujer y que le aceptara como mujer. Al hablar de que sucedería si ella se autonomizara habla de la soledad de la madre, de como el padre se va con los amigos y ella se queda a acompañar a su madre, se preocupa por los dos y no confía en que sus padres puedan arreglarse sin ella, ahí le invito a que no les ayude estando enferma y me permita ayudarles a mí.

El padre va presionando y la madre comprende que tendrá que elegir, si sigue como está tiene padre pero no tiene marido y si se van a otro piso sufrirá por separarse de su padre, pero quizá tenga marido. Este conflicto duró bastante tiempo, hasta que al final deciden irse y separarse del abuelo. A la madre se le dijo que el que hayan tomado esa decisión no implica que no vea a su padre. El padre no quiere ni ir a su casa ni que el abuelo venga a la suya, es decir no quiere ninguna relación con «ese señor», pero va a ser un tema importante a partir del cual podemos ir rompiendo una alianza que se estaba dando hija-padre, y también el que Ana hubiera estado presentando un problema que distrajera del conflicto con el abuelo. El problema que había en casa, que es lo que Ana denunció en la segunda sesión, es que además de su problema estaba el problema del abuelo, pero de eso no se podía hablar. Cuando Ana sale más y se va autonomizando, se empieza a hablar del tema del abuelo y la madre comienza a caer, a deprimirse. Esto es muy frecuente en la terapia de este tipo

de problemas, si la paciente cumple alguna función en el sentido de ayudar a paliar o a ocultar un problema haciéndose cargo de conflictos que no son suyos, los demás pueden estar viviendo preocupados porque la hija no come, o porque la hija vomita, pero evitan otros conflictos. En el momento en que la hija empieza a liberarse de ese rol, cada uno se tiene que ir haciendo cargo de lo suyo, emergen los conflictos que estaban de alguna forma ocultos detrás de la sintomatología y más personas entran en crisis. En este caso, a medida que la hija estaba mejor, la madre dice: «pues yo ahora me siento mucho peor. Me meto en la cama, no tengo ganas de nada. Estoy como estaba mi hija antes, exactamente igual». Desde una perspectiva kleiniana diríamos que las carencias de la madre y el depositarlas por identificación proyectiva en Ana hicieron que ésta fuera la enfermedad de la madre, es decir se hizo cargo de la depresión, la inseguridad, la baja autoestima de la madre, todo lo cual permitía a la madre funcionar normalmente. Este tipo de relación es colusiva (Dicks, 1967; Willi, 1975, 1987; Espina, 1995b) y la mejoría de la hija se acompaña indefectiblemente de la “caída” de la madre, lo cual debe ser tenido en cuenta a la hora de planificar el tratamiento pues es necesario ayudar a la madre a afrontar lo reintroyectado cuando la hija deja de hacerse cargo de lo depositado en ella; el crecimiento de la madre debe ir en paralelo al de la hija, pues el problema es ahora de las dos, se quieren y además la hija no podría tolerar curarse “a costa de su madre”.

A partir de ahí trabajamos con

la madre sus déficits y lo que implica para ella desligarse de su padre, qué es lo que supone y ha supuesto durante todos estos años el conflicto de lealtad entre su marido y su padre. En ese momento se le ofrece un lugar para poder comprender y sentirse comprendida. El siguiente paso va a ser, en la medida en que marido y mujer pueden hablar a solas, reunirles para que cada uno pueda comprender mejor al otro, después de haberse comprendido mejor a sí mismos. Este proceso en el cual ayudamos a una persona a que comprenda qué es lo que le puede estar pasando y a comprender lo que le sucede al otro y reunirles después de hacer lo mismo con la otra persona, sirve para que la comunicación y la búsqueda de soluciones a los problemas que se les plantean sea más rápida y nos evitamos un montón de peleas que se dan cuando la pareja está a la defensiva o peleando con el otro sin saber por qué ni para qué. Se favorece el autoconocimiento y la comprensión de las razones del otro como paso previo a una puesta en común en la que puedan hablar con más sentido de su relación.

De esta forma podemos ir trabajando simultáneamente los niveles comentados, permitir que se vayan resolviendo los problemas relacionales y que cada uno, comprendiendo su historia, pueda ir creciendo y autonomizándose; el proceso será largo pero podemos alcanzar objetivos mucho más amplios que la simple remisión de síntomas. Este tratamiento duró dos años y cinco meses y el número de sesiones fue de 48 con una periodicidad semanal al principio, luego quincenal y finalmente mensual. Las sesiones eran familiares, individuales y de

díadas (padre y madre, madre y Ana); a partir del primer año la terapia se centró en más sesiones con Ana trabajando especialmente los problemas de identidad y control de impulsos y se hacían sesiones puntuales con los padres o el resto de la familia si era necesario.

Resultados

Vamos a presentar los resultados comparando la evaluación pretratamiento (evaluación 0) con el fin de la terapia a los 2 años y 5 meses (evaluación 1) y el seguimiento al año y cinco meses de finalizada la terapia (evaluación 2).

