

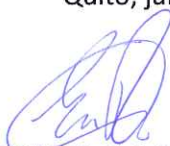
DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **ERIKA PAOLA ROJAS RONDÓN**, con **CC. 171402497-1**, autora del trabajo de graduación intitulado: **"CONSTRUCCIÓN DEL IDEAL DEL CUERPO EN LA ANOREXIA NERVIOSA"**. Análisis de un caso de anorexia, durante el año 2016, en la ciudad de Quito, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, 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



ERIKA PAOLA ROJAS RONDÓN

CC. 171402497-1

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE: PSICÓLOGA CLÍNICA**

**“CONSTRUCCIÓN DEL IDEAL DEL CUERPO EN LA
ANOREXIA NERVIOSA”**

**Análisis de un Caso De Anorexia, durante el año
2016, en la ciudad de Quito**

ERIKA PAOLA ROJAS RONDÓN

DIRECTOR: Mg. BECQUER REYES SOLIS

QUITO, 2017

El caso es que el mundo pre-existe a cualquier individuo que nace y aparece en él. Uno nace y aparece en un escenario, en el gran teatro del mundo, el cual ya está en funcionamiento, de modo que se incorpora al drama de la vida, cuyos guiones y cursos de acción están en proceso o en marcha. En cierto sentido, habría que decir que uno no nace *a*/ lenguaje más que *en* un lenguaje.

(Pérez, 2012, p.23)

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador
y a la Facultad de Psicología Clínica por la haber construido
una rama de especialización dedicada a la prevención, comprensión
y trabajo de la mente humana.

Agradezco a todos los profesores que me han transmitido
sus conocimientos, los cuales me permitieron formarme
como Psicóloga Clínica.

Agradezco a Becquer Reyes por haber sido mi mentor en el
desarrollo de este trabajo de disertación.

Agradezco a Lorena Arcos por permitirme estudiar y analizar uno
de los casos tratados por ella.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos los lectores.

Y dedico este trabajo a los ideales que tengo acerca de mi persona,
a la comunidad y principalmente al individuo como frentes de lucha
constante ante el malestar existente en la cultura y en el íntimo universo de cada
sujeto.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I: Anorexia.....	8
• Definición	
• Historia	
• Visión de la Anorexia desde la Psicología	
CAPÍTULO II: Anorexia Nerviosa y Cuerpo.....	16
• Cuerpo Hablado	
• Cuerpo Físico	
• Cuerpo hablado y Cuerpo físico en la Anorexia Nerviosa	
CAPÍTULO III: Anorexia Nerviosa e Ideal.....	30
• Identificación Simbólica	
• Identificación Imaginaria	
• Identificación en la Anorexia Nerviosa	
CAPÍTULO IV: Caso: Ideal del Cuerpo.....	43
• Metodología	
• Análisis de Caso	
• Lectura de Caso	
CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES.....	60
ANEXOS.....	61
BIBLIOGRAFÍA.....	65

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo propone generar desde la postura psicoanalítica la articulación conceptual entre la anorexia y el ideal del cuerpo. La primera considerada como fenómeno sintomático; mientras al ideal del cuerpo se lo ubica como efecto del proceso de idealización. Esta idea llega a ser un aporte práctico pues propone un punto de vista distinto en la teoría de ramas médicas que pueden ajustarse a la estricta ilusión estética de que este trastorno busca solamente un cuerpo delgado, además que, y en la psicología contribuye a adicionar más información acerca de la importancia que se ha dado de la unión entre psique y soma.

El estudio realizado es relevante ante la mirada de la estudiante puesto que, durante su adolescencia y juventud ha trabajado con la corporalidad desde un aspecto deportivo y artístico, y ha podido comprender la unión inseparable entre el cuerpo y psique, y cómo cada uno de ellos afecta de manera directa al otro adicionando así la importancia de que en ramas que trabajan con el cuerpo como el arte y el deporte pueden facilitar a profesores e instructores una mejor comprensión de las personas que sufren del trastorno de anorexia nerviosa y se encuentran en los entornos previamente mencionados.

En el Ecuador se han realizado pocas investigaciones académicas acerca de la anorexia nerviosa desde la psicología, o se las ha realizado en tesis o en artículos desde la perspectiva médica; la falta de exploración en el tema dificulta la intervención hacia la población que sufre de este tipo u otros tipos de trastornos alimenticios.

