

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **CÉSAR FABRICIO SANDOVAL MALDONADO**, con CC. 172458663-9, autor del trabajo de graduación intitulado: **“LA ESTRUCTURACIÓN DE LA IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO Y SU RELACIÓN CON LA ANOREXIA”**. Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica con cinco terapeutas que han trabajado con casos de anorexia de la ciudad de Quito, periodo enero-mayo 2017, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGO CLÍNICO**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, junio 2017



CÉSAR FABRICIO SANDOVAL MALDONADO
CC. 172458663-9

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ÁREA CLÍNICA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCION DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

**“La estructuración de la imagen inconsciente del cuerpo y su
relación con la anorexia. Estudio realizado desde la teoría
psicoanalítica con cinco terapeutas que han trabajado con casos
de anorexia de la ciudad de Quito, periodo Enero – Mayo 2017”**

CÉSAR FABRICIO SANDOVAL MALDONADO

DIRECTOR:

MSC. BECQUER REYES

QUITO, JUNIO 2017

DEDICATORIA

*A todas las personas que participaron en este estudio
va dedicado este trabajo,
porque sin su colaboración no podría haberse realizado.*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Director de Disertación Msc. Becquer Reyes quien se encargó de guiar todo este proceso;

A los y las profesionales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador quienes con su sabiduría contribuyeron con la parte práctica del presente estudio;

A la Facultad de Psicología de la universidad y todos sus docentes quienes se encargaron de formarme.

Agradezco a mis padres que siempre estuvieron a mi lado para apoyarme en los buenos y en los malos momentos.

A mis hermanos y sobre todo a mi hermana menor que siempre ha estado a mi lado en todo momento.

A toda mi familia que siempre creyó en mí y me apoyo de distintas maneras.

A todos mis amigos y también a esa persona especial quien me apoyo durante este proceso más que nadie.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
TABLA DE CONTENIDOS.....	IV
RESUMEN	VI
INTRODUCCIÓN.....	1
1. LA IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO.....	4
1.1 La imagen inconsciente del cuerpo desde la lectura de Françoise Dolto.....	9
1.2 Formación de la imagen inconsciente del cuerpo desde el narcisismo.....	12
1.3 Diferenciación entre esquema corporal e imagen inconsciente del cuerpo	13
2. LA ANOREXIA.....	15
2.1. Definición de Anorexia	15
2.1.1. Criterios diagnósticos de la Anorexia.....	17
2.2. La Anorexia desde el Psicoanálisis.....	20
3. ANÁLISIS DE DATOS DE INVESTIGACIÓN	23
3.1 Metodología.....	23
3.2. Primera variable: La imagen inconsciente del cuerpo.....	25
3.3. Segunda variable: La anorexia.....	30
3.3.1 Personas externas, alimentación y trabajo de intervención	32
3.3.2 Etiología: Madre, padre y cultura.....	34
3.4 Categorías de análisis.....	35
3.4.1 Dicotomía.....	35
3.4.2 Factor estético, duelo infantil y malestar consciente-inconsciente.....	36
3.4.3 Presencia de la madre	38

3.4.3 La demanda.....	39
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	48
ANEXO 1	49
ANEXO 2	50
ANEXO 3	56
ANEXO 4	62
ANEXO 5	71
ANEXO 6	76

RESUMEN

La presente investigación hace un acercamiento a la estructuración de la imagen inconsciente del cuerpo tanto desde una postura teórica como práctica con el fin de describirla y conocer cuáles son sus características para de esta manera anexarlo con el concepto de anorexia ya que es en este malestar donde aparecen ciertas irregularidades en cuanto a la percepción corporal. Se buscará definir cada uno de los conceptos de una manera separada para poder identificar de qué se trata cada uno de ellos para posteriormente anexarlos de manera teórica y práctica a través de la aplicación de una entrevista estructurada a cinco terapeutas de orientación psicoanalítica con el fin de conocer cuáles son las problemáticas presentadas dentro del espacio terapéutico y como estas tienen similitudes o diferencias con lo obtenido bibliográficamente.

INTRODUCCIÓN:

El motivo por el cual se realiza esta disertación surge del apareamiento de casos de anorexia en las últimas décadas de una manera más frecuente, sin embargo, se han mantenido ocultos a nivel social, se conoce acerca de la problemática pero pasa casi completamente desapercibida y esto produce que se dé una mayor mitificación de este malestar. La presente disertación pretende realizar un acercamiento tanto teórico como práctico a la anorexia desde una perspectiva psicoanalítica buscando articular cuál es la estructuración de la imagen inconsciente del cuerpo.

La investigación a realizarse tiene como objetivo conocer la relación que se produce una vez que se da la estructuración de la imagen inconsciente y cómo ésta es una parte muy importante en el desarrollo de la anorexia. Además, se conoce que este tema no se ha realizado desde el punto de vista psicoanalítico, por este motivo la investigación podría ser muy enriquecedora dentro de este tema tan discutido actualmente como lo es la anorexia.

En el Ecuador existen pocas investigaciones acerca de las afecciones alimenticias, lo cual hace difícil una intervención hacia la población que sufre de esta afectación. Este estudio se rige al Plan Nacional del Buen Vivir en la sección del Objetivo 3: “Mejorar la calidad de vida de la población”, en el ítem 3.2. “Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas” (SENPLADES, 2013, pág. 144), haciendo que exista un aporte significativo a una de las metas propuestas por el gobierno.

El presente estudio ayudará a conocer un poco más acerca de la génesis y desarrollo de la anorexia una vez que se estructura la imagen inconsciente, por lo cual es posible que a través de esta investigación se pueda intervenir de tal manera que se logren campañas de prevención de la anorexia entre otras posibles soluciones ante dicha problemática.

En cuanto al valor teórico se podrá fomentar el estudio de un concepto psicoanalítico, la estructuración de la imagen inconsciente, pero desde un campo diferente siendo en este caso la anorexia, por lo cual se fomentará al conocimiento de la teoría psicoanalítica y la misma será

aplicada a una temática que no se había tratado antes con el fin de que al combinarlas se pueda obtener nueva información valiosa que puede ser útil en futuras investigaciones.

El interés personal como estudiante de la Carrera de Psicología, especialidad Clínica, es poder comprender la importancia que tiene el medio en los trastornos de alimentación y que ha llegado a afectar a la población joven en su mayoría. Por lo tanto, al realizar esta investigación el autor, tanto como el lector, podrán incrementar conocimiento sobre el tema y en lo posterior poder trabajar con esta población de mejor manera.

Los principales aportes que se producirán tras la realización del presente trabajo serán dar un abordaje de la anorexia desde otra perspectiva que no se ha realizado anteriormente que en este caso es la estructuración de la imagen inconsciente del cuerpo. Además, también se podrá desarrollar el tema de la anorexia con mayor profundidad.

El tema de esta disertación es la estructuración de la imagen inconsciente del cuerpo concepto propuesto por Françoise Dolto el cual hace referencia a como se va edificando la percepción del cuerpo a través de la construcción del infante por parte de sus padres y el medio en el que se desarrolla, donde pueden existir en ciertos casos falencias. A partir de este concepto se pretende, al anexarlo con la anorexia, conocer cómo al existir una falla en la construcción corporal pueden aparecer distorsiones o percepciones incorrectas de la misma por lo cual puede generarse este malestar.

La hipótesis que será trabajada dentro de la presente investigación, tanto teórica como práctica, es: la construcción de la imagen inconsciente del cuerpo, influye directamente en los procesos del trastorno de anorexia. Para probar si la hipótesis es válida se recurrirá a conceptos psicoanalíticos tanto de imagen inconsciente del cuerpo como de anorexia, además serán tomados en cuenta ciertos elementos de cada uno de los conceptos para poder detallarlo de la mejor manera posible.

Para tomar en cuenta a la anorexia se hará un recorrido inicialmente por los criterios presentes en manuales de diagnóstico, tanto el CIE-10 y el DSM-IV para posteriormente verlo desde una perspectiva psicoanalítica donde no se establece a la anorexia como patología sino

más bien como un malestar psíquico que se caracteriza por tener varios matices o síntomas de carácter subjetivo.

El objetivo general de la investigación es describir la relación existente entre la estructuración de la imagen inconsciente del cuerpo y la anorexia. Los objetivos específicos son: establecer como se estructura la imagen inconsciente del cuerpo; describir la anorexia tanto desde lo psiquiátrico como desde la postura psicoanalítica y conocer en que consiste; establecer la relación entre la anorexia y la imagen inconsciente del cuerpo y analizar los datos obtenidos dentro de la investigación y relacionarlos con la teoría psicoanalítica.

Para alcanzar los objetivos tanto el general como los específicos de la disertación, se investigará: en el primer capítulo, la imagen inconsciente del cuerpo, a partir del concepto de narcisismo el cual está directamente relacionado, se describirá el concepto de imagen inconsciente de cuerpo desde la postura de Françoise Dolto y finalmente se buscará distinguir al esquema corporal con la imagen inconsciente del cuerpo.

En el segundo capítulo se definirá a la anorexia y se realizará un pequeño recorrido histórico de la misma. Se describirá a la anorexia desde los manuales de diagnóstico con el fin de conocer qué características posee para ser considerada como una patología, posteriormente se definirá desde la perspectiva psicoanalítica de varios autores como Sigmund Freud, Alicia Cibiera, Luís López, entre otros.

En el tercer capítulo se realizará un análisis de los datos obtenidos mediante entrevistas estructuradas a profesionales de orientación psicoanalítica que han podido trabajar con casos de anorexia dentro de su trabajo terapéutico con el fin de conocer cuáles son las similitudes entre las propuestas teóricas con las que aparecen dentro de la consulta, en lo práctico.

CAPÍTULO I

LA IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO

El narcisismo está definido por la Real Academia de la Lengua Española como: “Aprecio excesivo del aspecto físico, las cualidades o actos de uno mismo” (R.A.E, 2007, pág. 480). Desde el psicoanálisis se la considera como: “tomarse a uno mismo, al cuerpo propio, como objeto de amor, con el fin de unificar las pulsiones sexuales” (Laplanche, 1996, pág. 228). Las dos definiciones provienen del mito de “Eco y Narciso”.

Eco y Narciso:

Eco era una ninfa que habitaba en el bosque junto a otras ninfas amigas y le gustaba cazar, por lo cual era una de las favoritas de la diosa Artemisa. Cazaba como una deidad y su apariencia no le era menos. Al verla, la mayoría de humanos se sentirían enamorados, y qué decir de los dioses que la contemplaban extasiados... Todo era hermoso hasta el momento que decidían acercarse a conversar con ella. Eco tenía un grave defecto: Era muy conversadora y además en cualquier conversación o discusión, siempre quería tener la última palabra (Romo, 2007, pág. 15).

Cierta día, la diosa Hera salió en busca de su marido Zeus, el cual le gustaba divertirse entre las ninfas. Cuando Hera llegó al bosque, Eco la entretuvo con su conversación mientras las ninfas huían del lugar (Romo, 2007, pág. 15).

Cuando Hera descubrió su trampa la condenó diciendo:

- Por haberme engañado, a partir de este momento perderás el uso de la lengua. Y ya que te gusta tanto tener la última palabra solo podrás responder con la última palabra que escuches. Jamás podrás volver a hablar en primer lugar (Romo, 2007, pág. 15).

Eco, con su maldición a cuestas, se dedicó a la cacería recorriendo montes y bosques. Un día vio a un hermoso joven llamado Narciso y se enamoró

perdidamente de él. Deseó fervientemente poder conversar con este hermoso ser, pero tenía la palabra vedada. Entonces comenzó a seguirlo, esperando que Narciso, le hablara en algún momento (Romo, 2007, pág. 16).

Una ocasión en que Narciso estaba solo en el bosque, escuchó un crujir de ramas a sus espaldas y gritó:

- ¿Hay alguien aquí?

Eco respondió:

- Aquí.

Como Narciso no vio a nadie volvió a gritar.

- Ven.

Y Eco contestó:

- Ven.

Como nadie se acercaba, Narciso dijo:

- ¿Por qué huyes de mí? Unámonos.

La ninfa, loca de amor se lanzó entre sus brazos diciendo:

- Unámonos.

Pero, Narciso dio un salto hacia atrás diciendo:

- ¡Aléjate de mí! Prefiero morirme a pertenecerte, solo respondes lo último que yo digo.

Eco respondió.

- Digo.

Y Narciso se fue del lugar injuriando e insultando a Eco (Romo, 2007, pág. 16).

Ante el fuerte rechazo de Narciso. Eco sintió una vergüenza tan grande que llorando se recluyó en las cavernas y en los picos de las montañas.

La tristeza consumió su cuerpo hasta pulverizarlo. Solo quedó su voz para responder con la última palabra a cualquiera que le hablara (Romo, 2007, pág. 16).

Desde ese momento Narciso se llenó de vanidad, creía ser el más hermoso y perfecto que había. Rechazaba el amor de todas las ninfas ya que se consideraba superior. Y estos rechazos poco a poco se fueron transformando en crueldad pues no solo las rechazaba, sino que las humillaba (Romo, 2007, págs. 16-17).

Una de esas ninfas, amiga de Eco, y que también había intentado ganar su amor sin lograrlo, le suplicó a la diosa Hera que Narciso sintiera algún día lo que era amar sin ser correspondido y la diosa respondió favorablemente a sus súplicas (Romo, 2007, pág. 17)...

Escondida en el bosque, había una fuente de agua cristalina. Tan clara y mansa era la fuente que parecía un espejo. Un día que Narciso caminaba por el bosque sintió sed, se acercó a beber, se inclinó lentamente y... no lo podía creer, en el agua existía un ser maravilloso, un ser celestial, tan o más hermoso que él mismo (Romo, 2007, pág. 17).

- Es un espíritu que habita en el agua – se dijo.
- ¿Oh, hermoso ser? estoy perdidamente enamorado de ti - le dijo (Romo, 2007, pág. 17).

¡Se había enamorado de sí mismo! Quedó extasiado al ver ese rostro perfecto. Los rubios cabellos ondulados, el azul profundo de sus ojos, los labios perfectamente delineados... Se enamoró perdidamente de esa imagen (Romo, 2007, pág. 17).

Quedó por horas contemplando y analizando cada detalle de la imagen y mientras más la veía más absorto y anonadado quedaba. Deseó alejarse, pero la atracción

que ejercía sobre él era tan fuerte que no lograba separarse (Romo, 2007, pág. 17).

Decidió, luego de este tiempo, besarlo y abrazarlo con todas sus fuerzas. Primero depositó sus labios sobre las frías aguas de la fuente que al contacto se alejaron en pequeñas olas que esparcían la imagen (Romo, 2007, pág. 17).

- ¿Qué pasa, porque te alejas?-le dijo sin encontrar respuesta (Romo, 2007, pág. 17).

Cuando las aguas se calmaron y pudo divisar la imagen nuevamente decidió abrazarla con todas sus fuerzas para que no se escape. Más al intento, sus manos se hundieron en el agua y la imagen desapareció en torpes y pequeños remolinos (Romo, 2007, pág. 17).

Desesperado, Narciso dijo:

- ¿Por qué huyes de mí, hermoso espíritu de las aguas? Si sonrío, sonrías. Si estiro mis brazos hacia ti, tú también los estiras, pero huyes el momento que quiero abrazarte y besarte. No comprendo. No me hablas. Eco por lo menos repetía lo último que decía, pero tú... por el favor de los dioses dime si me amas como yo a ti... Todas las ninfas me aman, pero tú no quieres acercarte” (Romo, 2007, pág. 18).

Mientras hablaba una lágrima cayó de sus ojos. La imagen reflejada se nubló y Narciso suplicó:

- Te ruego que te quedes junto a mí. Ya que me resulta imposible tocarte, deja que te contemple” (Romo, 2007, pág. 18).

Narciso continuó prendado de sí mismo. Ni comía ni bebía por no apartarse de la imagen que lo enamoraba hasta que terminó consumiéndose y murió (Romo, 2007, pág. 18).

Las ninfas quisieron darle sepultura, pero no encontraron el cuerpo en ninguna parte. En su lugar apareció una flor hermosa de hojas blancas que para conservar su recuerdo lleva el nombre de Narciso (Romo, 2007, pág. 18).

El término “narcisismo” se emplea en psicoanálisis para designar un comportamiento por el cual un individuo “se ama a sí mismo” o, en otras palabras, un comportamiento por el cual trata a su propio cuerpo como se trata habitualmente al cuerpo de la persona amada (Kaufmann, 1996, pág. 327).

“Fue Havelock Ellis (1899) quien utilizó por primera vez el término “Narcissus like” para caracterizar en su aspecto patológico esta forma de amor dirigida a la propia persona” (Kaufmann, 1996, pág. 327). Ese mismo año, “Paul Näcke lo usó para designar aquella conducta por la cual un individuo da a su cuerpo un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual” (Freud, 1914, pág. 71). Sigmund Freud utiliza el término con el fin de explicar las Neuropsicosis de defensa (1894) donde se hablaba de malestares dentro de la Neurosis, las Fobias y los malestares de la Psicosis. Es así que el Narcisismo es introducido por Freud para dar cuenta de ese movimiento donde el objeto transforma al sujeto a través de las vicisitudes pulsionales y su devenir identificatorio (Hornstein, 2000, pág. 46).

Freud utiliza al narcisismo para explicar tanto que pueden existir malestares en el “Yo” de cada sujeto y también a las parafrenias (esquizofrenia) las cuales tienen un carácter difícil de explorar a través del psicoanálisis ya que estaban muy alejados a las neurosis de transferencia que comúnmente aparecían dentro del espacio terapéutico (Kaufmann, 1996).