Comentar en primer lugar los síntomas de Ana, en la tabla 3 podemos apreciar como el EAT detecta el

trastorno alimentario y que Ana padecía al inicio del tratamiento un cuadro ansioso grave, una depresión también grave y una alexitimia muy grave (en el estudio de Bourke et al. (1992), la puntuación máxima encontrada en anoréxicas fue de 90). En el BPRS (tabla 4) encontramos un cuadro clínico grave en el que coexisten síntomas psicóticos y neuróticos.

En la evaluación 1, al fin del tratamiento, vemos como ceden todos los síntomas, quedando únicamente una depresión mínima, se normaliza el EAT y desaparece la alexitimia. En el seguimiento la ansiedad ha subido ligeramente, debido según Ana a que se encontraba en exámenes, la depresión ha desaparecido y no han aparecido síntomas.

En el MMPI (tabla 5) vemos en la evaluación 0 una personalidad

Tabla 3. Resultados en Variables clínicas (Ana) (pruebas autoaplicadas)

Ansiedad (SAS)	54	36	40
Depresión (BDI)	36	14	9
Alexitimia (TAS)	106	70	72
Actitud ante la comida (EAT)	37	9	4

muy alterada (la alteración no se puede atribuir a la desnutrición, pues había sido dada de alta recientemente y su estado somático no era grave en el inicio de la terapia), en la que seis escalas clínicas presentan puntuaciones muy anormales (Esquizofrenia 97; Paranoia 80; Psicastenia 95; Hipocondría 96; Depresión 87; Histeria 83) coexistiendo rasgos psicóticos y neuróticos, lo cual conforma un trastorno border-

line de la personalidad que, como ya veíamos, se da en un tercio de los trastornos alimentarios. La introversión es importante, presenta un Yo débil y gran necesidad de dependencia, junto con una responsabilidad ligeramente elevada. El yo débil, la depresión, los rasgos obsesivos, la necesidad de dependencia y el ser responsable en exceso puede estar asociado a la niña modelo insegura, con baja autoestima, que ne-

Tabla 4. Resultados en la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) pasada a Ana. (seleccionados los valorables).

	Evaluación 0	Evaluación 1	Evaluación 2
Ansiedad	6	1	2
Depresión	6	2	1
Culpa	5	1	1
Hostilidad	4	1	1
Desconfianza	3	1	1
Cont. Pensamiento anormal	2	1	1
Alucinaciones	3	1	1
Suicidio	6	1	1
Autonegligencia	6	1	1

1=no valorable; 2=muy ligero; 3=ligero; 4=moderado; 5=moderadamente severo; 6=severo; 7=extremadamente severo.

Tabla 5. Resultados en el MMPI de Ana (en centiles)

	EVALUACION 0	EVALUACION 1	EVALUACION 2
Hipocondría	96	65	53
Depresión	87	50	59
Histeria	83	60	50
Desviación Psicopática	56	57	60
Masculino/ Femenino	46	40	47
Paranoia	80	60	50
Psicastenia	95	54	56
Esquizofrenia	97	60	63
Manía	49	46	37
Introversión social	74	48	55
Fuerza del yo	19	51	48
Dependencia	75	51	52
Dominancia	48	65	57
Responsabilidad	60	55	60
Control	50	58	56

cesita aferrarse a un objeto que le brinde seguridad y al que no puede decepcionar, pero que con las puntuaciones en esas escalas y añadiendo las de esquizofrenia, paranoia e hipocondría,

nos hablan de una alteración más profunda de la personalidad que van mucho más allá de una chica insegura.

Al finalizar el tratamiento en-

EVALUACIÓN Y PROCESO TERAPÉUTICO EN UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA

contramos que se normalizan todas las escalas clínicas, aunque las de hipcondría, histeria, esquizofrenia y paranoia están algo elevadas. Ana ya no es introvertida, tiene un Yo con una fortaleza adecuada, no tiene unas necesidades de dependencia anormales, tiene buena iniciativa social, no es excesivamente responsable y tiene más control de su personalidad. En el seguimiento al año y cinco meses de finalizada la terapia en ninguna escala clínica aparecen puntuaciones que de-

noten patología. En los factores de segundo orden vemos que la responsabilidad vuelve a subir aunque no está asociada a rasgos obsesivos.

Respecto al ajuste social, vemos en la tabla 6 que en la evaluación 0 el ajuste es bastante malo en prácticamente todas las áreas. En la evaluación 1 se normalizan todas las áreas, en la evaluación 2 los cambios se mantienen (ver tabla 6).