Los trastornos alimenticios como son la bulimia y la anorexia nerviosa son propuestos como enfermedades psiquiátricas de la época moderna, pese a esto han existido registros a lo largo de la historia que pueden ser estudiados como rasgos o casos de afecciones alimenticias. Durante los estudios realizados desde el planteamiento de los desórdenes alimenticios como enfermedades psiquiátricas,

se han hecho diferentes tipos de estudios para encontrar la etiología y posterior la epidemiología de los mismos,

El inicio de la anorexia nerviosa a menudo ocurre en nuevas situaciones de la vida, ante las que el paciente se siente inadecuado o se considera incapaz de afrontarlas. Estos cambios pueden ser biológicos, como el inicio de la pubertad; psicológicos, como el ingreso a la escuela superior o a la universidad. El inicio de la anorexia nerviosa puede ocurrir también después que se ha roto una relación o tras la muerte de un pariente o amigo.
(Goldman H. h., 2001, pág. 465)

El siguiente trabajo de disertación parte desde la pregunta de ¿Cómo influye el ideal del cuerpo en el proceso del trastorno de la anorexia? Desplegando de esta pregunta a la hipótesis de que la construcción del ideal del cuerpo influye directamente en el proceso del trastorno de anorexia nerviosa.

Para este trabajo se realiza una investigación en el área teórica que pueda sustentar la hipótesis y se contará con un estudio de caso, el cual se podrá señalar el concepto base de identificación que se lo trabajará a lo largo de la disertación que permitirá dar paso al proceso de idealización del cuerpo que se evidencia en la paciente como la construcción denominada “ideal del cuerpo”.

El método utilizado para el estudio de caso será el propuesto por Héctor Gallo llamado método indiciario que permitirá distinguir los elementos que forman parte del fenómeno de la construcción del ideal del cuerpo en la anorexia nerviosa.

Los objetivos que se pretenden lograr en el trabajo en primer lugar es la descripción de la construcción del ideal del cuerpo en el trastorno de anorexia nerviosa; y por consiguiente, poder definir a la anorexia como trastorno alimenticio, realizar una descripción del cuerpo físico y el cuerpo como significativo, describir el ideal en la anorexia nerviosa por medio de la identificación y analizar un caso de anorexia.

El presente estudio ayudará a comprender que la idealización del cuerpo en la anorexia nerviosa puede basarse en la estética actual de un cuerpo delgado, pero detrás de ello, en la historia de las pacientes que lo sufren se encuentran ciertas formaciones inconscientes que hacen del cuerpo un medio metafórico de desfogue ante las distintas sensaciones de malestar del mismo.

La siguiente investigación procederá a indagar y describir aspectos que permitan al lector hacer un acercamiento histórico sobre el trastorno mencionado, así como el desarrollo y la culminación diagnóstica que se ha determinado para la población que sufre de esta enfermedad, para dar al lector una mejor comprensión del trastorno; posterior a la definición y descripción, se realiza un estudio más profundo desde el enfoque psicoanalítico acerca de la constante dinámica que tiene el cuerpo con la psique y viceversa al realizar la correlación entre ambas entidades se propone comprender la importancia de esta dinámica y cómo cada uno de ellos puede afectar de manera directa al otro. Se describe en el trabajo los tipos de identificación que en el sujeto neurótico se crean a lo largo de la vida planteando en construcción de un ideal del cuerpo a factores imaginarios y simbólicos que pueden llegar a influir directamente en el proceso del trastorno de anorexia; en última instancia se describe un estudio de un caso de anorexia nerviosa.

CAPITULO I

ANOREXIA NERVIOSA

“Creíamos que la oralidad representa una relación puramente natural y fisiológica con el mundo, una relación de tipo animal, y nos sorprende constatar enseguida todas las complicaciones de este supuesto proceso natural”

(Melman, 1992, p. 15)

Durante el siguiente capítulo se puntualizará con el Manual Psiquiátrico DSM-V las descripciones de la anorexia nerviosa con el propósito de producir un acercamiento de este trastorno. Se expondrá las distintas teorías históricas que han sido base referencial de los trastornos alimenticios y cómo hasta la actualidad se ha dado más importancia a la sintomatología desde un punto de vista médico psiquiátrico. Posteriormente se detalla la mirada que tienen las diferentes escuelas psicológicas acerca de la anorexia nerviosa.