Al tomar en cuenta que existe un síntoma también en el “Yo” Freud establece la libido del yo o libido narcisista que es opuesta a la libido de objeto. Esta libido generará malestares no solo desde la postura del Yo sino también de manera inconsciente, siendo así que se lograría dar un mayor alcance al estudio de la vida psíquica (Kaufmann, 1996).

Con ello, Freud toma al Narcisismo para citarlo como una etapa lógica, más no cronológica, cuya función es estructurar el yo, además del reconocimiento del yo y no yo, es decir, la dialéctica de sujeto/objeto y también producirá la formación del yo ideal que aparece dada la represión (Freud, 1914, pág. 90). El Narcisismo se produce en dos momentos: el

primario, que consiste en la estructuración del yo (Freud, 1914, pág. 87) y el secundario, que refiere a la capacidad de recuperar libido que ha sido depositada en un objeto cuando éste es perdido, para que de esta manera la energía regrese al yo (Freud, 1914, pág. 86).

Dentro del Narcisismo primario a parte de la formación del yo (Freud, 1914), podría decirse que se da la estructuración de la imagen del cuerpo a través de la palabra de los cuidadores y de “el Otro” de manera inconsciente, como lo propondrá Jacques Lacan (1914) en el “Estadio del Espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”.

1.1 La imagen inconsciente del cuerpo desde la lectura de Françoise Dolto

La imagen inconsciente del cuerpo es un concepto propuesto por Françoise Dolto. Este concepto no fue tomado directamente dentro de sus escritos por Sigmund Freud y Jacques Lacan, sin embargo, Dolto hace un trabajo más profundo con respecto a esta temática específica.

La imagen inconsciente del cuerpo es en sí la significación que se da al cuerpo libidinalmente a través de la palabra, es decir no el espacio carnal específicamente, sino este cuerpo del que se habla. Es importante tomar en cuenta que éste es un proceso inconsciente y que se genera desde mucho antes de que el sujeto pueda reconocerse como tal.

Dolto propone a la imagen inconsciente del cuerpo como:

La síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales. Se la puede considerar como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante y ello, antes inclusive de que el individuo en cuestión sea capaz de designarse por el pronombre persona “Yo” [Je], antes de que sepa decir “Yo” [Je] (Dolto, 1986, pág. 21).

Y establece que la imagen del cuerpo posee tres aspectos dinámicos que la estructuran dentro de los cuales tenemos: Imagen de base, imagen funcional e imagen erógena. Estos tres

componentes fusionados, o más bien diríamos que trabajando juntos, estructurarán la imagen inconsciente del cuerpo en su totalidad.

La imagen de base es lo que permite al niño experimentarse en una “mismidad de ser”, es decir en una continuidad narcisista o en continuidad espaciotemporal que permanece y se urde a partir de su nacimiento, a pesar de las mutaciones de su vida y de los desplazamientos impuestos a su cuerpo, y a despecho de las difíciles pruebas que tendrá que atravesar (...) y esta imagen se forma del narcisismo primordial, su deseo de vivir (Dolto, 1986, pág. 43).

La imagen funcional es imagen esténica de un sujeto que tiende al cumplimiento de deseo. Aquello que pasa por la mediación de una demanda localizada, dentro del esquema corporal, en un lugar erógeno donde se hace sentir la falta específica, es lo que provoca el deseo (Dolto, 1986, pág. 47).

Finalmente la imagen erógena la cual “está asociada a determinada imagen funcional del cuerpo, el lugar donde se focalizan placer o displacer erótico en relación con el otro” (Dolto, 1986, pág. 49)

Como se pudo describir existen estos tres diques dentro de la estructura de la imagen inconsciente, por una parte tenemos la imagen de base la cual se forma del deseo de vida del infante con el fin de que exista un propio ente de reconocimiento, por otra parte tenemos la imagen funcional que sería una frontera entre la imagen corporal y el esquema corporal es decir la parte física del sujeto y finalmente la imagen erógena se establece en una zona corporal específica y la energía libidinal será la que busque saciar un deseo.

La imagen dinámica aparece también, sin embargo esta ya no tiene un carácter tangible sino más bien significativo en tanto que “expresa en cada uno de nosotros el Siendo, llamado al Advenir: el sujeto con derecho a desear, “en deseancia”” (Dolto, 1986, pág. 50). Este no lo tomaremos en cuenta ya que tiene características diferentes a las anteriormente descritas sin embargo es pertinente mencionarla.

Por lo tanto, la postura de F. Dolto (1986) establece que la imagen inconsciente del cuerpo se instaura por medio de la palabra y no necesariamente basándose en el cuerpo físico

como tal, es decir el cuerpo hablado no se constituye desde el cuerpo anatómico. En algunos casos pueden existir imágenes inconscientes sanas dentro de cuerpos con discapacidades físicas, así como también existe la posibilidad de establecer una imagen inconsciente distorsionada a pesar de que un sujeto físicamente no tenga ningún malestar o irregularidad.

La expresión de dicha imagen tampoco está limitada sólo a la palabra sino que puede ser encontrado a través de otros tipos de formaciones del inconsciente, inclusive en expresiones artísticas, sin dejar de lado el discurso propuesto por la persona, como por ejemplo:

En uno de los casos expuestos por F. Dolto en el texto “La imagen inconsciente del cuerpo” (1986), un muchacho de catorce años llega a consulta con su madre debido a quejas por patadas compulsivas a mesas y también a una de las patas de la cama del lecho de su madre. Se le pide que realice un dibujo, el muchacho se niega y se le propone realizar un moldeado cuyo producto final fue un pozo antiguo de agua.

Al preguntarle acerca del moldeado, el joven sólo responde que es un pozo antiguo y que no hay de esos actualmente, sin embargo cuando se procede a fijar los días para las citas con su madre, F. Dolto nota que el adolescente toma el dedo de su madre y lo mete dentro de dicho pozo. Este momento es crucial debido a que pregunta al muchacho el porqué de su acción y éste le responde que su madre lo supervisa cuando él evacúa.

La madre comenta que su hijo mayor tuvo un problema al nacer y ella tuvo que realizarle masajes anales. Con esto el joven pretende estar en el lugar del hermano y ser él quien reciba los masajes que su hermano recibía.

Se puede determinar que la imagen inconsciente del cuerpo es aquella estructura que se forma a través de los significantes que son otorgados por parte de los cuidadores, de la familia y la cultura para significar el cuerpo. Este proceso se da indistintamente del desarrollo y la formación del cuerpo físico, pero que sin embargo no está desligado del mismo. Esta imagen inconsciente del cuerpo puede expresarse dentro de análisis tanto a través de la palabra como expresiones artísticas, dibujos, moldeados.

1.2 Formación de la imagen inconsciente del cuerpo desde el narcisismo

Para establecer cómo se genera la imagen inconsciente del cuerpo desde el Narcisismo se realizará un recorrido desde la teoría Freudiana para posteriormente tomar en cuenta a J. Lacan con el fin de conocer cómo se da esta propuesta desde cada uno de los autores.

En “Introducción del narcisismo” (1914) Sigmund Freud describe al Narcisismo como estructurante, en tanto que el sujeto necesita desarrollar dicha energía libidinal yoica con fines de autoconservación y que posteriormente servirá para la catectización de objetos externos. En este caso hay que dar énfasis al Narcisismo primario: el yo catectiza en sí mismo toda la libido, es decir que toda la energía psíquica se encuentra encerrada y aún no está dirigida para un objeto de deseo externo.

La imagen inconsciente del cuerpo se deriva de este Narcisismo primario debido a que es en la etapa temprana de vida en donde se establece una falta inicial que se inscribe como imagen en un adentro del cuerpo y es el deseo de la madre el que proporciona que se establezca a través de la interacción con el otro (en este caso el cuidador) una significación del cuerpo.

Al existir un deseo desde ya, en este momento tan precoz en la vida, se puede establecer un cuerpo hablado y significado, inclusive desde antes del nacimiento a través del deseo de la madre por su hijo y posteriormente con los significantes que le serán otorgados por sus cuidadores, familiares y el gran Otro.

Desde el texto de Jacques Lacan “El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica” (1949), se genera también un acercamiento a la formación de la imagen a través de su reconocimiento en el espejo, Lacan propone que:

La imagen especular parece ser el umbral del mundo visible, si hemos de dar crédito a la disposición en espejo que presenta en alucinación y en el sueño la imago del cuerpo propio, ya se trate de sus rasgos individuales, incluso de sus discapacidades, o de sus proyecciones objetales, o si nos fijamos en el papel del aparato del espejo en las

apariciones del doble en que se manifiestan realidades psíquicas, por lo demás heterogéneas (Lacan, 1949, pág. 101).

Lacan no presenta en sí los conceptos de imagen inconsciente del cuerpo, sin embargo, señala que esta imagen no sólo nos permite interactuar con el mundo sino que también proporciona la imago, genera el deseo y la relación con el objeto, incluso a través de dicha identificación con la imagen especular se desarrollará el yo [je].

Dentro de la propuesta de la imagen como umbral entre el mundo visible, Lacan toma en cuenta a lo que posteriormente Dolto llamará esquema corporal haciendo un cruce entre los dos conceptos, estableciendo que esquema corporal e imagen inconsciente del cuerpo no pueden estar separados y que se desarrollan de manera cooperativa, el primero desde las percepciones empíricas y el segundo desde los significantes que serán proporcionados inconscientemente acerca de dicho cuerpo.

Esta imagen no será proporcionada inmediatamente de manera completa, es decir será inicialmente fragmentada y posteriormente será percibida de manera total. En este caso se podría establecer que dentro de este proceso de identificación con la imagen y su percepción total es posible que ocurran las posibles fallas que F. Dolto comentaba acerca de los casos en que personas “normales” tenían una imagen inconsciente distorsionada.

1.3 Diferenciación entre esquema corporal e imagen inconsciente del cuerpo

Es fundamental tomar en cuenta la diferenciación que F. Dolto propone entre la imagen inconsciente del cuerpo y el esquema corporal: la imagen inconsciente del cuerpo es cómo está expresado éste a través de la significación otorgada por la palabra (este cuerpo deseante es establecido antes del nacimiento) conferidas por parte de sus padres o cuidadores y de las identificaciones narcisistas realizadas por el propio sujeto.

Mientras que el esquema corporal se define como:

El esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sea cuales fueren el lugar, la época o las condiciones en las que se vive. Este esquema corporal será el intérprete activo y pasivo de la imagen del cuerpo, en el sentido de que permite la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje, relación con los otros y que, sin él, sin el soporte que él representa, sería, para siempre, un fantasma no comunicable (Dolto, 1986, pág. 21).

La diferenciación que establece la autora no separa del todo a la una de la otra, sino más bien demuestra la conexión que se produce entre ambas. Por una parte, está el esquema corporal que en este caso hace referencia al cuerpo carnal el cual interactúa con el mundo exterior, proporciona los significantes, sensaciones y vivencias, por otra parte, la imagen inconsciente del cuerpo es lo que se habla de este cuerpo y que se establece desde una instancia inconsciente.

El esquema corporal se va formando a través de vivencias y experiencias aprendidas en la vida diaria ya que se construye desde el contacto con el mundo, sensaciones y experiencias, es decir se desarrolla a medida que tiene contacto desde lo empírico, desde la realidad, tomando en cuenta cualquier anomalía que se presente en el mismo (parálisis, o cualquier tipo de malestar físico).

F. Dolto (1986) establece que pueden existir imágenes del cuerpo sanas sin importar de que exista o no una falla en el esquema corporal, es decir, que una persona con parálisis que verbaliza todo lo que en lo real no puede realizar (pero a través de este juego de palabras puede hacerlo) está generando una imagen inconsciente “sana”, así como una persona con un cuerpo “sano” puede generar una imagen inconsciente “enferma”.

La corporeidad como tal se la toma en cuenta desde el esquema corporal ya que es el recipiente en el cual está depositada la imagen inconsciente y la misma puede generar fallas en el sujeto sobre todo en la percepción del mismo, lo que puede generar distorsiones en la percepción del cuerpo.

CAPITULO II

LA ANOREXIA

2.1. Definición de Anorexia

El término anorexia tiene su origen en la lengua griega y está formado por dos vocablos: a/an (una negación) y orégo (“apetecer”). Se trata de un síntoma frecuente en distintas enfermedades y estados fisiológicos que consisten en la reducción del apetito, lo que puede llevar a que la persona comience a ingerir menos alimentos (...). La persona enferma busca perder peso y se somete voluntariamente a la inanición. Cuando la anorexia ocasiona una pérdida de peso muy pronunciada, el paciente experimenta todo tipo de problemas de salud e incluso puede llegar a morir (Pérez & Gardey, 2012).

La anorexia inicialmente no es considerada una patología y la misma ha sido interpretada de distintas maneras según la época en la que se presentaba, en algunos casos se la ligaba con la santidad, actualmente está vista como una enfermedad grave.

Desde la etiología de la palabra:

Se considera a la anorexia como un trastorno caracterizado por la ausencia del consumo de alimento, que si es muy extrema puede llegar a producir la muerte, sin embargo se tratará de establecer una definición más precisa tomando como eje central la perspectiva psicoanalítica.

“William Gull en 1873, acuñó el término “anorexia nervosa”, al diagnosticar a una paciente en el error de pérdida de apetito, describiéndola como un estado mental morboso creado por trastornos mentales y hereditarios; en resumen, un estado anímico patológico” (Zagalaz, Romero, & Contreras, 1995, pág. 5).

Desde el psicoanálisis, S. Freud no realiza un estudio profundo de la anorexia sin embargo la menciona en su obra “Manuscrito G” donde habla acerca de la melancolía y postula que:

La neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia. La famosa anorexia nervosa de las niñas jóvenes me parece (luego de una observación detenida) una melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada. La enferma indicaba no haber comido simplemente porque no tenía apetito, nada más es eso. Pérdida de apetito: en lo sexual, pérdida de libido (Freud, 1895, pág. 240).

Es decir, S. Freud establece a la anorexia como un malestar que es paralelo de la melancolía debido a una sexualidad no desarrollada por parte de las pacientes y esta pérdida de apetito se traduciría como una pérdida de la libido.

En el caso de la “Señora Emmy von N”, S. Freud vuelve a hacer una referencia hacia la anorexia al tomarla como una abulia dentro de la histeria de su paciente Emmy en donde propone:

El ejemplo más patente de una abulia de este tipo nos lo ofrece la anorexia de nuestra enferma. Si come apenas es porque no gusta de hacerlo; y no puede obtener gusto alguno del comer porque este acto está en ella enlazado de antiguo con recuerdos de asco, cuyo monto de afecto no ha experimentado todavía aminoración alguna. Ahora bien es imposible comer al mismo tiempo con asco y con placer (Freud, 1888-1889, pág. 108).

La anorexia que se presenta en el caso de Emmy se produce al enlazar sus vivencias desagradables y traumas pasados con su alimentación lo cual genera una percepción de asco ante su consumo alimentario, este malestar que fue reprimido y que regresa a su consciencia a través de la hipnosis es el que provoca el apareamiento de su anorexia.

Al mismo tiempo, otra psicoanalista, Alicia Cibeira define a la anorexia como:

Una configuración clínica, es decir como una presentación o una manifestación en la cual priman las maniobras en cuanto alimento y al comer, que es el resultado de una peculiar posición subjetiva y que tiene un complejo entramado defensivo, y que se acopla a cualquiera de las estructuras freudianas, constituyendo un modo de procesamiento psíquico que deja paso al desenfreno, es decir a la búsqueda de la consumación pulsional que se alcanza, paradójicamente, en la anorexia por restricción (Cibeira, 2008, pág. 3).

Con ello Cibeira se refiere a la anorexia como una configuración clínica más no tomándola como una estructura adicional a las neurosis, psicosis y perversión, sino que puede darse indistintamente de la estructura que el sujeto posea, buscando generar un goce pulsional distinto a otras patologías dado que se produce a raíz de la privación del alimento y no de un abuso.

Por otra parte, Luís Salvador López (1998) considera a la anorexia, conocida también como ““Síndrome de las tres A” (amenorrea, adelgazamiento y anorexia) como la actitud de rechazo al alimento y que más tarde se añadirán elementos clínicos: la distorsión de la imagen corporal y el miedo a engordar” (pág. 35). López añade también que “el psicoanálisis concibe la anorexia como síntoma, que entiende desde sus orígenes, resultado de un conflicto psíquico” (pág. 37).

López propone a la anorexia como un síntoma que se genera desde el nacimiento y que deviene desde un conflicto psíquico, cabe recalcar que concuerda con Cibeira en tanto que puede asentarse la anorexia a cualquier estructura.

Por lo tanto, la anorexia es un síntoma psíquico que produce una configuración que puede generarse en todas las estructuras psíquicas, cuya característica principal es la cancelación de cualquier consumo alimenticio generado por la significación que recibió por parte del Otro, así como también por una falla en la percepción de la imagen corporal, que en sus peores etapas puede llevar a malestares físicos severos e inclusive a la muerte.

2.1.1. Criterios diagnósticos de la Anorexia

La anorexia es considerada una patología por determinados manuales o guías de criterios diagnósticos. En este caso se tomarán cuenta los criterios dados tanto por el DSM-V como también por el CIE-10.

La anorexia nerviosa está definida en el DSM-V por los siguientes criterios:

- A.** Restricción de la ingesta energética en la relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B.** Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C.** Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual (APA, 2014, pág. 191).

El CIE- 10 define a la anorexia como:

F50.0 Anorexia nerviosa

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 endócrino 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.

Pautas para el diagnóstico:

Deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- a)** Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet1 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 siguientes síntomas: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos 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 endócrino 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.