Tabla 6. Resultados en Ajuste social (Ana)

	Evaluación 0	Evaluación 1	Evaluación 2
Trabajo	74	33	30
T. Libre	84	31	45
Familia	62	47	37
Relaciones con el otro sexo	70	33	40
Ejecución	93	23	20
C. Interpersonal	92	36	46
Fricción	20	46	20
Sentimientos	78	42	43

En la tabla 7 podemos ver los resultados de las pruebas pasadas a los padres. Vamos a referirnos en primer lugar al padre. En él encontramos que al finalizar la terapia es más extravertido, pero en el seguimiento vuelve a la puntuación anterior. No presentaba alteraciones de la personalidad ni psicopatológicas. La madre presenta-

ba un cuadro ansioso (SAS=40) que cede al finalizar el tratamiento y no reaparece en el seguimiento; a nivel de la personalidad encontramos que en ella desaparece la alexitimia y aumenta la extraversión, todo lo cual se mantiene en el seguimiento. El apoyo social es medio en las tres evaluaciones en ambos cónyuges.

Tabla 7. Resultados en personalidad, ansiedad, depresión, apoyo y estrés social en los padres en las tres evaluaciones.

PADRE				MADRE			
ESCALAS	EVALUACION			ESCALAS	EVALUACION		
	0	1	2		0	1	2
EPQ (centiles) NEUROTIC.	45	40	50	EPQ N	50	35	35
EXTRAVER S.	50	80	50	E	15	60	60
PSICOTICIS.	50	50	50	P	35	50	35
SINCERIDA D	95	90	90	S	10	15	10
ANSIEDAD (SAS)	31	25	29	ANSIEDAD (SAS)	41	35	35
DEPRESION (BDI)	6	2	3	DEPRESION (BDI)	8	3	6
ALEXITIMI A (TAS)	72	62	65	ALEXITIMI A (TAS)	80	74	72
ESTRES SOCIAL	14	6	10	ESTRES SOCIAL	8	0	4
APOYO SOCIAL	26	20	27	APOYO SOCIAL	21	22	22

En la relación de pareja (ver tabla 8) encontramos que, aunque en la evaluación 0 el ajuste era adecuado, mejora en la Ev.1 en ambos cónyuges y en la Ev.2 se mantiene la mejoría en el marido mientras que la esposa vuelve al ajuste previo.

Respecto al clima familiar, vamos a ir describiendo las escalas de la FES: La *cohesión* tanto del padre como de la madre está en la media para población española en las tres evaluaciones, mientras que Ana en la Ev.1 percibía más cohesión y en la Ev.2 se

Tabla 8. Resultados en ajuste diádico en los padres.

PADRE				MADRE			
ESCALAS	EVALUACION			ESCALAS	EVALUACION		
	0	1	2		0	1	2
AJUSTE DIADICO				AJUSTE DIADICO			
CONSENSO	50	50	50	CONSENSO	50	52	50
SATISFAC.	42	45	42	SATISFAC.	43	46	44
AFECTO	10	10	9	AFECTO	11	10	9
COHESION	17	19	22	COHESION	17	17	17
TOTAL	118	124	123	TOTAL	121	125	120

igual a la media. La *expresión libre de sentimientos* puntúa alto en el padre en las tres evaluaciones, en la madre va subiendo progresivamente y Ana lo sitúa en la media. La *expresión libre de conflictos* es más bien baja en los padres, Ana se sitúa en la media en la Ev.2. El grado de seguridad y auto-suficiencia (*Autonomía*) es percibido como bajo por el padre en la primera evaluación, en la madre en todas, mientras que Ana lo percibe normal en la Ev.0 y muy bajo en la Ev.2. La orientación a la competencia (*Actuación*) es

percibida como baja por Ana en las dos evaluaciones, normal en el padre en todas y baja por la madre en la Ev.2. Los *intereses culturales* se normalizan en la madre después de la intervención (antes puntuaba bajo), el padre y Ana los perciben en la media. Los *intereses social-recreativos* suben en el padre después de la terapia, en la madre suben en la Ev.1 y bajan en la Ev.2 y en Ana suben en la Ev.2. La *organización* es percibida como baja por el padre, la madre la percibe alta al inicio de la terapia, baja al finalizarla y

normal al seguimiento, Ana la percibe normal al inicio y baja al seguimiento. El *control* es percibido como bajo por el padre en las evaluaciones 0 y 2 y en la media en la Ev.1 y la madre baja especialmente en las Ev.1 y 2. Ana la percibe baja en la Ev.0 y normal en la Ev.2.

Respecto a los hermanos, en la evaluación 0 no tenían sintomatología depresiva ni ansiedad y no eran alexitímicos, todo lo cual se mantiene en la evaluaciones 1 y 2.

Los vínculos evaluados a través de PBI, mostraron los siguiente

Tabla 9. Resultados en clima familiar en los padres.