1.1 Definición.

La anorexia nerviosa dentro del campo de la psiquiatría se la describe como un conjunto sintomático que por lo general se puede llegar a desarrollar en la adolescencia o en la etapa de joven adulto. Este trastorno entra en los desórdenes de alimentación, ya que “los dos síndromes psiquiátricos multidimensionales más relevantes y bien delimitados que conforman los trastornos del hábito del comer son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.” (R. Behar & G. Figueroa, 2010, p. 121), los trastornos alimenticios se caracterizan principalmente por ser perturbaciones en la conducta alimentaria que no son secundarios a alguna condición médica.

Se define a la anorexia nerviosa fundamentalmente por un rechazo a mantener el peso por encima o promedio a los valores mínimos normales que necesita una persona dependiendo a su contextura y su talla para entrar dentro del rango de un sujeto sano, teniendo como principal característica la distorsión de la imagen corporal de la persona.

1.2 Historia.

Desde finales del siglo XVIII se han descrito enfermedades de base orgánica caracterizadas por la pérdida de peso y la mala conducta alimenticia, las investigaciones actuales acerca de la historia de los trastornos alimenticios como explican Cervera Enguix y Quintilla Madero en su libro Anorexia nerviosa (1995, p.14) principalmente se basan en autores como Lassége y Gull como pioneros en la descripción y estudio de estas enfermedades, además de estudios de mujeres famosas caracterizadas por la práctica de ayunos recurrentes y prolongados.

Dentro del contexto cultural previo al siglo XVII era muy frecuente el ayuno como método de purgación del alma en la religión especialmente la judío cristiana, en la iglesia católica se describe en su mayoría a mujeres que realizaban ayunos y por su recurrente práctica tendían a perder mucho su peso, una de las principales figuras dentro de la religión católica es Santa Catalina de Siena, mujer muy dedicada a realizar rituales en los cuales se flagelaba y cumplía severas rutinas de ayuno que fueron aumentando en su rigor conforme pasaban los años hasta llegar a influirse el vómito a lo poco que ingería, este personaje muere a los treinta y tres años de edad y poco tiempo después es declarada santa.

Cervera Enguix y Quintilla Madero (1995, p.15) acreditan a Richard Morton como el primer autor que en 1689 da una descripción críticamente y detalladamente médica de esta enfermedad, llamándola Phthisie Nerveuse, describiendo como síntomas de relevancia el rechazo al alimento, la amenorrea, momentos de hiperactividad, constipación y caquexia sin haber alguna enfermedad de tipo orgánica de por medio.

En el siglo XIX los médicos realizaron una clasificación de forma que normalizaron esta enfermedad. El primer autor según plantea Goldman (2005, p.15) el autor que acuña el término de anorexia es Charles Lasegue en 1873, describiéndolo completamente como anorexia histérica que será introducido como una enfermedad mental, las cuales durante la época se caracterizaban por tener un cuadro clínico preciso, una evolución frecuente y un tratamiento propio, en el caso de la anorexia histérica el autor la describía como una perversión insólita del apetito, siendo así influenciado por los cambios paradigmáticos que se estaban dando dentro de la psiquiatría con el método de Pinel y abriéndose a nuevos conceptos como los que en ese momento Charcot proponía acerca del sufrimiento de la histeria.

En 1914 Simmonds (Parry-Jones citado en Cervera & Quintilla) acuña el término de caquexia hipofisaria, que durante la época desvía de manera errónea los estudios de la anorexia nerviosa como enfermedad mental hacia algo más orgánico, fué en el año de 1949 que Sheehan declaró la diferencia entre el trastorno orgánico y lo que anteriormente se conocía como anorexia histérica. Durante el último proceso de cambio dentro de las investigaciones en el campo de la psicología se generó un regreso de la anorexia como enfermedad mental, así pues, se desarrollaron dentro de las diferentes ramas o escuelas tales como el psicoanálisis, la fenomenología y las diferentes teorías sobre el comportamiento humano métodos de psicoterapia que permiten realizar múltiples estudios científicos y empíricos acerca del padecimiento y la evolución de la anorexia nerviosa adjuntando a ello el proceso terapéutico realizado en sus diferentes casos.

La unificación de los estudios tanto psiquiátricos como psicológicos permitió en la época moderna determinar que esta enfermedad se encuentre dentro de las clasificaciones diagnósticas de enfermedades mentales y por lo tanto se realizaron distintos aclaramientos acerca del trastorno que dio como resultado el postulado en el que se lo determina como un trastorno de tipo alimenticio.