Excluye:

Anorexia, falta de apetito (R63.0).

Anorexia psicógena (F50.8)140 141 (García, 2000, págs. 140-141).

2.2. La Anorexia desde el Psicoanálisis

Una vez comprendido el concepto de anorexia desde los manuales de diagnóstico, en esta parte se buscará trabajar la anorexia a partir de la orientación psicoanalítica con el fin de entender como se la propone a diferencia de otras corrientes psicológicas.

La anorexia es una patología cuya característica principal es la eliminación de cualquier tipo de ingesta alimenticia. El psicoanálisis toma a esta patología desde dos perspectivas: primero, como una formación sintomática y segundo que puede presentarse como una expresión de las “patologías del acto” (acting out: es una situación que se da tanto fuera como dentro del espacio terapéutico, la cual tiene como característica principal el convertir en acción algún elemento que no puede producir de

manera verbal” (Kaufmann, 1996). Pasaje al acto: Con pasaje al acto nos referimos a la situación en la que un sujeto está ubicado en una situación psíquica y éste cambia completamente a su contraparte sin importa de cual sea esta (Kaufmann, 1996, pág. 378) . En el caso de la anorexia podría definirse entre la situación de evitar el consumo de alimentos y su contrario el consumo excesivo (atracción)).

Por su parte L. López (1998) propone que este malestar se genera por la cultura consumista en la que se encuentra el mundo actualmente, debido a que se pretende velar la falta con el acceso a saciar la misma inmediatamente. Además incluye a los estereotipos físicos como parte de esta oferta y demanda, es entonces donde la anorexia se instala y busca, dada esta aparente completud, que exista una falta desde lo real para generar algún tipo de deseo que lastimosamente se traducirá en un goce inmensurable.

A. Cibeira (2008) establece que la anorexia se genera tras un duelo no resuelto de la pubertad. Hay que tomar en cuenta que desde la perspectiva femenina la patología aparece en la mujer al no aceptar los cambios físicos que se dan en la pubertad, generando así un ser que no acepta su posición tanto como objeto de deseo como sujeto de deseo sexual. Esto ocasiona un repudio a las nuevas formas anatómicas que naturalmente adquiere el cuerpo femenino y se las rechaza. La persona que posee anorexia se establece a sí mismo como un ser no deseante en tanto que niega su propia falta, algo parecido a la dinámica que se da en la perversión. Sin embargo, produce una falta desde lo real para que exista de alguna manera un deseo, que en este caso es un deseo de cumplir con los estereotipos corporales que son otorgados por el Otro al sujeto y por una falla en la percepción corporal que se da en dos registros: desde la perspectiva del Otro y desde los significantes que posee el sujeto, es mas no existe una posibilidad de simbolización de este cuerpo entrado en la pubertad.

Por otra parte, Cibeira (2008) también toma en cuenta a la anorexia como una “patología del acto” que en este caso lo que pretende la persona es ignorar la angustia de castración ofreciendo su propio cuerpo como un objeto que procura borrar completamente lo real sexual y que en este caso es un actuar negativamente contra el propio cuerpo. Dada la imposibilidad de simbolización se genera un enfrentamiento con

lo real que de alguna manera tomará este lugar de simbolización, es decir todo se expresará desde lo real corporal, algo similar a lo que ocurre en la psicosis.

CAPITULO III

ANÁLISIS DE DATOS DE INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se procederá a describir y analizar los datos obtenidos mediante la realización de entrevistas estructuradas con preguntas abiertas a cinco profesionales de orientación psicoanalítica que han podido trabajar con casos de anorexia. La finalidad fue conocer cómo se expresan las formaciones del síntoma, cómo éste aparece dentro del espacio terapéutico y cómo afecta a la imagen inconsciente.

3.1 Metodología.

Para el desarrollo de la parte investigativa se procederá a realizar una entrevista estructurada (Anexo 1) con preguntas de carácter abierto a cinco profesionales de psicología cuya línea de trabajo sea de orientación psicoanalítica y que hayan tenido la oportunidad de trabajar con casos de anorexia, con el fin de recopilar información acerca de dicho malestar visto desde la perspectiva psicoanalítica, cómo ésta se presenta en la sesión de psicoanálisis, cómo se expresan las formaciones del malestar, cómo es tratada por parte de los profesionales y cómo se ve afectada la imagen inconsciente del cuerpo.

El método indiciario será utilizado para la realización de la parte práctica el cual consiste en priorizar “lo irrepetible, lo singular, lo original, lo sorprendente, por tanto, su intervención es más cualitativa, en la medida que se ocupa de lo excepcional, volcando su interés hacia lo individual, hacia el caso particular” (Bernal, 2011).

Este método fue inicialmente utilizado por S. Freud, a pesar de que no se lo conceptualizo como “indiciario”, aparece en el momento en el Freud empieza a realizar el estudio de lo que otras personas habían dejado a parte, en este caso se podría tomar como

ejemplo las formaciones del inconsciente es decir el estudio de los lapsus, chistes, sueños y síntomas (Bernal, 2011).

Finalmente sería propuesto el “método indiciario” por Carlo Ginzbur a principios de los años ochenta estableciendo las bases de la misma y proponiéndola conceptualmente (Jiménez, 2013, pág. 22).

Lo que se buscará será conocer a través de casos trabajados por profesionales de orientación psicoanalítica cuál es la relación que existe entre la imagen inconsciente del cuerpo y la anorexia, además que también serán trabajados los distintos elementos que cada uno de ellos ha encontrado en su trabajo dentro de la consulta clínica tanto en el área pública como privada.

Las variables que serán tomadas en cuenta dentro de este estudio serán: la construcción de la imagen inconsciente del cuerpo y por otro lado la anorexia.

La variable independiente es la estructuración de la imagen inconsciente del cuerpo ya que ésta se produce en los primeros años de vida y al estructurarse provocará que exista la percepción corporal inconsciente la cual el sujeto no podrá identificar desde la consciencia pero que será determinante en tanto que al existir alguna falla podría dar el apareamiento de distintas “patologías” corporales dentro de las cuales aparece la anorexia.

A su vez la anorexia es la variable dependiente ya que una de las características principales de este malestar es la distorsión de la imagen corporal. La postura que se tomará será esta misma distorsión enfocada por una parte desde la percepción corporal consciente que tiene la persona de sí misma y, cómo aparece esta imagen de gordura que en la realidad no está presente; de hecho es completamente opuesta sin embargo, hay algo detrás de todo esto, podría decirse la percepción corporal inconsciente que está afectada y produce esta posible distorsión.

Cada una de estas variables serán analizadas mediante las respuestas obtenidas en las entrevistas realizadas a profesionales que han trabajado con casos de anorexia y sustentándolo con la teoría previamente revisada en los capítulos anteriores.

Toda la información adicional fue obtenida dentro de las entrevistas externas a las dos variables principales que son consideradas categorías de análisis. También se realizará un recorrido por dicha información con el fin de conocer otros posibles elementos que acompañan a la anorexia y que aparecen dentro del espacio terapéutico.

3.2. Primera variable: La imagen inconsciente del cuerpo.

La imagen inconsciente del cuerpo es un concepto que fue manejado por F. Dolto (1986) quien la propone como:

La síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales. Se la puede considerar como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante y ello, antes inclusive de que el individuo en cuestión sea capaz de designarse por el pronombre persona “Yo” [Je], antes de que sepa decir “Yo” [Je]” (Dolto, 1986, pág. 21).

Dentro del proceso de entrevistas se obtuvieron varios datos por parte de cada uno de los profesionales entrevistados. En las preguntas 3, 4, 5, 6 y 7 se pudieron recopilar información con respecto a la imagen inconsciente del cuerpo.

Se debe retomar lo que fue expuesto en el primer capítulo con respecto a la propuesta de la imagen inconsciente y cómo ésta se va formando en los primeros años de vida.

Al respecto, S. Freud (1914) propone al narcisismo primario como la instancia en la cual el individuo catectiza erógenamente su propio cuerpo a través de los cuidados realizados por su figura materna y como ésta posiciona al niño durante esta etapa inicial de aparente omnipotencia, debido a que todas necesidades son satisfechas inmediatamente.

Por su parte J. Lacan establece dentro del “Estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica” (1949) esta identificación con el propio cuerpo a través de la ilusión que se presenta en el espejo y en la imago que el sujeto supone poseer. Todo esto se producirá a través de la construcción que le sea proporcionada por el otro cuidador, en este caso su madre o quien cumpla la función materna y el Otro que se encuentra presente inscrito en la cultura. Lo que determina esta propuesta es cómo el sujeto va formando su imagen a través de los significantes que le son otorgados por sus cuidadores en los primeros momentos de su vida y con los cuales se dará la formación del mismo, en tanto su reconocimiento en el espejo de una manera completa, distorsionada o parcializada.

Tanto las profesionales, Verónica Egas (2017) como Graciela Ramírez (2017), concuerdan con dicha propuesta de manera un poco distinta, pero dando énfasis a esta relación del niño con la percepción de su imagen en el espejo.

Por una parte, Ramírez propone que:

No es tan simple como parece. No es solamente que la persona esté percibiendo de manera inadecuada su imagen frente al espejo porque es una cuestión que va mucho más allá del espejo. Es toda la relación que tiene con su cuerpo, es la percepción que tiene del crecimiento, por ejemplo cuando son adolescentes, de sus órganos femeninos y del dejar de alimentarse, de ingerir algo de lo que entra al cuerpo y cómo el cuerpo procesa algo que entra por la boca (2017) (Anexo 3).

Por lo tanto, no es tan importante la percepción que se genera de manera consciente como tal ante la imagen que aparece en el espejo sino que va más allá. Aquí es donde aparece la presencia de la imagen inconsciente del cuerpo ya que viene toda esta relación que establece lo corporal, es decir no se limita sólo o únicamente a la percepción del cuerpo, sino a estos significantes que vienen a establecer otros matices dentro de esta imagen inconsciente donde se encuentran negaciones de un cuerpo cambiante cuyo funcionamiento le asusta, por ello tienden a tratar de “controlar” dicha imagen y a su vez también la aceptación del mismo, la negación del crecimiento y el malestar de la identificación con el cuerpo femenino.

Aquí también juega de una manera muy importante cómo es percibida la alimentación no sólo desde lo tangible sino lo que hay detrás de este proceso primario que debe ser realizado por el cuidador o por quien cumpla con la función materna para que se dé una aceptación o rechazo a la comida.

Por su parte, Egas propone:

Por otro lado, tenemos nuestra relación con el cuerpo que no es únicamente real no es un cuerpo de la realidad solamente, es un cuerpo imaginario y es un cuerpo simbólico. El cuerpo no es solamente la carne, es como nos vemos nosotros y no como nos vemos en la realidad a través de un espejo. Es como me percibo y yo ahí le articularía con la cuestión del estadio del espejo, la mirada del Otro, como te construyes a través de la mirada del Otro, como este Otro te ve. No es una cuestión de que una mujer esté gorda o flaca, es una cuestión de cómo percibe que el Otro le ve porque es a través de cómo te ve el Otro que te va construyendo y cómo te sientes (2017) (Anexo 2).

Un sujeto se construye a través de un Otro, es decir que todos los significantes que son otorgados al niño llegan del Otro. El movimiento que se da en el espejo en sí, no es de un reconocimiento como tal, sino más bien de una identificación (“la identidad de sí mismo, es decir ese primer momento de individuación y separación en el que se necesita una psique para cada cuerpo, separación que se realiza por el proceso de introyección: obteniendo ciertas características de cada uno de sus cuidadores y su medio” (Kaufmann, 1996, pág. 247)) que se produce a través de la mirada del Otro, como me veo yo a través de este Otro que ya no se limita sólo a la negación o aceptación del propio cuerpo, sino más bien de una aceptación de la mirada que tiene Otro de dicho cuerpo.

La percepción de la imagen inconsciente del cuerpo se da de dos maneras simultáneas: una, a la identificación con este cuerpo que ha sido significado por Otro (su propio cuerpo) y segunda como este Otro construye este cuerpo para el infante que aún carece de razón pero que sin embargo lo reconoce. Así fue evidenciado en las entrevistas.

Egas:

Pero claro, yo creo que la articulación real, imaginario, simbólico algo pasa ahí, desde el estadio del espejo algo pasa con relación a la cuestión escópica, como se está viendo y como me ve el Otro, tendríamos que ver todo la cuestión del narcisismo primario y secundario con relación a esto y tendríamos que ver que pasó en los primeros años de vida, hasta los cinco años, quizás menos, uno, dos o tres años, que es toda esta cuestión de cómo me veo a través de la mirada del Otro, cómo es un problema, de cómo me estructuro en ese anudamiento (2017) (Anexo 2).

Al hablar de su cuerpo, los pacientes que presentan anorexia, tienden a dar varias características al expresar malestar ante su imagen corporal. Existe una preocupación permanente por este cuerpo cuyo funcionamiento debe estar completamente “controlado” con el fin de que no exista sobrepeso y que se llegue a obtener la figura ideal, por lo cual tienden a tomar muy en cuenta cuánto y de qué forma se alimentan y cómo pueden evitar este consumo de alimento (Castro, Egas & Jaramillo, 2017) (Anexos 2, 4 & 5). Por otra parte hay que tomar en cuenta que estas características no están definidas, es decir que varían de caso a caso ya que pueden existir discursos en los cuales no se de este énfasis a la palabra acerca de su cuerpo y de hecho no exista un cuidado estético ante el mismo (Ramírez, 2017) (Anexo 3).

Existe un choque, pero no una separación entre la percepción del esquema corporal desde la consciencia y la estructuración de la imagen inconsciente del cuerpo. Los pacientes presentan un cierto conocimiento ante su malestar corporal desde la parte física y que posteriormente será evidenciada con cambios bruscos en el mismo tales como baja de peso extrema, daño en cuanto al ciclo menstrual en el caso de las mujeres que se presenta con ausencia, llegando a ser internados y en casos extremos ocasionando la muerte.

En cuanto a la imagen inconsciente del cuerpo, dado a que ella está formada por los significantes que le son otorgados al infante antes de que éste tenga consciencia y que serán transmitidos por parte del cuidador de manera inconsciente, la función materna tiene mucho que ver en esta instancia, ya que aparte de imagen del cuerpo está también

la cuestión alimenticia y como ésta es significada. Esto será fundamental en tanto que determine que exista un cuerpo estructurado de manera inconsciente o un cuerpo distorsionado a pesar de que en su esquema corporal se encuentre “sano” y sin ninguna deficiencia.

No hay que olvidar que no se debe separar ambos conceptos dado que la imagen inconsciente del cuerpo se encuentra enlazada con el esquema corporal (Castro, Egas, Jaramillo & Ramírez, 2017) (Anexos 2, 3, 4 & 5).

Jaramillo propone que, dentro de la exposición de F. Dolto acerca de la imagen inconsciente del cuerpo, ésta la divide en tres diques: la imagen inconsciente como base de seguridad, imagen funcional y finalmente como imagen erógena.

Como base de seguridad, Jaramillo, lo propone como: estos significantes que le son otorgados por parte de sus cuidadores o quienes realicen dicha función, en tanto la seguridad que el niño tenga de su propio cuerpo y cómo si no es transmitida de una “buena manera” o si existe un malestar de por sí en quien busca transmitirla producirá una posible inseguridad en el niño (2017) (Anexo 4).

En cuanto a la imagen funcional, ésta está determinada por la cultura y el mundo en el que se desenvuelve el niño. Actualmente existen varios medios de comunicación que muestran imágenes basadas en los estereotipos de belleza, además de dónde se puede obtener fácil acceso a dicha información. Hay que tomar en cuenta la existencia de personas que son más susceptibles a dejarse influenciar ante el bombardeo de información, por lo cual también desde el plano cultural pueden existir falencias dado que en este caso el infante no tendría esta imagen como base de seguridad previamente estructurada y por ende ésta tampoco podrá construirse exitosamente (Jaramillo, 2017) (Anexo 4).

Finalmente, la imagen erógena se refiere a toda esta dicotomía de reconocimiento de placer-displacer, cómo mediante esto se llega a erotizar el cuerpo ante la adquisición de estos significantes los cuales también serán proporcionados por los cuidadores o quienes estén cumpliendo esta función y que tendrá mucho que ver con la manera en la

cual realicen los cuidados fundamentales para el desarrollo inicial del niño (Jaramillo, 2017) (Anexo 4).

Carlos Tipán hace una distinción en cuanto a su trabajo ante este malestar, en donde propone una lógica de “todo y nada” a través de la significación del alimento, el cual es un objeto externo al propio cuerpo pero que está representando la falta de este cuerpo y que entonces, puede presentarse como una falta en los momentos en los que se prohíbe el alimento al sujeto y a la vez un intento de llenarlo en los momentos en que se generan los atracones. En este caso se presenta el alimento y a la relación con la madre, en cómo ésta otorgaba significantes a su hijo/hija, generando en ellos un sentimiento de culpa ante los mandatos o a la palabra de la madre o de quien cumpla esta función. Ello refiere a este cuerpo que lo critica de manera severa, apareciendo este superyó con características o matices maternos donde su imagen no corresponde con la de la realidad. Ante estas circunstancias, el cuerpo se encuentra “desfalicizado”, es decir que no posee ningún tipo de deseo y a su vez no existe falta alguna (González, 2006, pág. 4), por lo cual se produce esta separación entre cuerpo y feminidad en tanto que no se considera ni sujeto deseante ni objeto de deseo, en el caso de las mujeres (2017) (Anexo 6).