ESCALAS	PADRE			ESCALAS	MADRE		
	EVALUACION				EVALUACION		
	0	1	2		0	1	2
CLIMA FAMILIAR				CLIMA FAMILIAR			
COHESION	56	52	56	COHESION	52	52	47
EXPRESIV.	63 *	68 *	68 *	EXPRESIV.	53	58	63*
CONFLICTO	45	45	45	CONFLICTO	45	45	45
AUTONOMIA	40	51	57	AUTONOMIA	46	40	46
ACTUACION	52	57	57	ACTUACION	52	47	42
INTE-CULT	51	51	51	INTE-CULT	40	51	51
SOC-RECRE	44	48	48	SOC-RECRE	44	48	39 *
MORAL-REL	39 *	49	44	MORAL-REL	49	49	44
ORGANIZA	39 *	39 *	30 *	ORGANIZA	58	39 *	49
CONTROL	40	49	40	CONTROL	45	40	40

Tabla 10. Resultados en Clima Social (FES) de Ana. (no rellenó el cuestionario en la Ev. 1).

	Evaluación 0	Evaluación 2
Cohesión	60	52
Expresión	53	47
Conflicto	45	49
Autonomía	51	34 *
Actuación	42	42
Intereses-culturales	56	56
Social-recreativo	39 *	48
Moral-religioso	44	44
Organización	54	34 *
Control	35 *	49

(ver tablas 11 y 12): En todas evaluaciones Ana percibía a su padre como habiendo tenido con ella un vínculo óptimo (baja sobreprotección y alto cuidado, mientras que en relación a la madre percibe un vínculo óptimo en la Ev.0, de control sin afecto en la Ev.1 y en la Ev.2 percibe un vínculo constreñido (alto en sobreprotección y cuidado).

La madre percibe un vínculo constreñido con su padre y de control sin afecto con su madre en las tres evaluaciones. El padre percibe un vínculo óptimo con sus padres en las dos primeras evaluaciones y constreñido en el seguimiento.

La hermana percibe un vínculo de control sin afecto en ambos pa-

Tabla 11. Resultados en vínculos parentales percibidos por los padres

PADRE				MADRE			
PBI	EVALUACION			PBI	EVALUACION		
	0	1	2		0	1	2
SOB. PADRE	13	16	18	SOB. PADRE	21	24	21
CUI. PADRE	27	31	28	CUI. PADRE	23	20	23
SOB. MADRE	12	15	17	SOB. MADRE	21	22	21
CUI. MADRE	27	31	28	CUI. MADRE	19	20	20

Tabla 12. Resultados en vínculos parentales percibidos por las hermanas

ANA				HERMANA			
PBI	EVALUACION			PBI	EVALUACION		
	0	1	2		0	1	2
SOB. PADRE	16	13	14	SOB. PADRE		25	14
CUI. PADRE	24	21	19	CUI. PADRE		16	31
SOB. MADRE	17	21	19	SOB. MADRE		26	16
CUI. MADRE	26	20	25	CUI. MADRE		9	30

dres en la evaluación 1 (no se le pasaron pruebas en la Ev.0, debido a su edad) y óptimo en el seguimiento. El hermano percibe un vínculo de control sin afecto en ambos padres en la Ev. 1 (en la Ev. 0 y 2 se encontraba fuera).

En la escala de percepción del cambio después de la terapia vemos que todos perciben mucho mejor a

Tabla 13. Opinión de los miembros de la familia sobre la situación actual comparada con el inicio del tratamiento.

Cómo percibe a:	Ana		Padre		Madre		Hermano		Hermana	
	Ev. 1	Ev. 2	Ev. 1	Ev. 2	Ev. 1	Ev. 2	Ev. 1	Ev. 2	Ev. 1	Ev.2
Ana	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Padre	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5
Madre	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5
Hermano	4	5	4	3	3	4				5
Hermana	4	5	4	3	3	4	4	4		
Relación con el padre	5	5					3	3	3	3
Rel. con la madre	4	5					3	3	4	3
Relación con Ana			5	5	4	4	4	4	5	5
Relación de los padres	3	5	4	3	4	3	3	3	3	3
Relaciones familiares	4	5	5	4	4	3	3	3	4	4

1=mucho peor; 2=peor; 3= igual; 4=mejor; 5=mucho mejor.

Discusión

En primer lugar vemos como el cuadro clínico desaparece con la intervención, no solo la anorexia nerviosa sino toda la sintomatología asociada, que revestía cierta gravedad. Respecto a la personalidad, la alexitimia desaparece a pesar de su gravedad (en otro trabajo desarrollo más el cambio en la alexitimia en esta familia. Espina, 1997) y el trastorno borderline también cede y todas las escalas del MMPI se normalizan produciéndose una reestructuración de la personalidad: el Yo se fortalece, el control de

Ana, al padre y madre también se les percibe mejor o mucho mejor. A los hermanos se les percibe igual o mejor, la relación de Ana con los padres mejora, la relación con Ana mejora según todos los miembros de la familia. La relación entre los padres no sufre muchos cambios y las relaciones familiares mejoran.

su personalidad, la autonomía y la iniciativa social aumentan. Todo indica que la que fue "niña modelo", hasta que aparecieron todas las deficiencias en la estructuración de su personalidad, ha podido seguir un proceso en el que se ha desarrollado como persona a través del vínculo con el terapeuta y al encontrar un contexto familiar en el que se ha podido diferenciar de su madre y dejar de asumir el rol delegado de la niña débil, dependiente y que debe cumplir los deseos de los demás, sin saber ni quién es ni qué quiere. Este proceso no se podía dar en un contexto familiar disfuncional y pode-

mos decir que los déficits en la estructuración de la personalidad de Ana estaban relacionados con los estilos de apego y el atrapamiento en el que se encontraba que, desde una perspectiva lacaniana (Lacan, 1966), le situaba en el rol de la depositaria de la falta de la madre, con un padre que no podía ejercer su función de portador de una ley que permitiera la diferenciación de madre e hija y el poder constituirse Ana como sujeto.