1.3 Visión de la anorexia nerviosa desde las distintas escuelas psicológicas

La epidemiología que se ha aplicado para la anorexia nerviosa pasa en primera instancia por el diagnóstico, el tratamiento y el diseño junto con la aplicación del mismo, en primer lugar, los criterios diagnósticos que son usados de manera mundial se encuentran dentro de los manuales psiquiátricos, que plantean paradigmas que deben cumplir los pacientes para poder ser diagnosticados como sujetos sufrientes de este trastorno.

Dentro de la población sana, refiriéndonos a los trastornos alimenticios, se pueden encontrar algunas características tales como seguir una dieta o realizar algún tipo de actividad física, pese a esto, la rigidez de la sintomatología, así como la forma obsesiva y rutinaria de realizar estas actividades son lo que diferencia a las personas que se encuentran con este trastorno del resto de la población.

La sintomatología descrita en la literatura propone que debe haber “cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos, y que se caracteriza por miedo mórbido a la gordura y búsqueda pertinaz de la delgadez.” (Goldman H., 2001, p.461), los pacientes diagnosticados con anorexia nerviosa desarrollan pensamientos sobre su peso, el cual no suele ser acorde con el peso corporal real, por lo que tratan de perder peso pese a que su masa corporal se encuentre dentro de la media o por debajo de la misma, habiendo una tendencia a seguir un estricto régimen de reducción en la cantidad de alimentos a ingerir, evitando comer altas calorías y la mayor cantidad de comida posible. Además del abuso de ejercicio físico con el objetivo de poder consumir la mayor cantidad de calorías posibles, pese a que el consumo de las mismas sea limitado y muy bajo.

1.3.1 Criterios diagnósticos

La Quinta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-V realizada por la Asociación Americana de Psiquiatría, establece los

siguientes criterios diagnósticos, los cuales se deben cumplir para poder diagnosticar a una persona con anorexia nerviosa código 307.1.

- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el cuerpo del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.338)
- Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.338)
- 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 bajo peso corporal. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.339)

1.3.2 Subtipo de anorexia nerviosa

Existe la clasificación de anorexia nerviosa en dos tipos

- Tipo Restrictivo. Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.339)
- Tipo con atracones-purgas. Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.339)

Desde la psicopatología es necesario aclarar aspectos que dentro de algunos manuales psiquiátricos no suelen especificarse con frecuencia, es muy común que dentro de los trastornos alimenticios como explica la (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.338) se tenga una comorbilidad con otros trastornos que pueden o no desaparecer junto con el trastorno alimenticio tales como depresión, ansiedad o problemas de personalidad, además de esto las características obsesivas-compulsivas que suelen destacar en estos pacientes y que ya anteceden a la anorexia nerviosa, por lo que posterior al tratamiento estos comportamientos pueden quedarse como parte de la conducta normal del paciente, siendo así necesario situar adicionalmente diagnósticos agregados, tales como el trastorno obsesivo-compulsivo, fobias sociales o no especificadas, entre otros.

El trastorno de la anorexia nerviosa dentro de la psicología varía de la misma forma que varían las distintas teorías, “La anorexia nerviosa tiene como hemos visto unas características clínicas que abarcan desde el punto de vista biológico a todos los sistemas del organismo, y desde el punto de vista psicopatológico a casi todas las funciones psíquicas” (S. Cervera & B. Quintilla, 1995, p. 54), por lo tanto se realizará una pequeña recopilación desde distintos puntos de estudio.

En primer lugar desde una teoría biológica y orgánica, es decir desde el plano de la psicofisiología la anorexia nerviosa se caracteriza por la alteración en el funcionamiento de la serotonina, por lo que en la recuperación y la finalización del trastorno hay un aumento de receptores de 5-HT_{1a} y disminución de 5-HT_{2a} postsinápticos en las áreas prefrontales, así lo describen Rodríguez Testal, Mesa Cid & Coords. (2011, p. 436)