3.3. Segunda variable: La anorexia.

En el segundo capítulo de esta investigación se propusieron varias posturas teóricas de la anorexia desde la perspectiva psicoanalítica. Entre éstas cabe resaltar ciertos elementos importantes que fueron evidenciados en el trabajo en la clínica de cada uno de los entrevistados y su experiencia dentro de dicho campo.

Por una parte, Luis López (1998) establece que este malestar se produce dado a la sociedad consumista que existe actualmente y que ésta permite que ante la demanda de algo, sin importar de qué se trate, estará al alcance inmediato de cualquier persona, por lo cual se busca siempre tener saciada la falta y de esta manera ignorarla. Aquí también está articulado con el consumismo en tanto se presenta dentro de la publicidad y entre

otras figuraciones de la cultura, figuras producidas y estereotipos bien definidos que se pretende alcanzar. Debido a que se puede saciar la “falta de” inmediatamente, se genera una aparente completud, por lo cual este malestar se arraiga en la búsqueda de generar una falta, que supuestamente no existe, y en su negación se produce un retorno desde lo real (López, 1998).

Dentro de la aplicación de las entrevistas se pudieron encontrar datos con respecto a la anorexia en las preguntas 1, 2, 4, 8, 9, en las cuales se podrá evidenciar como en la clínica también se expone la teoría previamente relatada y como aparecen nuevos elementos.

Todos los entrevistados afirman haber atendido casos de anorexia en algún momento dentro de su experiencia en la clínica tanto en el área privada como en otras instituciones, dando énfasis en los casos un mayor número de población femenina sin dar un rango específico de edad ya que en algunos casos estos profesionales habían atendido desde niñas de escuelas hasta mujeres adultas, sin mencionar a personas de la tercera edad.

Ramírez pudo trabajar con muy pocos casos de anorexia en hombres, mientras que los demás profesionales habían trabajado exclusivamente casos de mujeres sin omitir la posibilidad de que éstos se produzcan también en la población masculina, por lo cual es importante recalcar que sí existen varios casos donde se presenta este malestar y que no es desapercibido (Castro, Egas, Jaramillo, Ramírez & Tipán, 2017) (Anexos 2, 3, 4, 5 & 6).

La gran mayoría de casos trabajados por los profesionales entrevistados corresponden a una población mayormente adolescente femenina, sin omitir casos de personas mayores de edad o masculina.

3.3.1 Personas externas, alimentación y trabajo de intervención

La mayoría de casos que acuden a servicios psicológicos suelen ser llevados por terceros como padres, amigos, entre otros; es decir que llegan a consulta dada la preocupación de otra persona debido al cambio físico brusco que presentan los pacientes y a la falta de alimentación, más que por una demanda propia del sujeto. Ellos no logran percibir este malestar como algo perjudicial para sí mismos. En otros casos llegan a consulta remitidos por algún otro profesional como médicos generales o nutricionistas quienes descubrían esta ausencia de alimentación o baja de peso y finalmente en ciertos casos llegan con otra demanda distinta a la de la anorexia que en conjunto a la asociación libre termina encajando en ésta (Castro, Jaramillo & Ramírez, 2017) (Anexos 3, 4 & 5).

En el discurso que manejan estas pacientes, la cuestión alimentaria está muy arraigada y también cómo ésta es percibida a manera de malestar, no existiendo esta posibilidad de relacionar lo alimenticio con lo placentero y mostrando la condición de anorexia de manera identificadora, en donde no es un sujeto que posee anorexia, sino la anorexia puramente hablando. De cierta manera, este malestar quita la posición de sujeto en el paciente. En cuanto al cuerpo, también se da un énfasis en cómo sienten a éste, cómo se ven a sí mismas y cómo esta aparente “gordura” está atormentando a la paciente todo el tiempo. De esta manera buscan llegar a ese “ideal corporal” de delgadez al que por desgracia nunca llegan ya que su percepción corporal está distorsionada (Castro, Egas, Jaramillo, Ramírez & Tipán, 2017) (Anexos 2, 3, 4, 5 & 6).

En algunos casos llegan pacientes con cierto grado de obsesión dentro de su discurso. Hablan mucho acerca de cuánto comieron inclusive llegando al punto del conteo de miligramos, calorías y cantidad de grasa en la comida, con el fin de buscar el consumo de alimento (que en este caso casi no existe) de una manera correcta y que no interfiera con este anhelo de conseguir la figura esperada (Egas, 2017) (Anexo 2). Se trata de chicas muy organizadas que se destacan en muchos ámbitos de su vida. En varios de los casos son excelentes estudiantes y muy buenas deportistas, llevando este aparente

equilibrio en el desarrollo de su vida diaria, pero que dada la exigencia y ausencia de alimentación llegaría a instancias críticas en varios de los casos ya que como se mencionó anteriormente el paciente no detecta ningún peligro para su integridad física con la ausencia de alimentación (Castro, 2017) (Anexo 5).

La propuesta que se hace de esta temática desde el psicoanálisis está directamente conectada a la alimentación en tanto los significantes que están arraigados en ella. Este significante *alimentación* tiene una relación directa a la función materna o al vínculo materno que de cierta manera tuvo una falla en este proceso, el cual no se sabe específicamente de qué se trata pero existe. Es ahí donde también entra esta lógica del “todo o nada” donde estos significantes o esta falla que se genera al transmitir los mismos por parte de la madre, generan estos movimientos particulares que se dan ante la ausencia de alimentación y excesos en su consumo con un tinte de culpa (Egas, Jaramillo & Tipán, 2017) (Anexos 2, 4 & 6).

El trabajo de intervención que realizan los profesionales ante estos casos se dan de dos maneras conjuntamente, por un lado la mayoría de casos que llegan a consulta son previamente remitidos por parte de otros profesionales de la salud y por otro lado, en algunos casos el profesional de la salud mental remite a sus pacientes a servicios médicos más especializados (nutricionistas, doctores y en casos críticos hasta internamientos en clínicas). El trabajo interdisciplinario se da porque este malestar tiene varias secuelas en la salud del paciente y también existe un malestar psíquico, por lo cual el trabajo se realiza con equipos de distintos tipos de profesionales con el fin de guiar a una cura tanto de lo físico como un bienestar psíquico (Castro, Jaramillo & Ramírez, 2017) (Anexos 3, 4 & 5).

Hablando específicamente del trabajo dentro de la consulta psicológica de orientación psicoanalítica con el que los entrevistados trabajan, el eje fundamental es la expresión de la palabra en la que aparecen los malestares que posee cada uno de ellos. El trabajo del terapeuta es la escucha para reconocer los movimientos del inconsciente dentro de la expresión verbal, buscando desarrollar un discurso fuera del que

normalmente se presenta con respecto al cuerpo y la alimentación para abrir otro espacio, otro discurso (Castro, Egas, Jaramillo & Ramírez, 2017) (Anexos 2, 3, 5 & 6).

“La palabra, el psicoanálisis, eso es un síntoma, hay que dejarle hablar, dejarle decir cosas a ese cuerpo, a veces dice más pero es una cuestión de trabajar a través de la palabra, como dije clínicamente, si probablemente la dirección de la cura muchas veces sin apresurarse y sin generar eso porque es el caso por caso pero me parece que esa lógica que es muy diferente, la lógica del todo o nada, hacer ahí ciertos cortes me parece que puede tener algún efecto” (Tipán, 2017) (Anexo 6).

3.3.2 Etiología: Madre, padre y cultura

No se puede determinar desde el psicoanálisis una etiología de la anorexia ya que esta orientación teórica estudia el desarrollo del fenómeno en el paciente mas no la adquisición o el origen de un malestar, por lo cual ningún profesional pudo llegar a una respuesta específica con respecto a su causa. Sin embargo, establecieron ciertas pautas que pudieron encontrar en la mayoría de sus casos, entre las que se encuentran:

- La relación madre e hija es un eje fundamental dentro de la expresión de la anorexia debido a que la función materna está asociada a la alimentación y al cuidado de los primeros años de vida del infante. Por ello, esta cuestión del significante alimentación está totalmente ligada a dicha función en tanto que en ella se transmiten dichos significantes que pueden presentarse al lado del placer o displacer. Por otra parte, tenemos esta función materna que se genera no específicamente en las etapas iniciales del infante sino cuando éste ha crecido y donde existe mucha invasión por parte de la madre existe un control y una relación muy particular entre quien sufre este malestar y su madre; no existiendo ni un espacio de desenvolvimiento por parte del paciente y la constante búsqueda

de cumplir el deseo de la madre, sin preocuparse por su propio deseo (Castro, Egas, Jaramillo & Ramírez, 2017) (Anexos 2, 3, 4 & 5).

- La función paterna también es sumamente importante pero en este caso es casi nulo: no existen los cortes o los significantes que deben ser transmitidos por quien cumpla esta función. Por este motivo, existe esta relación de tanta cercanía con la madre que no permite que se produzca un sujeto en su totalidad. Cabe recalcar que ambas funciones también son quienes proporcionarán los significantes del cuerpo que se va estructurando ante la presión de los mismos (Jaramillo, Ramírez & Tipán, 2017) (Anexos 3, 4 & 6).
- Finalmente, aparece también la influencia cultural y de los medios en los que se desenvuelve el paciente, dado que existe actualmente un acceso a una cantidad ilimitada de información desde la publicidad, redes sociales y cualquier medio de comunicación actual, donde se venden estereotipos de belleza que obedecen al espacio donde habita el sujeto y que generan estas metas o estos intentos por alcanzar lo que la cultura propone como “perfecto”. Aparecen cuerpos que previamente han sido distorsionados desde programas virtuales cuyos productos pueden ser percibidos desde la consciencia, teniendo impacto en el inconsciente que de cierta manera podría provocar esta percepción distorsionada del propio cuerpo (Castro, 2017) (Anexo 5).

3.4 Categorías de análisis.

3.4.1 Dicotomía.

La primera categoría de análisis es acerca de todos los malestares que se presentan a manera de división en el discurso que manejan los pacientes que padecen de anorexia, en quienes existen un doble discurso donde se niega un elemento aparentemente indiferente pero que posteriormente demuestra un tinte de importancia.

Toda esta información fue recopilada de las entrevistas previamente realizadas donde aparece en las preguntas 2, 4, 5, 6 y 7.

El discurso que se genera dentro del espacio terapéutico dependerá siempre del caso por caso sin llegar a una propuesta determinista, por lo cual en ciertas situaciones existe este discurso partido, por decirlo así, donde se habla de cómo el paciente no ingiere alimentos o trata de evitarlos totalmente poniendo la alimentación casi en un punto de indiferencia. Sin embargo el cuerpo exige la realización de esta necesidad por lo que tarde o temprano se dará la ingesta pero manteniendo un carácter de culpa, convirtiéndose finalmente en un círculo vicioso donde se repetirá el ciclo de comer-no comer (Egas, 2017) (Anexo 2).

La lógica del “todo o nada” también genera esta división del discurso donde cabe recalcar que muchas veces la anorexia está de la mano de la bulimia en tanto que comparten ciertos síntomas, siendo aquí donde se produce este movimiento en que por una parte se evita totalmente la ingesta alimentaria pero llega un momento en que se produce una ingesta de manera excesiva, buscando colmar este vacío o esta falta que aparece desde lo real del cuerpo donde aparece el “atracción” que acompaña al fenómeno sintomático (anorexia) al producirse este consumo alimentario (Castro & Tipán, 2017) (Anexos 5 & 6).

Uno de los discursos que se manejan dentro de la anorexia es todo lo que se refiere a la importancia-no importancia de lo corporal y estético. Por una parte esta excesiva importancia al cuidado del cuerpo para evitar un aumento de la masa corporal y por otra parte, a pesar de que se da este cuidado excesivo de mantener una figura delgada, que el paciente cree ser la correcta y que será aceptada por la sociedad, no es expuesta por la persona ya que la mayor parte del tiempo utilizan prendas sumamente holgadas para ocultar esta figura corporal (Egas, 2017) (Anexo 2).

3.4.2 Factor estético, duelo infantil y malestar consciente-inconsciente

Alicia Cibeira (2008) propone que la anorexia se genera a raíz de un duelo que nunca terminó en la época de transición entre la niñez y la adolescencia, específicamente

hablando de este malestar en la mujer, en donde no acepta sus cambios físicos que la van posicionando en el lugar de mujer, es decir un ente considerado objeto sexual y que también se desconoce como sujeto sexual, por ello la mujer se pone en la posición de no deseante ya que niega su propia falta y con ello debe establecer en lo real una falta para que se produzca algún tipo de deseo. La anorexia es una “patología del acto” ya que pretende ignorar la angustia de castración y ofrece su propio cuerpo para omitirla. Es en este movimiento donde se borra todo carácter sexual del cuerpo y esto provocará que no existan los significantes que sostengan todo esto, por lo cual quien padece de esta problemática de anorexia toma lo real como este sostén que ocupará el lugar de dichos significantes.

En cuanto al factor estético, aparece un discurso de indiferencia total al cuidado de la imagen corporal en donde no se toman mucho tiempo para ubicar esta cuestión de arreglarse ya que aparentemente no le toman un mayor interés. Además, están muy pendientes de las tendencias de moda estéticas, siendo ahí donde se genera un malestar con respecto a este cuidado-no cuidado de la imagen física en donde no les interesa en apariencia, pero en realidad si existe un nivel alto de importancia ante esta temática. El o la paciente mantiene este duelo por la pérdida del cuerpo infantil por lo que no quieren reconocer los cambios corporales y no existe la necesidad de resaltar los mismos (Ramírez, 2017) (Anexo 3).

El conocimiento del estado del esquema corporal es muy sencillo por parte de las pacientes ya que puede evidenciarse en su aspecto físico y desde la consciencia lo que es fundamental para caer en cuenta que poseen un cuerpo prácticamente esquelético porque pueden evidenciar estos cambios pero todo lo que se produce de manera inconsciente -esta percepción inconsciente del cuerpo- se encuentra distorsionada y dado su carácter es muy difícil acceder sin un trabajo al conocimiento de este malestar. Se genera una dicotomía en tanto el conocimiento del esquema corporal-desconocimiento de la imagen inconsciente del cuerpo porque allí está arraigado el malestar dado que la imagen inconsciente provoca que se de este desconocimiento del esquema corporal produciendo una imagen de gordura cuando en la realidad efectiva es un cuerpo extremadamente delgado (Egas, 2017) (Anexo 2).

3.4.3 Presencia de la madre.

Dentro de las posibles causas para que se genere este malestar esta la gran influencia de la madre y de la relación con lo materno y la función materna en cómo ésta puede proporcionar varias pautas para que el síntoma se desarrolle y que pueda este aparecer por lo general en la adolescencia. Esta información se pudo encontrar en las preguntas 2, 3, 4, 5, 6 y 9.

Inicialmente, la función materna se ejerce previamente al nacimiento del infante en cuando se deben realizar todos los cuidados pertinentes con el fin de la supervivencia del niño. Uno de estos cuidados es la alimentación ya que en ella se produce algo muy particular y es el hecho de que dentro del ejercicio de esta función se encuentra la transmisión de los significantes que girarán alrededor de esta actividad durante el resto de la vida del pequeño, por lo cual a través de éstas se podrán determinar si el consumo de alimento es algo placentero como para colmar este carácter erótico del cuerpo o simplemente se la vivencia con displacer e incomodidad (Castro, Egas, Jaramillo, Ramírez & Tipán, 2017) (Anexos 2, 3, 4, 5 & 6).

La relación que se da entre la madre y el infante tiene mucho que ver con la falla en la función paterna, donde no se generan los cortes adecuados para que se produzca la separación necesaria entre ambos. En este momento puede aparecer esta relación absorbente por parte de la madre hacia su hijo/a donde el deseo del mismo será cumplir el mandato y deseo de la madre por lo cual se genera una renuncia a ser sujeto deseante. Existen relaciones bastante invasivas dentro del discurso de la persona que posee el malestar de la anorexia donde no tiene espacios para desarrollarse en distintos ámbitos, existe mucha sobreprotección por parte de estas madres donde se limita el acceso a varios aspectos, tanto es así que en la consulta hay varios casos donde la madre está presente respondiendo todo lo que el paciente debería hacer por su parte e inclusive llegan a estar presentes en la sesión sin que se encuentren dentro de este espacio físico (Castro, Egas, Jaramillo, Ramírez & Tipán, 2017) (Anexos 2, 3, 4, 5 & 6).

La función materna también cumple con la construcción de la imagen inconsciente del cuerpo ya que los comentarios positivos y negativos desde la conciencia que retumbarán en el inconsciente van estructurando esta figura y al haber alguna falla dentro de este punto también va a ser sumamente decisivo para el desarrollo de la anorexia, siendo allí donde se produce esta distorsión de la imagen inconsciente y que no coincida la percepción del esquema corporal con dicha imagen (Egas, Jaramillo, Ramírez & Tipán, 2017) (Anexos 2, 3, 4 & 6).

Para concluir, uno de los puntos fundamentales del trabajo que se da en el espacio terapéutico es la búsqueda de una separación con esta figura materna con el fin no solamente de llegar al camino de la cura de la anorexia sino también para lograr un reconocimiento propio del paciente como sujeto y volver a generar un deseo desde otro espacio distinto al discurso que se maneja dentro de su padecimiento (Ramírez, 2017) (Anexo 3).

3.4.3 La demanda.

Anteriormente se pudo conocer que en la mayoría de los casos que llegaban a consulta eran llevados por terceros, sean éstos parte de su familia y amigos cercanos, por lo cual la mayoría de veces iban los pacientes casi obligados a consulta presentando una demanda manifiesta y posteriormente en el proceso terapéutico iban apareciendo los primeros esbozos de una demanda latente donde se observaba la presencia de varios elementos que fueron descritos en las preguntas 2, 3, 5, 6, 7 y 9.