El ajuste social también se normaliza mostrando una adecuada autonomización y desarrollo en lo extra e intrafamiliar.

Respecto a la madre vemos cómo cede la ansiedad, que podría estar motivada por el estado de su hija y el conflicto con su padre y, por otro lado, deja de ser alexitímica y se vuelve más extravertida, quizás esto se deba a que ha podido superar el temor a hablar de los conflictos al ver que en el contexto terapéutico se podían abordar sin riesgo, lo cual le ha permitido contactar con sus emociones y aprender a expresarlas. Todo ello favorecerá su desarrollo y su vinculación con los demás, antes perturbada.

La pareja se ve bien ajustada en el EAD en todas las evaluaciones y el marido se muestra más satisfecho de la relación después del tratamiento, quizás al haber resuelto el problema con el suegro; de todas maneras en la evaluación 0 no mostraron el conflicto larvado que existía en la pareja en relación al padre de ella, lo cual se deba a la deseabilidad social, la evitación de conflicto, el nivel de expectativas puestas en el matrimonio, o el que

la relación no se viera realmente dañada por existir acuerdos y satisfacción suficiente.

En los vínculos parentales percibidos, Ana percibía en todas las evaluaciones a su padre como habiendo tenido un vínculo óptimo, lo cual se corresponde con las descripciones que hacían en las sesiones. En la madre percibe un vínculo óptimo en la Ev.1 lo cual puede deberse a una idealización pues la información vertida en terapia no se correspondía con ese tipo de vínculo, en la Ev.1 percibe un vínculo de control si afecto y en la 2 constreñido lo cual se acerca más a la información dada. Parece que Ana ha ido construyendo una nueva percepción, más acorde con la realidad a partir de la idealización primera.

Su hermana percibía en la Ev.1 un vínculo de control si afecto, lo cual se correspondía con las descripciones que hacían, el que en el seguimiento perciba un vínculo óptimo quizás se deba a que cambió el tipo de relación con ella al haberse trabajado en sesión el modo de relacionarse. El hermano percibía un vínculo de control sin afecto en la ev.1, pero no rellenó el cuestionario en las otras evaluaciones por hallarse fuera.

La madre ha repetido con Ana el tipo de vínculo que tenía con su padre, constreñido, y con los otros dos hijos el que tenía con su madre, control sin afecto, aunque con al terapia pudo modificar el vínculo con la hija pequeña. Parece que reprodujo con Ana el mejor vínculo que tuvo en su infancia, aunque no era adecuado, estableciendo con ella una relación ex-

cesivamente cercana que impidió su desarrollo, al igual que le pasó a ella con su padre. El padre en las dos primeras evaluaciones muestra un vínculo óptimo con ambos padres, aunque sus descripciones se corresponden más con un vínculo débil.

En el clima familiar Ana percibía más compenetración y apoyo mutuo en la evaluación 1, quizás debido a que toda la familia se volcó en la terapia y pusieron todo de su parte para resolver los problemas. La expresión más libre de los sentimientos percibida por la madre en las Evs. 1 y 2 puede deberse a que es más extravertida y no es alexitímica y a que realmente la familia era más expresiva. Respecto a la expresión de conflictos, los padres siguen viendo a su familia como ligeramente evitadora de conflictos, quizás por deseabilidad social, pues el conflicto lo expresaban abiertamente tanto al finalizar la terapia como en el seguimiento. La baja puntuación en autonomía mostrada por la madre puede estar asociada a la necesidad de aglutinamiento y la percepción tan baja de Ana en la Ev.2 quizás se deba a que puede ver a la familia más de afuera y percibe el aglutinamiento, cosa que antes no podía percibir, debido a que la necesidad de autonomía no se podía mostrar. El aumento percibido de los intereses culturales, sociales y recreativos después de la terapia puede estar asociado a la mayor apertura al exterior mostrada por la familia. Respecto a la importancia que se da a la organización y planificación (OR) y a las normas y reglas (CN) el padre percibe una familia de "dejar hacer" en casi todas las evaluaciones, la madre percibe bajo el

control y una organización media. El padre comentaba en terapia que le gustaba ir a su aire y la madre no se mostraba muy preocupada por las reglas y la organización. Ana, sin embargo, percibe en la evaluación 2 una normalización de normas y reglas.