En segundo lugar dentro de los textos estudiados y posteriormente descritos por Rodríguez Testal, Mesa Cid & Coords. (2011, p. 438) enfocados a la personalidad y el temperamento, la anorexia nerviosa corresponde al tipo de

personalidad anancástico-perfeccionista, siendo su principal característica comportamientos de tipo compulsivo-impulsivo como parte de la anorexia restrictiva, en la que, la compulsividad concierne a ciertos trastornos somatomorfos, como pueden ser los trastornos dismórfico corporal, trastornos de ansiedad tal como el trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada. Dentro del eje de la anorexia descrita en el mismo acápite Rodríguez Testal, Mesa Cid & Coords. (2011, p. 439) enfocados al aspecto impulsivo los pacientes pueden llegar a desarrollar ciertos comportamientos alterados en el control de impulsos que, pueden llegar a ser trastornos relacionados como el juego patológico o la cleptomanía, hábitos disfuncionales en el ámbito de lo corporal como rasguños u otras tendencias a herirse la piel o tricotilomanía por lo tanto se tiende con frecuencia a tener conductas autolesivas y estereotipadas.

La anorexia nerviosa tipo purgativa se encuentra intermedia entre las características impulsivas-compulsivas previamente descritas, en el aspecto de la personalidad suelen ser personas evitativas y llegan a presentar distintas sensaciones de castigo, emocionalidad negativa y neuroticismo, por lo que de forma característica suelen neutralizar el sentimiento de culpa a través de las purgas y evitando también relaciones de intimidad que permite dar cuenta de este rasgo evitativo. Dentro de esta población se encuentran características tales como la rigidez cognitiva, enfocándose en detalles procediendo al perfeccionismo, así como también pensamientos severos acerca del aspecto físico de la propia persona. Rodríguez Testal, Mesa Cid & Coords. (2011, p. 439)

En el área cognitiva-conductual como tercera tipo de escuela, Rodríguez Testal, Mesa Cid & Coords. (2011, p. 439) se pueden encontrar aspectos que han sido llevados hasta el punto de ser un criterio diagnóstico a la tendencia de autovalorarse específicamente por el estado físico de la persona, siendo esta autovaloración enfocada únicamente al ámbito corporal, continuando los aspectos principales de la clasificación teórica enfocada a la rama de lo cognitivo conductual la internalización de los ideales de belleza, prototipos defendidos y difundidos por

los medios de comunicación que, arbitrariamente han propagado los cánones de estética a personas muy bajas de peso y muy alejadas a las recomendaciones médicas de peso según estatura y estilo de vida.

Rodriguez Testal, Mesa Cid & Coords. (2011, p. 436) agregan a las variables conductuales ciertos hábitos que pueden ser de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimenticio, como las dietas seguidas de forma estricta las cuales pueden comenzar y mantener un ciclo vicioso, y más aún si hay una ineffectividad de las mismas, el exceso de ejercicio que puede ser iniciado de forma estricta y puede derivarse en la excesiva rutina de ejercicio que llega a determinar un aspecto patológico.

La psicología general como cuarta instancia propone a los trastornos alimenticios como un espectro psicopatológico, apelando a la cultura definida geográficamente con valores estipulados que supone subestimar el impacto de la globalización como realidad que afecta a las delimitaciones de la propia cultura, así como homogenizando ciertas características culturales en varios países o comunidades.

CAPITULO II

ANOREXIA NERVIOSA Y CUERPO

“Yo, el que piensa, quiere y siente,
es inmediatamente el cuerpo vivo,
con los estados de conciencia que soporta;
es mi cuerpo el que piensa, quiere y siente”

(Miguel de Unamuno citado de R. Behar & G. Figueroa, 2010, p.39)

El capítulo Anorexia Nerviosa y Cuerpo se desarrollará la premisa de que la psique y el soma funcionan como dos conjuntos en persistente correlación, por lo tanto cada uno se ve afectado por el otro, estando en constante dinámica en el sujeto. Se realizará una explicación de cómo estos dos conjuntos comienzan a surgir en el sujeto, desde la infancia, llegando a la adolescencia y la juventud enfocando en estas dos etapas de la vida de una persona de género femenino donde la anorexia nerviosa en la mayoría de casos viene a presentarse como trastorno.

2.1 Cuerpo Hablado

La ciencia y la medicina conforme han evolucionado hasta la actualidad han desarrollado ciertos discursos en los cuales contrasta las palabras mental de físico, localizando a esta mente necesariamente en un lugar para poder ser estudiado, y así poder la medicina mejorar ciertos problemas mentales. Se enfocan diferentes estudios en el desarrollo de un individuo, y esta mente viene a estar referida a los avances en la producción de lo imaginativo, los sentimientos y funciones somáticas tomando en cuenta que este individuo en desarrollo es completamente sano, sin embargo, durante la infancia no puede percibir que esta

mente está localizada en algún lugar, y menos aun lo que puede o no producir con ella.