La demanda inicial no es una demanda propia, de hecho no se podría hablar de una demanda manifiesta, sin embargo se puede hablar de un malestar que llega por parte de terceros ya que ellos manifiestan cómo este cambio en el cuerpo de sus hijas/os los tiene preocupados. También han acudido a varios especialistas de la salud quienes le comentan que no están cumpliendo con el peso normal requerido y que hay cambios comportamentales. Entonces es esta serie de elementos de incomodidades que se

presentan de manera externa al paciente porque éste por su lado no las vivencia como tales (Castro, Egas, Jaramillo, Ramírez & Tipán, 2017) (Anexos 2, 3, 4, 5 & 6).

En varios casos los pacientes entran a consulta sin ninguna motivación desconociendo su malestar que aparentemente solo está afectando a otras personas y no a ellos mismos. Inicialmente no existirá un discurso dirigido a esta temática porque no es tomada como un algo negativo que los pueda afectar, de hecho será casi ignorada totalmente, se hablarán de otros elementos hasta poder llegar a establecer una transferencia y después se podrá conocer si se dará o no un trabajo ya que todo dependerá del propio paciente.

Posteriormente aparecerán elementos con respecto a la temática: se hablará de la alimentación y cómo ésta es percibida, cuestiones corporales y estéticas que a través de ellas se podrán dar un trabajo más estructurado buscando la estabilidad del paciente y sin olvidar también el trabajo interdisciplinario (Castro, Egas, Jaramillo, Ramírez & Tipán, 2017) (Anexos 2, 3, 4, 5 & 6).

La feminidad será uno de los elementos fundamentales que aparecerán dentro de esta demanda. En ella está cómo se perciben las pacientes como mujeres o si no existe esta caracterización sexual de posicionarse como objeto de deseo y sujeto de deseo. Por lo general hay un desconocimiento de esta feminidad, no se consideran sujetos femeninos, cayendo casi en una posición alejada de lo erógeno podría decirse una posición asexual, sabiendo que son mujeres que tienen este carácter femenino pero que lo desconocen o lo niegan, siendo así que por este motivo se ocultan bajo prendas holgadas para esconder esta figura femenina (Castro, Egas, Ramírez & Tipán, 2017) (Anexos 2, 3, 5 & 6).

Anteriormente se pudo establecer esta falta de importancia por lo estético dentro del discurso de las pacientes y es esencial retomar este punto pero con un carácter diferente y es el hecho de este desconocimiento de lo femenino que de cierta manera toma una importancia trascendental para el afectado que en ciertas ocasiones tiende a idealizar lo femenino que es expresado en otras mujeres que muestran su cuerpo, no necesariamente a manera de modelos sino en lo “común” que se puede encontrar

utilizando ropa que no oculta tanto estos rasgos femeninos. Es importante recalcar que en la anorexia aparecen malestares corporales que se evidencian como la ausencia de menstruación que posiciona a la paciente como una niña en cuerpo como en funciones corporales (Castro, Egas, Ramírez & Tipán, 2017) (Anexos 2, 3, 5 & 6).

No se habla de lo femenino que se encuentra en el cuerpo de la paciente anoréxica sino como éste se expresa en otros cuerpos y como aparentemente dentro de lo cultural no hay acercamiento a estos estándares de belleza pero que sin embargo generan los estereotipos que las pacientes quieren llegar a poseer. Entonces se genera otro malestar en cómo se vivencia la feminidad que se admira en otros cuerpos en uno que se desconoce como ente femenino pero que sabe que está dentro de esta lógica.

CONCLUSIONES

En cuanto al primer capítulo, se puede concluir que la estructuración de la imagen inconsciente del cuerpo se produce antes de que el sujeto sea capaz de reconocerse a sí mismo, es decir, que pueda definirse como yo (Je). Este proceso se genera a través de sus cuidadores, quienes están encargados de proporcionar los significantes que el niño necesita para construirse a sí como también el medio en el que se desenvuelve el infante, y que tendrá que ver con las vivencias de carácter erógeno que posea el niño para poder identificarse consigo mismo.

La imagen inconsciente del cuerpo está estructurada de la misma manera en que se genera la imagen que se presenta al final del estadio del espejo, puesto que ambas aparecen en base a los significantes que le son proporcionado al infante por parte del gran Otro y que llegan a ser percibidos como una totalidad corporal por el mismo. El concepto de imagen inconsciente del cuerpo fue construido por Françoise Dolto basándose en el texto de Jacques Lacan (1914) “El estadio del espejo como formador del “Yo” (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”.

El segundo capítulo permite concluir que la anorexia es una patología desde los manuales diagnósticos con una serie de síntomas para poder ser reconocido como tal, cuya característica principal es la falta de consumo alimenticio. La anorexia no siempre fue considerada una patología dado a que tenía otras connotaciones en diferentes épocas de la historia humana, pero que con el tiempo y el contexto de cada lugar llegaría a ser tomada como un malestar.

Desde la perspectiva psicoanalítica sería visto como un fenómeno sintomático el cual se relaciona con la fabricación de un deseo en el sujeto que lo padece dado que aparentemente éste no lo posee y a su vez existen varios estereotipos que se encuentran dentro de la cultura, así como en los medios de comunicación que repercuten en el inconsciente del paciente el cual busca cumplir a cualquier consecuencia estos ideales.

En relación con el tercer capítulo, se pudo evidenciar que dentro del discurso de los pacientes que aparecen en consulta existen varios elementos que no se limitan a la percepción corporal, siendo éstos: el hecho de que en la mayoría de casos llegan a consulta por exigencia

de terceros mas no por quienes padecen este malestar; la negación de la feminidad y del cuerpo femenino; ocultar el cuerpo con ropas holgadas; un duelo del cuerpo infantil no resuelto; convenciones y estereotipos culturales; madres que son muy absorbentes y no permiten el desarrollo de estos pacientes y; el apareamiento de dicotomías en temas que aparentemente no tienen relevancia y que finalmente sí la tienen, siendo un ejemplo el acercamiento a la moda.

El análisis, tanto teórico como práctico, ha confirmado la hipótesis planteada para esta investigación, es decir, la imagen inconsciente del cuerpo tiene una relación con la anorexia puesto que en primera instancia se forma la percepción corporal de forma consciente como inconscientemente a través de las identificaciones e introyecciones que el niño tiene con sus cuidadores y de cómo se forma el concepto de Yo. Al existir una falla en este proceso aparece la percepción distorsionada en que no coinciden imagen inconsciente del cuerpo ni esquema corporal. Mientras el primero es visto como una imagen de gordura, el segundo aparece esquelético. Esta falla no necesariamente determinará la presencia de anorexia pero si tiene mucho que ver con el apareamiento de la misma.

En conclusión, sí existe una relación entre la imagen inconsciente del cuerpo. No es la etiología de este malestar ya que no existe una sola posibilidad para que esto se produzca pero si tiene mucho que ver con la falla en la percepción corporal ya que de esta manera aparece la distorsión corporal que se evidencia en la anorexia y produce que se desaten todos los síntomas que conlleva esta anomalía. Además de que no hay que olvidar todos los otros malestares que fueron evidenciados por los terapeutas dentro de su experiencia con estos casos.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar más estudios con respecto a esta temática ya que no existe mucha información desde la perspectiva psicoanalítica, además que este tema se encuentra oculto dentro de la ciudad de Quito, casi se desconoce este malestar, se sabe que existe, pero no se lo reconoce con la importancia que se debería.
- Es importante resaltar que ante el tratamiento de la anorexia siempre debe existir la colaboración de un grupo de profesionales de la salud, con el fin de realizar un cuidado completo de todos los elementos de este malestar, ya que no se limita únicamente al factor psicológico, sino que también existen repercusiones corporales que si no son tratados de manera adecuada pueden traer problemas a largo plazo al paciente.
- Se recomienda estudiar los malestares dentro de la anorexia que se encuentran externos al discurso del malestar corporal, con el fin de conocer más acerca de las posibilidades que existen para que se produzca este malestar, aparte de la que se pudo describir en la presente disertación, de esta manera tener un estudio más completo y conocer más acerca de esta anomalía.

BIBLIOGRAFÍA

- APA. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Chicago: American psychiatric publishing.
- Bernal, H. (21 de Agosto de 2011). *Bernal tiene un blog*. Obtenido de Bernal tiene un blog: <https://bernaltieneunblog.wordpress.com/2011/08/21/311-el-paradigma-indiciario-en-la-investigacion-con-el-psicoanalisis/>
- Castro, D. (14 de Febrero de 2017). La estructuración de la imagen inconsciente de cuerpo y su relación con la anorexia. (F. Sandoval, Entrevistador)
- Cibeira, A. (2008). *Psi.uba.ar*. Obtenido de Psi.uba.ar: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/consideraciones_anorexia.pdf
- Dolto, F. (1986). *La imagen icnosciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Egas, V. (27 de Enero de 2017). La estructuración de la imagen inconsciente y su relación con la anorexia. (F. Sandoval, Entrevistador)
- Freud, S. (1888-1889). Señora Emmy von N. En S. Freud, *Estudios sobre la histeria* (págs. 71-123). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1894). Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias). En S. Freud, *Primeras Publicaciones psicoanalíticas* (págs. 41-68). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1895). Manuscrito G Melancolía. En S. Freud, *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud* (págs. 239-246). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En S. Freud, *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajo sobre metapsicología y otras obras* (págs. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu.

- García, P. (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10*. Buenos Aires: Editorial medica panamericana.
- González, P. (2006). *Mufm.fr*. Obtenido de Mufm.fr: http://www.mufm.fr/sites/mufm.univ-toulouse.fr/files/evenement/symposium/ponencias/paola_josefina_gonzalez_castro.pdf
- Hornstein, L. (2000). *Narcisismo autoestima, identidad, alteridad*. Buenos Aires: Paidós.
- Jaramillo, F. (6 de Febrero de 2017). La estructuración de la imagen inconsciente de cuerpo y su relación con la anorexia. (F. Sandoval, Entrevistador)
- Jiménez, A. (8 de Junio de 2013). *Revistas.udistrital.edu.co*. Obtenido de *Revistas.udistrital.edu.co*: <file:///C:/Users/estudiantes/Downloads/5789-25704-1-SM.pdf>
- Kaufmann, P. (1996). *Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis. El aporte Freudiano*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan, *Escritos I* (págs. 99-105). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Laplanche, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- López, L. S. (30 de Diciembre de 1998). *Documentacion.aen.es*. Obtenido de *Documentacion.aen.es*: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1999/revista-72/anorexia-comer-nada.pdf>
- Pérez, J., & Gardey, A. (2012). *Definicion.DE*. Obtenido de *Definicion.DE*: <http://definicion.de/anorexia/>
- R.A.E. (2007). *Diccionario práctico del Estudiante*. Barcelona: Santillana .
- Ramírez, G. (6 de Febrero de 2017). La estructuración de la imagen inconsciente de cuerpo y su relación con la anorexia. (F. Sandoval, Entrevistador)
- Romo, P. (2007). *Mitos Griegos*. Quito: Ediciones Ecuador del futuro.

SENPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito: Senplades.

Tipán, C. (15 de Febrero de 2017). La estructuración de la imagen inconsciente de cuerpo y su relación con la anorexia. (F. Sandoval, Entrevistador)

Zagalaz, M., Romero, S., & Contreras, O. (1995). *Rieoei.org*. Obtenido de Rieoei.org: <file:///C:/Users/estudiantes/Downloads/343Zagalaz.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1
ENTREVISTA APLICADA EN LA INVESTIGACIÓN

- 1. ¿Ha tenido la oportunidad de trabajar con casos de anorexia? ¿Cuántos (hombres, mujeres)? ¿Cómo ha sido su experiencia en este campo?**

- 2. ¿Cuáles son las características principales que posee una persona con dicha condición (anorexia)? ¿cómo se muestran al llegar a la consulta?**

- 3. ¿En los casos atendidos cual es la disparidad entre teoría y fenómeno?**

- 4. ¿Cuáles son la propuesta desde el psicoanálisis para el trabajo de escucha con la anorexia?**

- 5. ¿Qué dice acerca de su cuerpo el/la paciente que padece anorexia?**

- 6. ¿Se ve afectada la imagen inconsciente del cuerpo en este caso, si es así como esta se produce?**

- 7. ¿Qué sucede con el esquema corporal en este caso?**

- 8. ¿Cuál es el procedimiento que usted utiliza para manejar un caso de anorexia?**

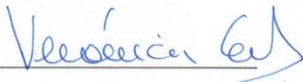
- 9. ¿Cuál es la posible etiología de la anorexia?**

ANEXO 2
ENTREVISTA A VERÓNICA EGAS

Quito, 27 de Enero del 2017

Yo: Verónica EGAS con C.I: 1704551793 autorizo al señor César Fabricio Sandoval Maldonado con C.I: 172458663-9 la aplicación y grabación de una entrevista que será utilizada para el trabajo de disertación titulado: "La estructuración de la Imagen Inconsciente del Cuerpo y su relación con la Anorexia".

El fin de la entrevista es la recolección de datos que aparecen en el espacio clínico con respecto a la temática antes mencionada y utilizarlos en la parte práctica de la investigación.



Firma de la Entrevistada

C.I: 1704551793



Firma del Entrevistador

C.I: 172458663-9

1. ¿Ha tenido la oportunidad de trabajar con casos de anorexia? ¿Cuántos (hombres, mujeres)? ¿Cómo ha sido su experiencia en este campo?

Si, a nivel de la clínica yo he visto en mi consulta particular unos cinco casos con relación a la anorexia. Todos estos han sido con relación a mujeres, sin embargo también aquí en el Centro de Psicología Aplicada (CPsA) recibimos a pacientes y en realidad esta problemática es cada vez más frecuente. Es raro personas con trastornos alimenticios que sean varones, no digo que no hayan pero es bien raro estos trastornos. Se sintomatizan más a nivel de las mujeres, entonces tenemos más. Más o menos son jóvenes entre los diecisiete, dieciocho años hasta los treinta, las cuales vienen con esta temática. En la consulta privada más bien no he visto tantas adolescentes. Aquí en el CPsA hay varias adolescentes. En la consulta privada he tratado a mujeres de entre veinte y treinta años (Egas, 2017).

2. ¿Cuáles son las características principales que posee una persona con dicha condición (anorexia)? ¿cómo se muestran al llegar a la consulta?

Cuando llegan estas personas a la consulta en realidad ellas están muy marcadas con esta cuestión de la alimentación y de su identidad a través de la anorexia. Ellas se muestran mucho con el síntoma y muchas veces es difícil el poder lograr que se muevan de ese lugar de víctimas o ese lugar de goce cuando hablan en relación a la comida, con su dificultad con la comida. El poder moverles de ese lugar y que apostemos abrirles un espacio más bien de escucha y que emerja el sujeto es bien difícil porque están tan arraigadas con esta cuestión de la alimentación que muchas veces es su defensa, entonces llegan a las sesiones y te hablan de la alimentación y todo su discurso gira alrededor de la alimentación, de que si comieron, de que si no comieron, de que dijeron sus familiares en relación con la comida, de cuál es la postura de sus parejas en relación a la comida, de cuanto sufrieron por la comida, de cuanto comieron.

Algunas llegan en cierto caso con su discurso, muestran mucho esta cuestión de la obsesividad de que comieron tantos miligramos, tantos gramos, tantas cosas. Entonces en realidad más allá del síntoma se vuelve en un discurso alrededor del goce de esta cuestión de la alimentación. Tratas de moverles de ese lado o tratas de abrir o no marcar el discurso la sesión con relación a la alimentación.

Es difícil, toma tiempo el que ellas puedan entender que son más allá de la anorexia, que la anorexia es una parte pero que ellas no son la anorexia, entonces yo si iría a la cuestión de que este síntoma es bien particular porque está bien articulado atravesado por la cuestión de la identidad (Egas, 2017).

3. ¿En los casos atendidos cuál es la disparidad entre teoría y fenómeno?

Cuando tu trabajas a nivel de la clínica ves estos pacientes, a estas pacientes, es difícil que te lleguen con la cuestión teórica así en relación a la madre, la cuestión de la relación con su cuerpo, de la relación de la feminidad, de la negación de la feminidad, que no haya menstruación, que no haya crecimiento de los senos, esta cuestión de su articulación de la mujer y lo femenino pero se da.

Yo creo que cuando tenemos paciencia y escuchamos se da este miedo a querer crecer, a querer asumir una feminidad que sale a través del cuerpo pero que lo niegan, y esta negación es tan fuerte que es una negación del cuerpo. Realmente si se pierden los rasgos femeninos, femenino es el cuerpo, se pierde y de repente vos encontras mujeres que son extremadamente andróginas o que tienen cuerpo de niñas porque no hay estas curvas, no hay estas otras cosas y en su discurso es así. No es que desconozcan esta feminidad sino que la niegan, saben que hay algo de lo femenino ahí pero se niegan, incluso en el discurso te lo dicen: yo no quiero crecer, no quiero asumirme como adulta, que es eso de ser adulta, yo prefiero quedarme como niña y como son las niñas ellas no tienen forma femenina del cuerpo (Egas, 2017).

4. ¿Cuáles son las propuestas desde el psicoanálisis para el trabajo de escucha con la anorexia?

Tenemos que tomar en cuenta el psicoanálisis, el cual no es un enfoque o una teoría el cual trabaje específicamente sobre una problemática, sino que más bien deja abierto el discurso para que el sujeto vaya emergiendo, vaya diciendo lo que tenga que decir con relación a lo que quiera decir.