En resumen, podemos afirmar respecto al clima familiar que después de la intervención, la familia percibe que expresa más libremente las emociones, sigue siendo aglutinada, se vuelca más en el exterior; según el padre tiende al modelo de "dejar hacer", la madre percibe poco control y organización media y Ana poca organización y control normal.

La escala de evaluación del cambio por parte de la familia muestra claramente las áreas que perciben que han cambiado y coinciden con las apreciaciones del terapeuta.

En este caso podemos hipotetizar que las problemáticas de los padres han llevado a que Ana no pueda desarrollar una personalidad adecuada, al ocupar un lugar que no le permitía crecer como persona. En la edad adulta, la presión intrafamiliar ante el momento de la emancipación rompe el equilibrio de Ana y aparece la sintomatología, que expresa tanto las dificultades de Ana, como la crisis de un sistema que no puede adaptarse a los cambios que impone el ciclo vital. La función y los patrones de mantenimiento de síntomas (Sluzki, 1981), son tan importantes como las carencias personales y el desarrollo individual de los miembros del sistema, por ello la terapia familiar y la individual se potencian permitiéndonos intervenir

en los diferentes niveles con buenos resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1993): Practice guideline for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150 (2), 212-228.
- ANDOLFI, A. y ANGELO, C. (1985): Famiglia e individuo in una prospettiva trigerazionale. *Terapia Familiare*, 19, 17-23.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. y SPARKS, L. (1973). *Invisible loyalties*. New York. Harper and Row.
- BOURKE, M.P., TAYLOR, G.J., PARKER, J. y BAGBY, R.M. (1992): Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminar investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161:240-243.
- BOWEN, M. (1978): *Family Therapy in clinical practice*. New York. Jason Aronson.
- BREWERTON, T.D., HAND, J.D., BISHOP, E.M. (1993). The tridimensional personality questionnaire in patients with eating disorders. *Int. J. Eating Disorders*, 14, 213-218.
- CANEVARO, A. (1995): Terapia familiar trigeracional. En M. Garrido y A. Espina (Eds.): *Terapia familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid: Fundamentos.
- CASTRO, J., TORO, J., SALAMER, M. y GUIMERÁ, E. (1991): The eating attitudes test: validation fo the spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7, 2, 175-190.
- CLONINGER, C.R. (1987): A systematic method for clinical description and clasification of personality variants. *Arch, Gen. Psyciatry*, 44, 573-588.
- CONDE, V. y FRANCH, J.I.(1984): Escalas de evaluación conductual para la clasificación de sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos. Valladolid. Departamento de psicología médica de la Universidad de Valladolid.
- CRISPO, R., FIGUEROA, E., GUEJAR, D. (1994): *Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio*. Barcelona: Herder.
- DARE, C. (1983): Family Therapy for Families Containing an Anoretic Youngter. En *Understanding Anorexia Nervosa and Bulimia*. Ross Laboratories, Columbus (Ohio).
- DARE, C., EISLER, I., RUSSELL, G.F.M. y SZMUKLER, G. (1990): The Clinicaland Theoretical Impact of a Controlled Trial of Family Therapy in Anorexia Nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy*. 16 (1), 39-57.
- ESPINA, A. (1981): Anorexia mental. Individuo y familia. *Clínica y análisis grupal*, 4, 82-93.
- ESPINA, A. (1987): *Perspectivas en psicoanálisis. Estructura borderline, psicosis y feminidad*. Madrid: Fundamentos.
- ESPINA, A. (1995a): Algunas claves psicoanalíticas para terapeutas familiares. En M. Garrido y A. Espina (Eds.): *Terapia familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid: Fundamentos.
- ESPINA, A. (1995b): Aportaciones psicoanalíticas y sistémicas a la terapia de pareja en los trastornos psicósomáticos. En M. Garrido y A.

Espina (Eds.): *Terapia familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid: Fundamentos.

- ESPINA, A., PUMAR, B., GARCIA, E., AYERBE, A. (1995): Una revisión de los estudios controlados sobre interacción familiar en al anorexia nerviosa. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 27, 5-17.

- ESPINA, A. (1996): Terapia familiar sistémica en la anorexia nerviosa. En A. Espina y B. Pumar (Eds.): *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Madrid: Fundamentos.

- ESPINA, A. (1997a): El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. (En prensa).

- ESPINA, A. (1997b): Psicoterapia relacional de la alexitimia. Un caso de anorexia nerviosa. (En prensa).

- FISH, R., WEAKLAND, J.H. y SEGAL, L. (1982): *The tactics of change*. Jossey-Bass Publishers: San Francisco.

- GARNER, D.M. y GARFINKEL, P.E. (1979): The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 9, 273-279.

- GARFINKEL, P.E. y GARNER, D.M. (1982.): *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*, New York: Brunner Mazel.

- GARFINKEL, P.E., GARNER, D.M., ROSE, J., DARBY, P.L., BRANDES, J.S., O'HANLON, J. y WALSH, N. (1983): A Comparison of Characteristics in the Families of Patients with Anorexia Nervosa and Normal Controls. *Psychological Medicine*. 13, 821-828.