Yo creo que lo que pueda teorizar el psicoanálisis con respecto a la anorexia es más bien del lado de la alimentación, de su significado, lo que significa la comida por un lado lo que nos

lleva directamente a la relación materna y nos lleva también con lo que es la función materna lo que no es lo mismo. Una cosa es el vínculo con la madre y otra cosa es la función materna. Esta función materna que es de cuidado, de comida, alimentar para que crezcas para que no te mueras, para que te desarrolles, eso es por un lado. Por otro lado tenemos nuestra relación con el cuerpo que no es únicamente real no es un cuerpo de la realidad solamente, es un cuerpo imaginario y es un cuerpo simbólico. El cuerpo no es solamente la carne, es como nos vemos nosotros y no como nos vemos en la realidad a través de un espejo. Es como me percibo y yo ahí le articularía con la cuestión del estadio del espejo, la mirada del otro, como te construyes a través de la mirada del otro, como este otro te ve. No es una cuestión de que una mujer este gorda o flaca, es una cuestión de cómo percibe que el otro le ve porque es a través de cómo te ve el otro que te vas construyendo y cómo te sientes.

Hay sujetos que se pueden sentirse guapísimos aunque estén gorditos. No es la cuestión concreta porque se sienten vistos, admirados y deseados por el otro; y hay otros que pueden ser físicamente, según los cánones de belleza actual, perfectos y no va por ahí y eso es lo que encontramos en la clínica, mujeres y hombres, los cuales están con esta lucha y con esta dificultad de articulación entre lo imaginario, simbólico y real con relación a su cuerpo y ahí entra la imagen inconsciente del cuerpo (Egas, 2017).

5. ¿Qué dice acerca de su cuerpo el/la paciente que padece anorexia?

Los pacientes hablan mucho de su cuerpo, miden su cuerpo, vivencian su cuerpo con malestares, incomodidades, vivencian incluso el funcionamiento interno de su cuerpo, de sus órganos, eso es bien particular.

Los neuróticos no tenemos una relación tan consciente con el cuerpo. Nuestro cuerpo está ahí, si no nos duele no le hacemos a veces mucho caso, solo cuando duele le hacemos caso. Estos pacientes están pendientes de su cuerpo, de las funciones de su cuerpo, cuantas veces fueron al baño, miden sus cosas, sus fluidos, están constantemente midiéndose la masa corporal, se ven constantemente al espejo, la relación con el cuerpo es bastante particular. Yo no diría dentro de la psicosis ya que es otra lógica, sin embargo te diría que es particular. Por un lado están midiendo constantemente todo el funcionamiento de su cuerpo y por otro lado las personas con anorexia, que yo he podido trabajar, no son personas que muestran su

cuerpo sino que usan ropas grandes, holgadas, se tapan y teóricamente están flacas, bueno esqueléticas más bien dicho (Egas, 2017).

6. ¿Se ve afectada la imagen inconsciente del cuerpo en este caso, si es así como ésta se produce?

Pero claro, yo creo que la articulación real, imaginario, simbólico algo pasa ahí, desde el estadio del espejo algo pasa con relación a la cuestión escópica, como se está viendo y como me ve el otro, tendríamos que ver todo la cuestión del narcisismo primario y secundario con relación a esto y tendríamos que ver que pasó en los primeros años de vida, hasta los cinco años, quizás menos, uno, dos o tres años, que es toda esta cuestión de cómo me veo a través de la mirada del otro, cómo es un problema, de cómo me estructuro en ese anudamiento. No creo que sea un problema estructural de neurosis, psicosis o perversión, pero sí creo que es algo con relación a cómo es ese proceso de identificación, de identidad, imagen inconsciente del cuerpo y estructuración psíquica. Todo eso está unido, tendríamos que ver el caso por caso (Egas, 2017).

7. ¿Qué sucede con el esquema corporal en este caso?

En el esquema corporal estamos dentro de la lógica consciente. En cambio con la imagen del cuerpo estamos dentro de la lógica inconsciente. En el esquema corporal, ellos lo saben. Cuando uno les escucha ellas saben que están flacas, saben que están esqueléticas, saben dentro de un saber consciente, pueden medirse, pueden pesarse, van donde el nutricionista, ven que en lo concreto ellas saben pero no logran percibirse. Por eso digo que pasa algo en el anudamiento.

Cuando ellas trabajan ese tema en las sesiones saben que están esqueléticas, que algo pasa con este cuerpo y aun así lo rechazan, entonces no es una cuestión consciente. Por eso los planes de prevención y toda la cuestión de nutrición se va dentro de lo consciente, pero hay más cuestiones inconscientes, más pulsiones que desborda (Egas, 2017).

8. ¿Cuál es el procedimiento que usted utiliza para manejar un caso de anorexia?

Yo no tengo un procedimiento específico o mi procedimiento específico para todos los casos, escuchar. Lo más difícil que más pasa en estos casos es su negativa a moverse de este lugar de etiquetación que ellas se ponen: soy anoréxica. La anorexia, moverles de ese lugar, que ya no hablen, que hablen de otra cosa. La anorexia también dentro del discurso es una defensa, es un goce, es algo que se queda ahí fijado. Lo más difícil realmente es hacerle mover. ¿Cuál es la herramienta? Pues nada, se les escucha y se les reconoce como sujetos en sufrimiento (Egas, 2017).

9. ¿Cuál es la posible etiología de la anorexia?

El deseo siempre va a ser el deseo del otro materno y paterno. Yo sí creo que tiene algo que ver con la función materna y con el vínculo materno. Por ahí está la pista porque la alimentación es una de las cosas primarias, de las actividades primarias básicas de todo ser humano, del bebé y esto nos remite directamente a la mamá. Cuando digo mamá no me refiero a la madre sino a lo materno. Entonces ahora, si está muy pegada o está muy alejada, si hay problemas yo no lo generalizaría, yo diría va algo con relación a lo materno, no necesariamente a la madre real, va algo con lo materno. Deberíamos escuchar cómo cada una de ellas se posiciona porque no todas se posicionan igual: hay algunas que realmente hablan de la alimentación como algo persecutorio y hay otras que hablan de la alimentación como algo indispensable, hay otras que hablan de la alimentación como algo que les hace sufrir, como un castigo, entonces tendríamos que ir mirando cómo cada una de ellas se posiciona dependiendo su discurso. Yo creo que el punto de encuentro tal vez de esta problemática, si me ha dado pistas a mí, que es con relación a lo materno (Egas, 2017).

ANEXO 3
ENTREVISTA A GRACIELA RAMÍREZ

Quito, 6 de Febrero del 2017

Yo: Graciela Ramírez con C.I: 1714639133 autorizo al señor César Fabricio Sandoval Maldonado con C.I: 172458663-9 la aplicación y grabación de una entrevista que será utilizada para el trabajo de disertación titulado: "La estructuración de la Imagen Inconsciente del Cuerpo y su relación con la Anorexia".

El fin de la entrevista es la recolección de datos que aparecen en el espacio clínico con respecto a la temática antes mencionada y utilizarlos en la parte práctica de la investigación.



Firma de la Entrevistada

C.I: 171463913-3



Firma del Entrevistador

C.I: 172458663-9

1. ¿Ha tenido la oportunidad de trabajar con casos de anorexia? ¿Cuántos (hombres, mujeres)? ¿Cómo ha sido su experiencia en este campo?

“Sí, hombres sólo unos pocos, mujeres, no podría darte una cifra. El tiempo que he trabajado dentro de instituciones educativas solo de mujeres trabajé hace varios años y tenía muchísimos casos, al menos dos tres cada año” (Ramírez, 2017).

2. ¿Cuáles son las características principales que posee una persona con dicha condición (anorexia)? ¿cómo se muestran al llegar a la consulta?

En realidad la mayoría de casos que yo he asumido eran dentro de las condiciones de un colegio, entonces muchos de esos casos la paciente no es la que solicita la consulta sino sus padres o remitidas de colegio. Me pasó una vez, específicamente, que las compañeritas le acompañaron, le dijeron que asista a buscar a la psicóloga.

Las veces que yo he recibido, dentro de la consulta, muchas veces llegan por otras situaciones. Por ejemplo estoy pensando en una chica que atiendo hasta ahora que vino por un tema de delito sexual y eso fue en la niñez y ella ahora ya es adulta. Viene a hablar del delito sexual de la niñez y resulta que hay un cuadro anoréxico en la adolescencia. No siempre vienen por la causa específica a menos que estén en condiciones muy delicadas. Yo trabajé algún tiempo en una clínica donde se recibían estos casos, entonces ya muchas llegaban muy bajas de peso, ya con otras dificultades en relación a su menstruación, sus dientes. Entonces no era la primera opción el psicólogo, sino la primera opción era el nutricionista u otros profesionales y a partir de eso eran remitidos al área de psicología (Ramírez, 2017).

3. ¿En los casos atendidos cuál es la disparidad entre teoría y fenómeno?

No es tan simple como parece. No es solamente que la persona esté percibiendo de manera inadecuada su imagen frente al espejo porque es una cuestión que va mucho más allá del espejo. Es toda la relación que tiene con su cuerpo, es la percepción que tiene del crecimiento, por ejemplo cuando son adolescentes, de sus órganos femeninos y del dejar de alimentarse, de ingerir algo de lo que entra al cuerpo y como el cuerpo procesa algo que entra por la boca. Esto me llamó la atención con el caso que mencioné anteriormente: en el

abuso sexual que ella era sometida durante su infancia, era justamente besarle sus partes íntimas, meterse el pene en la boca del agresor, de un tío. Entonces ella se demoró varios años en decirlo pero su conclusión fue “nada me entra en la boca”. Era niña pero el cuadro anoréxico aparece en la adolescencia, y ya adulta sigue hablando y puede elaborar ciertas cosas, entonces a veces nos quedamos más en la parte conductual observacional, pero no pasamos a pensar la relación que tiene esa persona con su cuerpo, cómo ese real del que no se puede huir y nos quedamos en la parte sintomática porque tiene que alimentarse. Hay que saber que sugirió el nutricionista, pero el donde se trastocó esa relación con el cuerpo determina la posibilidad de una cura, de una dirección a la cura con estas personas (Ramírez, 2017).

4. ¿Cuáles son las propuestas desde el psicoanálisis para el trabajo de escucha con la anorexia?

En realidad pocas. He leído un poco de Marika Bergès que habla en algún punto de la adolescencia, el crecimiento y justamente la feminidad. Hay una psicoanalista, Lorena (no recuerda el apellido) ella trabaja algunos años en relación al The Center que aquí en Quito asumen estos casos de anorexia y ella trabaja a mayor profundidad.

Cuando realicé mis estudios en Barcelona tenía un grupo de compañeros que tenían un grupo de estudio llamado “Práctica entre varios”. Tenían dos espacios: uno para niños con autismo y otro con mujeres que poseían trastornos alimenticios. Era muy interesante ya que eran pediatras porque algunas apenas estaban terminando de ser niñas, nutricionistas, psicólogos desde la línea psicoanalítica. Las chicas permanecían internadas ahí pero tenían un trabajo integrado. Estos dispositivos daban muy buenos resultados tanto con el tema de autismo como de trastornos alimenticios (Ramírez, 2017).

5. ¿Qué dice acerca de su cuerpo el/la paciente que padece anorexia?

Pensando en el caso específico que te comento podría decir que habla muy poco, es una chica que justamente decía poco de su cuerpo, tocaba otros temas pero nada relacionado con su cuerpo. Es una chica que visiblemente no se arregla mucho, ya no tiene un índice bajo de masa corporal como en su adolescencia pero sigue siendo bastante delgada. Le ha costado

muchísimo hacer pareja ahora en la edad adulta y aún más mantener relaciones sexuales con su pareja. Ya trabajo con ella alrededor de dos años y al principio ella no quería hacerse ver en sus formas femeninas, no tenía mayor interés con respecto al tema, vestirse muy holgado y resaltar esto como algo bueno “yo no le dedico mucho tiempo al espejo, ni a peinarme” pero en realidad eso si le complicaba. Hablaba mucho de otras chicas, de sus relaciones con otras chicas, “es que yo siempre tengo amigas que son muy bonitas, muy desenvueltas que tienen varios amigos, que me ayudan a hacer trabajos en la universidad y yo siempre soy bien callada” pero idealizaba mucho a otras mujeres que si son desenvueltas, que si hablan, se arreglan.

Ella no creció con el papá por lo que tenía una relación muy cercana con la madre y a partir de estos eventos desde los abusos sexuales hasta la anorexia es una madre extremadamente protectora que no le permite desarrollarse en ciertos aspectos. Una parte del trabajo fue si tú ya tienes veintitrés o veinticuatro años no está bien que pidas permiso, que te vayan a ver a todo lado y cosas por el estilo que ya no aplican, de tener una relación más distante con la madre ya que ha heredado algunos malestares de su madre (Ramírez, 2017).

6. ¿Se ve afectada la imagen inconsciente del cuerpo en este caso, si es así como ésta se produce?

Si, en este caso en particular la imagen que yo pienso que ella mostraba a los otros no era necesariamente la imagen con que ella se identificaba, cuando uno le pedía que se describa, que diga algo de ella misma, era una imagen defensiva de que no quería que le noten, ella se perdía en el grupo, no quería que le noten, no salía con chicos, toda esa parte de la adolescencia que Aberastury dice el hacerse ver, de mostrarte en ciertos aspectos. Ella quería no hacerse notar hasta que llegó a ser una complicación.

Ella como adulta vino a pedir consulta pero ella comentaba que la primera vez que fue a pedir terapia fue porque un grupo de sus amigas le habían recomendado ir con la psicóloga de su colegio para buscar ayuda (Ramírez, 2017).

7. ¿Qué sucede con el esquema corporal en este caso?

A pesar de que ella sabía que no cumplía con los patrones corporales de las demandas sociales tampoco le interesaba mucho en un discurso más bien objetivo, pero finalmente si le interesaba porque recuerdo una vez que trabajé con ella sobre su cuerpo y viene la pregunta del ser mirada por el otro. Entonces no es cuestión de entrar a la moda ni nada por el estilo, pero sí de tener otra relación con su propio cuerpo, volverse a sentirse cómoda con que le miren, sentirse cómoda con mirarse a sí misma de otra forma e idealizando un poco menos a tantas mujeres que esta chica tenía en esa posición, “que si son bonitas, si hablan, los chicos les hacen caso”, inclusive tuvo una pareja “X” y en algún momento las amigas le decían que él era feo, “tú eres bonita pero él es feo”, ella terminó con él a pesar de que si lo quería y le costó volver a empezar una relación de pareja justamente por la cuestión de la imagen, cuando al principio ella hablaba de su poca importancia por la imagen, finalmente si le importaba bastante y su consigna actual es no acabar con su relación que lleva por la cuestión de la imagen que viene desde afuera, de sus amigas tan importantes para ella (Ramírez, 2017).

8. ¿Cuál es el procedimiento que usted utiliza para manejar un caso de anorexia?

Trabajo con otros colegas, entonces dependiendo el caso me atengo a lo que decía Freud de la sesiones preliminares donde se puede ver si uno puede asumir el caso o que no podrá trabajar. Trabajo con una amiga que trabaja en el Metropolitano que es psicóloga y trabaja con tres nutricionistas, entonces en primer caso si no ha habido una consulta nutricional se les pide que se las realicen o traigan una copia si ya se la realizaron. Yo considero que si el síntoma ya está puesto en el cuerpo, en lo real del cuerpo, no hay que desconocer, sea somático, conversivo, sea lo que sea ya está puesto en el cuerpo y debe ser atendido.

Tuve un caso particular en el que una paciente tuvo convulsiones. Yo trabajo con el doctor Fernando Bozano del AXIS, entonces hay casos en los que inclusive hay que pedir evaluación neurológica dependiendo el caso y principalmente el trabajo con la familia, porque a pesar de que sea la paciente la que va a consulta se les explica a los familiares que deben ser bastante participativos ya que no estoy de acuerdo con el internamiento. Además en el país no hay sitios que trabajen esta temática, además que The Center que no se si exista todavía, sé que en Parcayacu internan en algunas ocasiones, en el Benito Menni. Si uno se

compromete a un ambulatorio es por lo menos dos veces por semana a reuniones con la familia, la evaluación nutricional, etc. Justamente para evitar cualquier tipo de riesgo (Ramírez, 2017).

9. ¿Cuál es la posible etiología de la anorexia?

Tomando en cuenta el caso específico que te comenté por ejemplo, esta chica no tuvo uno sino varios abusos sexuales por parte de un tío. Le ponen algo en la boca que no correspondía de ninguna manera para su edad y que no correspondía por ser un familiar. Por supuesto es una cuestión incestuosa, pero no es solo eso lo que pasa en la realidad efectiva, pero es una realidad de una niña donde no hay un padre que ubique cosas, donde no hay un padre que opere ciertos cortes, donde hay una madre sobreprotectora que protege tanto que se le escapa esto, no sale ni a la esquina pero de este tío se le escapa, una chica que cuenta a la familia, que si reacciona dice algo pero no queda en mayor cosa, una chica que no encuentra reconocimiento por parte de su familia, de su palabra, entonces da la vuelta y es mejor de ciertas cosas no hablar, no decir y llega un momento en su adolescencia cuando empiezan a aparecer sus formas femeninas, preferible no comer porque en el fondo prefiere que no se noten estas formas. Entonces no es solo el evento y la realidad efectiva, es todo lo que se juega en contexto, en la vida familiar, de cómo la palabra de ella tiene resonancia o no para su madre (Ramírez, 2017).

ANEXO 4
ENTREVISTA A FRANCISCO JARAMILLO


Quito, 6 de Febrero del 2017

Yo Francisco Jaramillo T. con C.I: 1707269739 autorizo al señor César Fabricio Sandoval Maldonado con C.I: 172458663-9 la aplicación y grabación de una entrevista que será utilizada para el trabajo de disertación titulado: "La estructuración de la Imagen Inconsciente del Cuerpo y su relación con la Anorexia".

El fin de la entrevista es la recolección de datos que aparecen en el espacio clínico con respecto a la temática antes mencionada y utilizarlos en la parte práctica de la investigación.


Firma del Entrevistado

C.I: 1707269739


Firma del Entrevistador

C.I: 172458663-9

1. ¿Ha tenido la oportunidad de trabajar con casos de anorexia? ¿Cuántos (hombres, mujeres)? ¿Cómo ha sido su experiencia en este campo?

Sí, he trabajado en casos de anorexia tanto en el Centro de Psicología Aplicada (CPsA) como en mi consulta privada. Si poner una cifra exacta no le podría dar, voy trabajando más de diecisiete años en la clínica entonces ponerle así un número de pacientes exactos no me podría atrever a decirle. Si le puedo decir que han sido más de diez pacientes los que han estado dentro de este tipo de trastorno o de un síntoma llamémoslo así porque a lo mejor la anorexia más que un trastorno o una patología desde el psicoanálisis podría más bien ser visto como un síntoma.

Yo creo que pondríamos que hay un mayor número de casos en digamos pacientes mujeres, chicas, adolescentes más que en casos de varones. Tampoco puedo decir que no han habido casos en hombres pero son mucho menores, hay digamos una proporción mucho más amplia de mujeres que en hombres (Jaramillo, 2017).

2. ¿Cuáles son las características principales que posee una persona con dicha condición (anorexia)? ¿cómo se muestran al llegar a la consulta?

Pueden haber varias formas de presentarse, de demandar, pedir un trabajo, una de ellas puede ser el hecho de que un paciente, una paciente han venido varias ocasiones, han estado en varias intervenciones tanto a veces con el psicólogo, con el psiquiatra o con algún, vamos a llamarlo así algún profesional de la salud mental, entonces han estado ellos o ellas dentro de este ámbito y vienen nuevamente a hacer una consulta tratando de buscar algún tipo de calma, de bienestar frente a su malestar, sobre todo con respecto a su cuerpo. Y con respecto a su cuerpo y la comida, qué es lo que sucede, entonces ahí pueden venir no cierto con angustia, pueden venir a veces remitidos por otro profesional, a veces pueden ser personas que no están interesados en un trabajo sino que son remitidos por sus padres. En fin pueden haber varios casos dentro de estas entrevistas iniciales o preliminares que uno puede comenzar a escuchar qué es lo que le pasa a esta persona, a este paciente, por qué está acudiendo, tratando de buscar algún bienestar (Jaramillo, 2017).

3. ¿En los casos atendidos cuál es la disparidad entre teoría y fenómeno?

Una disparidad entre la teoría y la clínica, bueno no he encontrado una disparidad radical digamos no, sobre todo yo he trabajado desde el psicoanálisis y veo que más bien es una herramienta teórica que me permite reflexionar con respecto a los casos que vienen a la consulta. Entonces en algunos casos yo creo que la anorexia podría estar relacionada tanto a la psicosis y también tanto a la neurosis. No he tenido casos de perversión relacionados con la anorexia pero sí creo que he podido encontrar dentro de estas dos estructuras clínicas, dentro de la psicosis y dentro la neurosis, pacientes que vienen con este síntoma. Entonces puedo encontrar por ahí a lo mejor una relación entre la teoría con respecto a la clínica (Jaramillo, 2017).

4. ¿Cuáles son las propuestas desde el psicoanálisis para el trabajo de escucha con la anorexia?

El tema es del paciente, que en un inicio pueda comprometerse dentro de este trabajo, pueda acudir dentro del trabajo. Habrá que ver en el caso de que sea un paciente más bien adolescente, en el caso que venga más bien traído por sus padres. Hasta qué punto puede irse generando un trabajo particular, un trabajo desde ese sujeto que viene a hablar, viene a decir, viene a dar cuenta de este malestar. En el caso de que más bien un paciente no genera una demanda, no realiza una demanda no es factible que un trabajo se dé. Probablemente habrá que decir a los padres, que quien sabe inclusive ellos van a necesitar más apoyo en este caso, en este momento más que el joven o la joven, entonces habrá que ir viendo si se va construyendo la demanda, en el caso de que se construya una demanda personal propia de esta persona que asiste ahí si habrá que ir dando cuenta. A lo mejor en estos casos yo he visto que puede funcionar un trabajo más sostenido, en qué sentido, de que no necesariamente solo se trabaje una vez por semana sino como mínimo sería importante trabajar dos veces a la semana para que el trabajo pueda tener más consistencia, más solvencia. Bueno dependerá, tampoco puedo ponerme en una cuestión así radical de un encuadre rígido.

Sino que usted sabe por ejemplo dentro del caso de los adolescentes hay que más bien generar un encuadre flexible donde se permita ver como el adolescente se compromete a este trabajo, cuan interesado está en poder hablar sobre su propio cuerpo, sobre sus propias ideas

que tiene relacionadas a tomar en cuenta que no siempre a lo mejor el tema de la anorexia está relacionado con digamos así un daño físico anatómico, sino que más bien pueden ser una serie de imaginaciones, de imaginarios que el adolescente o la adolescente tiene con respecto a su cuerpo. Entonces habrá que ir viendo también eso (Jaramillo, 2017).

5. ¿Qué dice acerca de su cuerpo el/la paciente que padece anorexia?

Como le decía si estamos tomando más bien desde del caso de la neurosis probablemente vendrá una persona a tener una serie de malestares con respecto a su cuerpo, este cuerpo que para una persona que por más que se encuentre flaca en la parte real se ve gorda, no se ve bien, puede estar teniendo una serie de ideas totalmente negativas contrarias con respecto a su imagen, entonces bueno habrá que ver desde el ámbito de la neurosis o de las neurosis como este paciente a lo mejor por ahí es dicho, me refiero por ejemplo cómo el padre menciona el cuerpo de esta adolescente, cómo esta madre menciona el cuerpo de esta adolescente y a partir de eso ver cómo esta influencia de los otros ha generado un desprecio hacia su propio cuerpo, cómo se ha ido construyendo a lo mejor esta imagen desde los otros. A veces muchas de las ocasiones pueden ser frases, pueden ser palabras, pueden ser dichos que se incrustaron dentro del aparato psíquico, digamos de esta persona, que fueron generando una serie más bien de malestares. No creo que esto nazca necesariamente desde la adolescencia, a lo mejor en la adolescencia podemos ver ahí como que el clímax el apareamiento de la anorexia, digamos así de varias formas de varias maneras, pero en muchos de los casos también ya podemos encontrar una serie de rasgos, una serie de elementos que ya se pueden encontrar inclusive desde la infancia.

Françoise Dolto por ejemplo hablaba que podría haber casos de anorexia inclusive en los neonatos, un niño que por ejemplo no quiere comer, no quiere lactar, qué pasa dentro de esa relación madre e hijo para que este bebé no quiera lactar. Entonces es un campo bastante amplio, no podemos decir que hay una sola anorexia sino que habrá que ir viendo en cada sujeto cómo se va manifestando la anorexia (Jaramillo, 2017).

6. ¿Se ve afectada la imagen inconsciente del cuerpo en este caso, si es así como esta se produce?

Para tomar en cuenta este punto, esta parte conceptual de Françoise Dolto habrá que remitirnos a unos puntos teóricos. La imagen inconsciente del cuerpo hay que saberla distinguir por ejemplo desde esta autora con respecto al esquema corporal. Tiene que ver más con una cuestión anatómica, fisiológica, desde Lacan hablaríamos más bien de ese real, en cambio la imagen inconsciente del cuerpo tendría que ver con esta relación que se va formando a partir de la madre y el niño.

Françoise Dolto menciona tres puntos importantes dentro de la imagen inconsciente del cuerpo: la una es la imagen como base de seguridad, la otra tiene que ver con la imagen funcional y la otra con la imagen erógena, como que son tres puntos sumamente indispensables desde la teoría de Dolto. No era una teórica muy sistemática, trabajaba mucho con lo clínico en algunas instituciones, pero no era rigurosa con la construcción teórica, pero estos tres puntos que ella menciona son claves con personas que puedan presentar anorexia.

Qué poder decir de esta imagen como base de seguridad, cómo la madre transmite al niño a través de palabras, de significantes la seguridad con su cuerpo, si esta madre a lo mejor por a o b motivo falla en esta situación, no puede transmitirla. Por ahí puede haber madres atravesando con una depresión postparto, en el caso de los niños recién nacidos, o a lo mejor la misma madre sufrió una serie de achaques con respecto a su cuerpo. ¿Cómo ella puede transmitir esta base de seguridad? Todo tiene que ver de como ella puede transmitir al otro esta seguridad, caso contrario habrá una serie de falencias de dificultades que la madre no lo puede hacer, esto dentro de este primer punto.

La imagen funcional, el tema de las funciones de cómo a lo mejor esta persona recibe esta transmisión, habrán maneras y formas. Esto dependerá mucho de la cuestión cultural, de la cuestión de los imaginarios que están fuera del sujeto, como puede hoy en día la cuestión corporal, la cuestión de la imagen inconsciente del cuerpo tiene que ver con la influencia de los medios, tv, internet y de todo este tipo de cadenas informativas que los chicos y chicas están influenciadas, a lo mejor hay personas mucho más susceptibles de esto, si no se generó una seguridad inicial, a lo mejor esto como va fracasando, no se va produciendo, no se va articulando de una manera correcta dentro de su cuerpo, acordémonos que el cuerpo de cada uno de nosotros está apalabrado, por ahí creo que Dolto y Lacan toman esa vertiente. Es

necesario pensar que un cuerpo que está apalabrado no es solo la carne, la sangre, los músculos y todos los otros órganos que pueden generar un cuerpo, sino cómo en cada uno de los sujetos este cuerpo está apalabrado. Hay casos en los que va a escuchar en los pacientes “es que siempre mi madre me decía que estaba gorda, soy fea, mi cuerpo no vale, es un asco”, cómo entonces cada una de estas personas van refiriéndose a este cuerpo en base a lo que los otros le contaron, le dijeron, entonces eso es necesario como que ir recolectando estos datos en las sesiones preliminares y ver cómo funcionalmente se dio esta imagen.

Finalmente, el tema de la imagen erótica de la que habla Dolto, se refiere a cómo este cuerpo fue erotizado, cómo en cada uno de nosotros nuestra madre o el sustituto de esta madre hizo posible que este cuerpo sienta, que pueda recibir placer y darse cuenta también del displacer. Según Freud, él habla de estas etapas oral, anal, fálica, etc. Pero el cuerpo más allá de estas etapas, en general el cuerpo está erotizado, cómo fue erotizado este cuerpo, también dentro de estas primeras relaciones que tuvo este niño o esta niña habrá que ir las tomando en cuenta. Habrán niños que prácticamente no recibieron nivel de placer en la relación con su madre o bajo nivel de placer, a veces hay niños que se caen, se lastiman y una madre, un padre pueden ser indolentes, “a mí que me importa, se cayó, ya se ha de sacudir, se levantará”, habrá padres que serán en cambio demasiado preocupados, que ni bien se lastima el niño están tratando de cuidarlo, de darle una satisfacción a partir de este dolor, entonces hay que ir viendo cómo se erotizó o no se erotizó este cuerpo.

Un padre, que por ejemplo que le decía a su hija cuando creció que estaba linda, guapa a otro que prácticamente no le dijo nada, o una madre que siempre estuvo a la cacería de las fallas, de las imperfecciones del cuerpo que tenía su hija. Hay madres muy persecutorias con respecto al cuerpo, habrá madres que podrán ser totalmente desinteresadas y dentro de estos dos polos hay una serie de matices que habrá que ir viendo, entonces cómo esta imagen fue construida.

Mucho de esto tiene que ver con el tema de la vanidad, del pudor, cómo en cada una de las personas se va formando este pudor. Como decía Freud en el tema de la represión, habían estos tres diques: el asco, vergüenza y culpa. Dentro de estos tres ejes habrá que ver como

se relacionan y convergen con el tema del cuerpo, cómo este cuerpo cuando el paciente viene a consulta y nos habla de él, como siempre está a gusto o a lo mejor puede haber insatisfacción, “mi cuerpo no vale nada, siempre me veo feo o fea, siempre estoy tratando de bajar de peso, estoy tratando de lucir una figura más esbelta”. Cómo las chicas se dejan influir por los medios, compañeros, por tratar de sobresalir. Podemos hablar de una serie de fenómenos sociales que se dan hoy en día, como a lo mejor desde chiquitas toman referentes de Barbie, Bratz, Monster High, de muñequitos y muñequitas que los niños compran, sobre todo las niñas se ven más influenciadas, cómo a lo mejor estos referentes lúdicos inconscientemente lo van incorporando y cómo éstos van generando una serie de trastornos cuando van creciendo (Jaramillo, 2017).

7. ¿Qué sucede con el esquema corporal en este caso?

Si estamos haciendo esta distinción entre la imagen inconsciente del cuerpo y el esquema corporal bueno en algunos casos si podemos ver que la anatomía si puede verse afectada definitivamente. Más allá de yo sentirme gorda y flaca hay muchas chicas que a lo mejor ya empiezan a tener pérdida de la masa corporal, su cara puede verse empalidecida, flacuchenta, pueden haber personas que pueden presentar anemia porque no comen, personas que no muestren un buen semblante físico. Cómo entonces ahí hay una relación como esta parte anatómica-fisiológica que está relacionada al esquema corporal. Se relaciona, se articula con el tema de la imagen inconsciente del cuerpo. Son dos conceptos que nos permiten no hacer necesariamente una división tajante entre lo imaginario, lo real y lo simbólico, sino que a lo mejor dentro de estas distintas conceptualizaciones este sujeto que nos viene a hablar se ve afectado. Es importante ver tanto el esquema corporal como la imagen inconsciente del cuerpo (Jaramillo, 2017).

8. ¿Cuál es el procedimiento que usted utiliza para manejar un caso de anorexia?

Puede ser diverso, no puede haber un esquema predestinado, riguroso, pero en algunos casos lo que se puede hacer luego de estas entrevistas preliminares, inclusive si este chico o chica necesitan intervención médica de un nutricionista, endocrinólogo, psiquiatra, habrá que ir viendo, tampoco se trata de tomar decisiones apresuradas. Lo primero que hay que hacer si la demanda se da sería instaurar una transferencia en la que la persona quiera hablar. Una

vez que esto se establezca hay que pensar en una posibilidad de hacer remisiones a otros profesionales, si ya está la chica en un estado debilitado, inclusive entre la vida y la muerte, hay que tomar medidas más emergentes, que sea hospitalizada o internada en una clínica y a partir de eso poder ir trabajando de la parte clínica. Desde el psicoanálisis, hacer un trabajo paralelo para que esta persona vaya saliendo poco a poco.

No creo que exista una sola forma de trabajar con pacientes anoréxicos o anoréxicas sino que ya es el caso a caso, no podemos tener una definición absoluta para todo caso como el típico manual de emergencias, el cual tiene un protocolo, el cual no existe en el psicoanálisis. Son casos difíciles, muchos de los casos de anorexia que se trabajan necesitan un trabajo de análisis-control en donde otro analista nos pueda dar también su punto de vista sobre el caso que estamos atendiendo. Es fundamental tener este respaldo (Jaramillo, 2017).

9. ¿Cuál es la posible etiología de la anorexia?

Es complejo, no podemos decir que hay una sola causa sino que existen varias causas, una de ellas, yo me atrevería decir, esta relación de la que hemos hablado entre el cuerpo del niño o la niña y su madre, cómo su madre puso palabras en el cuerpo de este niño o esta niña, qué dificultades hubo para poder apalabrar, simbolizar, decir las cosas con respecto al cuerpo por ahí va la cosa, pero también puede haber otro tipo de causa, inclusive, ¿por qué no pensar que pueden haber a veces hasta causa anatómica, fisiológico, genético? ¿Quién sabe? No podemos decir únicamente. Desde el lado psíquico, digamos a lo mejor esa relación, que pasó entre esta niña y su madre, y cómo esta madre ponía palabras o tenía dificultades para poner palabras en el cuerpo de este niño, y esto que generó, que provocó dentro del apareamiento.

El tema de la comida no es únicamente nutricio, no es solo una necesidad sino que tiene que ver con el placer, con los goces y satisfacciones de un sujeto. Si un niño desde muy pequeño no le enseñaron a tener placer por la comida ¿qué puede pasar? No es cuestión de embutirle al niño o enchufarle al niño el biberón, la teta, la papilla, etc. Sino como la madre es capaz de permitir que ese momento de la alimentación va más allá de la necesidad se genere un principio de placer, una serie de goces que tienen que ver con la alimentación o

definitivamente no, definitivamente hubo unas situaciones en que la madre inconscientemente no pudo transmitir a este niño para que pueda sentir placer.

Sin tomar en cuenta la teoría de Dolto, sino más bien de Charles Melman, él habla que desde muy chiquitos a lo mejor hay una distinción entre comidas machos y comidas hembras, a veces hay comidas más relacionadas a lo femenino, que se yo una sopa, una fruta, etc. Es curioso dentro del significante papilla viene de papá, tiene más un carácter masculino, entonces como a lo mejor desde muy pequeños inconscientemente, inclusive esto lo maneja mucho el tema de la publicidad. Hay alimentos que están destinados a niños pequeños las compostas, papilla, avenas, etc. Como a lo mejor desde esa transmisión de lo macho y de lo femenino por ahí también puede haber ciertas falencias, carencias en la transmisión de la madre. Hay madres que no soportan darles la alimentación de a poco jugando, conversando, contándoles cosas al niño a la niña sino más bien como una especie de máquina, sin ningún tipo de relación que pueda hacerle sentir placer. Una madre que puede estar ansiosa en el momento de darle de comer al bebé, cómo esto es transmitido al momento de alimentar al niño eso en la infancia.