- GARTNER, A.F., MARCUS, R.N., HALMI, K. LORANGER, A.W. (1989): DSM-III-R Personality

disorders in patients with eating disorders, *Am J Psychiatry*, 146, 1585-91.

- HALEY, J. (1976): *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- HALEY, J. (1980): *Leaving Home*. New York: McGraw-Hill.

- HALL, A. y CRISP, A.H. (1987): Bruch psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 151, 185-191.

- JOHNSON, C. y WONDERLICH, S.A. (1992): Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. En J.H. Crowther (Ed.): *The etiology of bulimia nervosa*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.

- KEYS, A., BROZEK, J. HENSCHEL, A. et al. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- KLEIN, M. (1946): Notes of some schizoid mechanism. En M. Klein: *Developments in psychoanalysis*. London: The Hogarth Press.

- KRISTAL, H. (1979): Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33: 17-31.

- KRYSTAL, H. (1982). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int. J Psychoanal. Psychoter.* 9:353-378.

- LACAN, J. (1966): *Ecrits*. París: Seuil.

- LAQUATRA, T.A., CLOPTON, J.R. (1994): Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addictive Behaviors*, 19, 4:373-380.

- MADANES, C. (1981): *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.

- MAN, L.S. WISE, T.N. y SHAY, L. (1992): Factor analysis of Toronto

- Alexithymia Scale: Elucidation of paolythetic construct. *Psychoter. Psychosom.*, 58:40-45.
- McDOUGALL, J. (1974): The psychosoma and psychoanalytic process. *Int. Rev Psychoanl.* 1:437-1459.
 - McDOUGALL, J. (1985): *Theaters of the mind: Illusion and truth on the psychoanalytic stage.* New York: Basic Books.
 - MARTY, P. y MUZAN, M. (1963): La "pensée opératoire". *Revue Française de Psychanalyse.* 27 (suppl.):1345-1356.
 - MINUCHIN, S. (1974). *Familias y terapia familiar.* Barcelona: Gedisa.
 - MINUCHIN, S., BAKER, L., ROSMAN, B.L., LIEBMAN, R., MILMAN, L. y TODD, T.C. (1975): A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children, *Archives of General Psychiatry*, 32,1031-1038.
 - MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L. y BAKER, L. (1978): *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context.* Cambridge: Harvard University Press.
 - MIRKIN, M.P. (1983): The Peter Pan syndrome: Inpatient Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa. *International Journal of Family Therapy*, 7,179-189.
 - MOOS, R.H. y MOOS, B.S. (1981): *Family Environmental Scale Manual.* Palo Alto California. Consulting Psychological Press.
 - NEMIAH, J.C. (1977): Alexithymia. Theoretical considerations. *Psychoter. Psychosom.* 28:199-206.
 - OVERALL, J.E. y GORHAM, H.R. (1962). The brief Psyciatric rating Scale. *Psychologica Reports*, 10, 799-812.
 - PARKER J., TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M. (1989): The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Compr. Psychiatry*, 30:434-441.
 - PIRAN, N., LERNER, P., GARFINKEL, P.E., KENNEDY, S.H., BROUILLETTE, C.(1988): Personality disorders in anorexic patients. *Int. J. Eating Disorders*, 7, 589-599.
 - RUSELL, G.F.M., SZMUKLER, G.I., DARE, C. y EISLER, I. (1987): An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.
 - SELVINI, M. (1974): *Self-Starvation.* London .Chaucer Publishing.
 - SELVINI, M. (1988): *I Giochi Psicotici nella Famiglia .* Milan, Feltrinelli.
 - SELVINI, M. y VIARO, M. (1988): The anoretic Process in the Family: A Six Stage Model as a Guide for Individual Therapy. *Family Process*,27, 129-148.
 - SLUZKI, C. (1981): Process of symtom produccion and patterns of symtom maintenance. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 273-280.
 - SOHLBERG, S. y STROBER, M. (1994): Personality in anorexia nervosa: an update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 378 (supl) 1-15.
 - SPANIER, G. B. (1976): Measuring dyadic adjstment: New scales for assessing the quality o marriage and similar dyads. *Journal od marriage and the family*, 2, 15-28.
 - STIERLIN, H. y WEBER, C. (1989): *Detrás de la Puerta Familiar.* Barcelona: Gedisa.
 - STEIGER, H., GOLDSTEIN, C.,

eating Dis, 9, 129-40.

- STROBER, M (1980). Personality and syntomatologicval features in young nonchronic anorexia nervosa patients. *J psychoasom Res*, 24, 353-9.

- STROBER, M. (1983). Personality factors in anorexia nervosa. *Pediatrician*, 12, 134-138.

- STROBER, M. (1991). Disorders in the self in anorexia nervosa: an organismic-developmental paradig,. En C Johnson (Ed.). *Treatment of anorexia nervosa and bulimia Psychodinamic*. New York: Guilford Press.