Si estos eventos no fueron resueltos en la infancia ¿qué pasa en el momento que se da la reedición edípica que se da en la adolescencia? Si este tipo de situaciones de la alimentación no fueron hablados, apalabrados, no tuvieron la capacidad, la posibilidad de poder transmitir, ¿qué pasa dentro de la adolescencia? Muchos adolescentes no se dan cuenta que pasa, ¿por qué no pueden alimentarse bien? No pueden comer bien a partir de lo que sucedió dentro de su infancia, de esta situación infantil que fue reprimida y que vuelve a aparecer en la adolescencia, pero dejando ahí una cuestión asombrosa, ¿qué es lo que sucedió ahí?, ¿qué es lo que pasó cuando el niño era alimentando y sus padres estaban peleando, discutiendo? ¿Y cómo un niño puede inconscientemente relacionar el tema de la alimentación y el tema de las broncas que tenían sus padres?

Esto para ponerle así algunos ejemplos a grosso modo, pero como le decía es el tema del caso a caso, ir viendo que pasó en cada caso de uno de estos sujetos para que la anorexia aparezca en un momento “X” donde un paciente viene a consulta (Jaramillo, 2017).

ANEXO 5
ENTREVISTA A DANIELA CASTRO

Quito, 14 de Febrero del 2017

Yo Daniela CASTRO F. con C.I: 171107007-6 autorizo al señor César Fabricio Sandoval Maldonado con C.I: 172458663-9 la aplicación y grabación de una entrevista que será utilizada para el trabajo de disertación titulado: "La estructuración de la Imagen Inconsciente del Cuerpo y su relación con la Anorexia".

El fin de la entrevista es la recolección de datos que aparecen en el espacio clínico con respecto a la temática antes mencionada y utilizarlos en la parte práctica de la investigación.



Firma de la Entrevistada

C.I: 171107007-6



Firma del Entrevistador

C.I: 172458663-9

1. ¿Ha tenido la oportunidad de trabajar con casos de anorexia? ¿Cuántos (hombres, mujeres)? ¿Cómo ha sido su experiencia en este campo?

Sí, hace algunos años tuve la oportunidad de trabajar con casos de anorexia. Lastimosamente los casos de anorexia que yo pude trabajar son casos que se presentaron fuera del país. Bueno más o menos he trabajado entre cinco y diez casos. Yo trabajé un tiempo para un organismo, una asociación de padres de enfermas de anorexia, bulimia y de otros trastornos alimenticios, entonces como hacía parte de esta asociación pues tenía contacto bastante frecuente con chicas anoréxicas y chicos con anorexia, así como con sus familias. Encontré más casos en la población femenina (Castro, 2017).

2. ¿Cuáles son las características principales que posee una persona con dicha condición (anorexia)? ¿cómo se muestran al llegar a la consulta?

En algunos casos llegaron traídos por sus padres por preocupación debido al bajo peso porque para ellas no resulta muy perceptible en que su peso las esté poniendo en algún riesgo, en algún peligro. Son en general chicas muy organizadas, obedientes, respetuosas de las normas y que buscan a dar lo más que puedan, entonces se exigen demasiado, diría yo tanto en lo académico con lo físico. Se encontraban estudiantes excelentes así como también atletas, gimnastas, personas que se dedicaban con mucha fuerza al deporte sin dejar de lado estudios, lo que hacía que durmieran muy poco, en fin (Castro, 2017).

3. ¿En los casos atendidos cuál es la disparidad entre teoría y fenómeno?

Bueno teóricamente de lo que había podido revisar en los últimos tiempos aparecía algo que me llamó mucho la atención y que era el tema de la perversión. Muchas veces el tiempo que yo trabajé directamente con esta población se manejaba la hipótesis de una psicosis en la anorexia, de establecer una cierta relación entre lo que fuera un hombre o una mujer que sufriera esta patología y una psicosis, una organización psicótica, pero en la actualidad encontré textos muy de estos años, ya dos, tres años atrás que hablan sobre la posibilidad de más bien ligar este tipo de patología a la perversión, eso por un lado.

Por otro lado, en la práctica encontré el tipo de relación que tienen estas personas con sus madres, una relación bastante estrecha que en muchas ocasiones no es algo que se viva mal

conscientemente. Desde luego no es algo que se reporte como que se vive mal pero se ve que hay mucha intimidad, diría yo, en la relación de la madre con la hija lo que hace difícil, incluso que se pueda trabajar el tema de lograr separarse de la madre porque muchas veces incluso la madre está ahí, entonces es complicado (Castro, 2017).

4. ¿Cuáles son las propuestas desde el psicoanálisis para el trabajo de escucha con la anorexia?

La propuesta del psicoanálisis es siempre la misma en el sentido de darnos espacio a la palabra, de que se puedan decir muchas cosas. Yo creo que el trabajo sobre todo en relación al tema de la madre, del vínculo con la madre y del quizás tomar una posición que no sea la de solamente satisfacer los deseos de ésta es lo que va abriendo el camino a la posibilidad de que sea un sujeto tal cual, un sujeto independiente (Castro, 2017).

5. ¿Qué dice acerca de su cuerpo el/la paciente que padece anorexia?

Lo que he escuchado es que no pueden controlarlo es algo que no depende de ellos, en relación al dejar de comer, por ejemplo como tú sabes también no se habla tanto de anorexia pura, anorexia solo anorexia es muy difícil de encontrar yo diría casi imposible, por lo general es anorexia-bulimia están ligados los dos, entonces esto de los atracones también es como algo que no pueden controlar, que no depende de ellos como si dieran cuenta de la existencia de algo más que actúa en ellos y que no pueden controlar, algo que no pueden explicar.

Ahora en el discurso consciente aparece la idea de mantener bajo control el tema del peso, aparece mucho también, por un lado esto de no poderse controlar, en relación a los atracones no poderse controlar en esto de dejar de comer, pero por otro lado dejar de comer tratando de que eso haga que el cuerpo se mantenga en un peso específico y ahí es curioso porque la asociación libre hace que ese peso específico se relacione con otras cosas, con recuerdos, números que dicen de una posición en la familia, de ciertas otras cosas, entonces es muy difícil decir que solo se limita a esto específicamente (Castro, 2017).

6. ¿Se ve afectada la imagen inconsciente del cuerpo en este caso, si es así como esta se produce?

En el tiempo que me aproximaba recién a esta problemática también había esto de que las anoréxicas, una idea teórica, de que las anoréxicas se ven gordas y había alguien que decía no es la idea de que se vean gordas la idea es de que se sientan gordas y creo que ahí en esta diferencia aparece esto de la imagen inconsciente del cuerpo como en realidad ellas pueden concebir su imagen y bueno esto que decía antes de que sean los padres o que sea un tercero el que las trae a consulta preocupado por la imagen que tienen, el bajo peso que presentan y que estas pacientes o estos pacientes sean incapaces de mirar que eso es una situación de riesgo (Castro, 2017).

7. ¿Qué sucede con el esquema corporal en este caso?

Yo creo que el hecho de cómo se viste, por ejemplo, el hecho de que utilizan por lo general ropa holgada que se la ponen para camuflar de una manera o de otra, el aspecto real de su cuerpo creo que da cuenta de una dificultad precisamente en ese esquema corporal, tener cierta idea de que algo está pasando pero no saber qué mismo es lo que pasa ahora tomando esquema corporal como tú lo dices.

Me parece que el esquema corporal se puede entender también de otras maneras como por ejemplo la idea de tener una geografía, digamos por ponerlo de cierta forma del cuerpo y esa geografía no se altera lo que si se altera es lo que hablábamos antes esta imagen inconsciente del cuerpo, lo que yo creo que es mi cuerpo mas no lo que en realidad es, donde están mis pies, donde está mi cabeza, la orientación, a lo que me refiero con geografía del cuerpo, pero como es en realidad, eso si lo veo afectado y creo que se pone en esto de cubrirse con ropa holgada como por lo general para no dar cuenta, para no permitir que se vea aquello que sabe muy bien que algo tiene de problemático (Castro, 2017).

8. ¿Cuál es el procedimiento que usted utiliza para manejar un caso de anorexia?

El trabajo con anorexia es siempre el tema interdisciplinario y eso quizás es lo difícil, como te explicaba mi acercamiento fue fuera del país y ahí trabajábamos psicólogos, psiquiatra, nutricionista y médico general.

Entonces de lo que se trataba en el área de psicología es de entender que es lo que estaba sucediendo con este sujeto en su posición frente al mundo, cuál era su lugar frente a su

familia, frente a la escuela, colegio, universidad, a las amistades, sus relaciones afectivas, en fin a todo lo que pudiera hacer su mundo y el trabajo de psiquiatra era mirar este tema de la medicación, si se usaba medicación y si se usaba una seguirlo, el trabajo del nutricionista era ir mirando cómo va en relación al peso pero sin que esto sea un tema obligado porque esto llegaba a tener mucha complejidad si no encontrábamos problema al ubicar al nutricionista que trabajaba con nosotros siempre, porque había mucho de subirse a la balanza mucho tiempo y esto no iba con la idea de relajarse en cuanto al peso suba un poquito, entonces habían muchos problemas a nivel interdisciplinario si no encontrábamos a alguien que ya trabajaba un buen tiempo y sabía que era otra la modalidad del trabajo y no estar controlando el peso todo el tiempo (Castro, 2017).

9. ¿Cuál es la posible etiología de la anorexia?

Yo no quisiera arriesgarme a decir que hay solo una causa, son varias causas que dependen del caso, depende de la situación, de cada sujeto, de cómo este sujeto se enfrenta a su familia, a sus propias relaciones a lo que sucede con sus propios objetos internos también, entonces no hablaría yo de una causa en particular, sin embargo el tiempo en el que hacíamos esto hablábamos un poco de la influencia que podía tener el tipo de imágenes que se utiliza en revistas, publicidad, que no son imágenes que muestren un cuerpo tal y como es, muestran un cuerpo ya deformado, pasado por Photoshop, ya pulido a una cuestión estética mas no algo que es en realidad, entonces sí de esa forma ya se transforma el cuerpo propio, entonces ya en nivel inconsciente también algún efecto genera el no ver mi cuerpo como esas imágenes.

Me parece que es una hipótesis que se podía de cierta manera usar porque pegaba mucho cuando trabajábamos en temas de prevención en adolescentes porque nos invitaba a cuestionar mostrando las fotos que son retocadas y las fotos originales, mirar que esto no es real, entonces para relajarse en cuanto el ideal de querer llegar a ese nivel, pero no me parece que sea lo único no podría decir que es solo esa la causa porque si fuera esa todos estaríamos en las mismas condiciones, era más bien un hilo a hilar a partir del cual se podría empezar a hablar sobre el tema con los adolescentes, pero que no me parece a mí causa y menos causa única (Castro, 2017).

ANEXO 6 ENTREVISTA A CARLOS TIPÁN

Quito, 15 de Febrero del 2017

Yo CARLOS TIPÁN con C.I: 170592836-2 autorizo al señor César Fabricio Sandoval Maldonado con C.I: 172458663-9 la aplicación y grabación de una entrevista que será utilizada para el trabajo de disertación titulado: "La estructuración de la Imagen Inconsciente del Cuerpo y su relación con la Anorexia".

El fin de la entrevista es la recolección de datos que aparecen en el espacio clínico con respecto a la temática antes mencionada y utilizarlos en la parte práctica de la investigación.



Firma del Entrevistado

C.I: 170592836-2



Firma del Entrevistador

C.I: 172458663-9

1. ¿Ha tenido la oportunidad de trabajar con casos de anorexia? ¿Cuántos (hombres, mujeres)? ¿Cómo ha sido su experiencia en este campo?

Eventualmente si he tenido algunos casos de anorexia, no con tanta frecuencia pero los he tenido, unos seis o siete, no los he contado. En mi experiencia usualmente han sido chicas, no he tenido un paciente varón con anorexia, a lo mejor puede haberlo pero usualmente son chicas (Tipan, 2017).

2. ¿Cuáles son las características principales que posee una persona con dicha condición (anorexia)? ¿cómo se muestran al llegar a la consulta?

Sin decir esta boca es mía, usualmente llegan no todas, pero hay una relación muy cercana, como decirlo, muy cercana o muy conflictivamente cercana con la madre, llegan muchas veces la demanda que quien la versa es la madre o los padres, pero más usualmente son las madres. Llegan complicadas con estas ideas de la delgadez, de la gordura, pero más allá de una imagen es una cuestión que para mí tiene que ver mucho con el objeto en juego en relación a la madre, pero en todo caso llegan sin hacerse mucho cargo de su palabra al menos en un principio (Tipan, 2017)

3. ¿En los casos atendidos cuál es la disparidad entre teoría y fenómeno?

No sé si haya disparidad, desde el psicoanálisis no se prejuicia con la teoría, la teoría toma cuerpo en la palabra, en la dirección que se trabaja con un analizante, pero bueno se puede especular algo. No encontraría ahí divergencias porque el psicoanálisis sostiene una epistemología en la cual tiene efectos en su método, en su discurso entonces yo no habría encontrado. Me parece sí que no es solo una cuestión de imagen, lo he leído y lo encuentro como un síntoma probablemente pero no exclusivamente un síntoma histérico (Tipan, 2017)

4. ¿Cuáles son las propuestas desde el psicoanálisis para el trabajo de escucha con la anorexia?

Pues la anorexia está en esta lógica del todo o nada. Esto muchas veces se verifica en estos vaivenes que tiene con la bulimia, entonces hay momentos de que se atragantan y después botan, es como el objeto el cual no puede tenerlo porque es de su madre, objeto fálico, es

una cuestión de la oralidad me parece que no se aparta de la imagen del cuerpo por supuesto en sí.

También entra en juego me parece la clínica de la anorexia, hay dos vertientes a trabajar: por un lado esta cuestión del objeto y de la madre evidentemente al parecer hay una función del padre decaída y por otro lado esta lógica del todo o nada la que se expresa en el cuerpo y la clínica, digámoslo así siempre pero no sencillo tendría que introducir ese algo (Tipan, 2017)

5. ¿Qué dice acerca de su cuerpo el/la paciente que padece anorexia?

Usualmente el discurso es esa la mirada del otro donde se encuentran feas, gordas, donde hay una cuestión que es tajante casi así muy de una cuestión muy culpógena, de un superyó con matices maternos donde su imagen no corresponde a la realidad, aunque la realidad es de cada uno. Si las escucho muy disconformes con esa imagen de su cuerpo, ahí con problemas narcisistas también (Tipan, 2017)

6. ¿Se ve afectada la imagen inconsciente del cuerpo en este caso, si es así como esta se produce?

Si se encuentra afectada sin duda alguna, se encuentra una imagen de llenura, gordura y una imagen flácida, flaca, se encuentra una imagen del cuerpo que está diciendo algo que está ahí fuera de lo que podría asumir como falta como objeto que produciría una falta. Está usualmente la anoréxica complicada con esa mirada de la madre que interviene y que la calla inclusive, muy frecuentemente ahí hay unas relaciones muy especiales, no hay otro cuerpo que el cuerpo erógeno, pero ahí está como desfalicizado por decirlo así, por eso usualmente una anorexia pierde todos esos toques femeninos, esa sexuación aparentemente.

Hay dificultades a trabajar porque es como si no pudiesen entrar en ese objeto causa, como si estuvieran del lado de la realidad, estoy de acuerdo con Melman en donde la comida vendría ser como ese objeto que no le pertenece sino a mamá (Tipan, 2017)

7. ¿Qué sucede con el esquema corporal en este caso?

Me parece que se acerca en una forma de verse que tiene ciertas presiones digámoslo así que también parte de la moda, de la flacura, todo eso de lo estético, pero hay una deformación evidente de la imagen corporal, es ese espejo donde encuentra la realidad, donde hay un jaloneo en buscar un reconocimiento de dar paso a un reconocimiento de la mirada de ese otro y poder simbolizar algo ahí, por eso su imagen es deformada (Tipan, 2017).

8. ¿Cuál es el procedimiento que usted utiliza para manejar un caso de anorexia?

La palabra, el psicoanálisis, eso es un síntoma, hay que dejarle hablar, dejarle decir cosas a ese cuerpo, a veces dice más pero es una cuestión de trabajar a través de la palabra, como dije clínicamente si probablemente la dirección de la cura muchas veces sin apresurarse y sin generar eso porque es el caso por caso pero me parece que esa lógica que es muy diferente, la lógica del todo o nada, hacer ahí ciertos cortes me parece que puede tener algún efecto (Tipan, 2017).

9. ¿Cuál es la posible etiología de la anorexia?

Usualmente me parece que es un efecto que se ha incrementado, quizás aquí no tanto pero también me parece que es un efecto de una función que se le ha atribuido al padre que ha decaído, entonces su intervención es en estos casos por lo menos es pobre como función me refiero, entonces ahí se construye una cuestión entre esa madre y esa hija en base a una relación a veces de complicidad, a veces de conflicto pero muy cercana donde pareciera querer apropiarse de ese cuerpo, de esa madre que no es suyo, entonces me parece que va por ahí, por el lado donde se instala, donde se encarna el objeto. Entonces eso produce problemas sobre todo en un momento donde usualmente eclosiona, que es en la adolescencia donde la imagen del cuerpo se pone en juego, hay un duelo ahí y en este lío con el objeto y con la madre se dan todos estos conflictos (Tipan, 2017).