- STROBER, M. y YAGER, J. (1985): A Developmental Perspective on the Treatment of Anorexia Nervosa in Adolescents. En D.M. Garner P.E., y Garfinkel (Eds.): *Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press.

- TAYLOR, G.J., RYAN, D.P. y BAGBY, R.M. (1985): Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychoter psychosom*, 44:191-199.

- TODD, T.C. (1985): Anorexia Nervosa and Bulimia: Expanding the Structural Model. En: M.P. Mirkin y S.L. Koman (Eds.): *Handbook of Adolescents and Family Therapy*. New York: Gardner Press.

- VANDEREYCKEN, W. (1987): The constructive family approach to eating disorders: Critical remarks on the use of family therapy in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 4, 455-467.

y VANDERLINDEN, J. (1991): *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.H. y FISCH, R. (1974): *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.

- WATZLAWICK, P. (1980): *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.

- WEISSMAN, M.M. y BOTHWELL, S. (1976): Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115.

- WHITE, M. (1983). Anorexia Nervosa: A Transgenerational System Perspective. *Family Process*. 22,(3), 255-273.

- WHITE, M. (1986): Anorexia nervosa. A cybernetic perspective. En J. Elka-harkaway (Ed.): *Eating disorders and family Therapy*. New York: Aspen.

- WILLI, J. (1975): *La pareja humana. Relación y conflicto*. Madrid: Morata.

- WILLI, J. (1987): Il concetto di collusione: un' integrazione tra approccio sistemico e psicodinamico alla terapia di copia. *Terapia familiare*, 23, 27-39.

- WONDERLICH, S.A., SWITF, W.J., SLOTNICH, H.B., GOODMAN, S. (1990): DSM-III personality disorders in eating subtypes. *Int. J. eating Disorders*, 9, 607-617.

- YAGER, J., LANDSVERK, J., EDELSTEIN, C.K.M., HYLER, S.E. (1989): Screening for axis II

- MONGRAIN, M., VAN DER FEEN, J. (1990): Description of eating-disordered, psychoatric, and normal women along cognitive and psychodynamic dimensions. *Int J eating Dis*, 9, 129-40.
- STROBER, M (1980). Personality and syntomatologicval features in young nonchronic anorexia nervosa patients. *J psychoasom Res*, 24, 353-9.
- STROBER, M. (1983). Personality factors in anorexia nervosa. *Pediatrician*, 12, 134-138.
- STROBER, M. (1991). Disorders in the self in anorexia nervosa: an organismic-developmental paradig,. En C Johnson (Ed.). *Treatment of anorexia nervosa and bulimia Psychodinamic*. New York: Guilford Press.
- STROBER, M. y YAGER, J. (1985): A Developmental Perspective on the Treatment of Anorexia Nervosa in Adolescents. En D.M. Garner P.E., y Garfinkel (Eds.): *Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press.
- TAYLOR, G.J., RYAN, D.P. y BAGBY, R.M. (1985): Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychoter psychosom*, 44:191-199.
- TODD, T.C. (1985): Anorexia Nervosa and Bulimia: Expanding the Structural Model. En: M.P. Mirkin y S.L. Koman (Eds.): *Handbook of Adolescents and Family Therapy*. New York: Gardner Press.
- VANDEREYCKEN, W. (1987): The constructive family approach to eating disorders: Critical remarks on the use of family therapy in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 4, 455-467.
- VANDEREYCKEN, W., KOG, E. y VANDERLINDEN, J. (1989): *The family approach to eating disorders*. New York: PMA Publishing Corp.
- VANDEREYCKEN, W., CASTRO, J. y VANDERLINDEN, J. (1991): *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.H. y FISCH, R. (1974): *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New york: Norton.
- WATZLAWICK, P. (1980): *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
- WEISSMAN, M.M. y BOTHWELL, S. (1976): Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115.
- WHITE, M. (1983). Anorexia Nervosa: A Transgenerational System Perspective. *Family Process*. 22,(3), 255-273.
- WHITE, M. (1986): Anorexia nervosa. A cybernetic perspective. En J. Elka-harkaway (Ed.): *Eating disorders and family Therapy*. New York: Aspen.
- WILLI, J. (1975): *La pareja humana. Relación y conflicto*. Madrid: Morata.
- WILLI, J. (1987): Il concetto di collusione: un' integrazione tra approccio sistemico e psicodinamico alla terapia di copia. *Terapia familiare*, 23, 27-39.
- WONDERLICH, S.A., SWIFE, W.J., SLOTNICH, H.B., GOODMAN, S. (1990): DSM-III personality disorders in eatting subtypes. *Int. J. eating Disorders*, 9, 607-617.
- YAGER, J., LANDSVERK, J., EDELSTEIN, C.K.M., HYLER, S.E. (1989): Screening for axis II

personality disorders in women with bulimic eating disorders. *Psychosomatic*, 30, 255-262.

- YAGER, J. (1994): Psychosocial treatments for eating disorders. *Psychiatry*, 57, 153-164.