Gradualmente en el desarrollo y crecimiento de la persona estos aspectos desconocidos, lo mental y lo somático se ven interrelacionados, prosiguiendo a percibir lo exterior con sus límites de un interior. Es necesario especificar que, en los siguientes postulados del capítulo, no se pretende realizar una diferenciación cortante entre el cuerpo físico como material somático y el cuerpo hablado como aquello que es desconocido y separado, por el contrario, este cuerpo hablado viene a ser representado por el soma, siendo por separado y en conjunto lo que el individuo tiene.

En primera instancia el cuerpo siendo un material físico es un medio de comunicación entre los elementos externos como la realidad, el mundo que lo rodea y la cultura, creando una vía por la cual la actividad sensorial entra a una realidad psíquica, “la realidad coincide con la totalidad de los fenómenos cuya existencia constituye una evidencia” (Aulagnier, 1994, p. 118), esta evidencia procederá a generar desde la niñez construcciones de una realidad en los sujetos y por lo tanto durante todo su desarrollo y toda su vida se realizarán múltiples investiduras que conllevarán a distintas situaciones afectivas, permitiendo una infinidad de enlaces entre la psique y el mundo exterior.

Los acontecimientos relevantes que el sujeto pasa a lo largo de su vida van a formar parte de una red de causalidades en las que el cuerpo como vía de comunicación ocupará un lugar en este devenir de la vida. El discurso de la cultura, la familia, la sociedad y el del propio sujeto acerca de su cuerpo lo inscriben en una historia libidinal que conlleva a tener una historia identificatoria. Es necesario dentro del transcurso de la vida y el desarrollo de la persona la desaparición de algunos sucesos y la invención de otros para crear recuerdos por lo tanto “Esta versión se mantiene inestable, y sólo por eso puede el sujeto asegurarse de su propia permanencia, sin dejar de aceptar los inevitables cambios físicos y psíquicos” (Aulagnier, 1994, p. 129)

Cuando se habla acerca del cuerpo hablado se debe tomar en cuenta que para poder unificar las vivencias físicas con estas inscripciones psíquicas “la psique ha podido dar ese “paso fundamental” que le permitió reconocer la existencia de una “otra parte” ” (Aulagnier, 1994, p.121) por lo tanto en este sujeto existe una función relacional que permite que este número de impresiones y experiencias aunque hayan sido vividas en distinto tiempo y en diferentes situaciones estén ligadas a ese cuerpo, existiendo así una conexión entre el soma y la psique.

Cuando el cuerpo pasa a hacer esta ligazón con la realidad se puede dar una distinción entre la objetividad del estudio del ser humano como cuerpo, y la psique como subjetividad del mismo. Esto por razones positivistas no debe perder importancia, por el contrario debe dar un punto de vista distinto a esta comprensión del sujeto, “El sentido específicamente humano de los comportamientos humanos nunca se revela con tanta claridad como en su comparación con los comportamientos animales” (Ogilvie, 2010, p. 23) , así pues varias de las emociones experimentadas a lo largo de la vida del sujeto llegan a devenir en afecciones a su propio cuerpo, se llegan a posicionar o a localizar en lugares materiales, un ejemplo de ello puede ser la ansiedad que transmitida hacia el cuerpo mediante elaboraciones psíquicas dan lugar a las conversiones, las fobias o los malestares psicósomáticos.

Otra característica principal por la que el ser humano rompe toda regla de comportamiento esperable ante el medio que lo rodea viene a ser el deseo,

Lo definiremos como cierto ciclo de comportamiento. Se caracteriza por ciertas oscilaciones orgánicas generales, llamadas afectivas, por una agitación motriz que, según los casos, está más o menos dirigida, y, finalmente, por ciertos fantasmas cuya intencionalidad objetiva será, según los casos más o menos adecuada; cuando una experiencia vital dada, activa u sufrida, ha determinado el equilibrio afectivo, el descanso motor y la desaparición de los fantasmas representativos, decimos por definición que el deseo fue satisfecho y que esta experiencia era el fin y el objeto del deseo (Ogilvie, 2010, p. 23)

Refiriéndose a un cierto ciclo de comportamiento a la premisa de que el cuerpo es aquel medio por el cual se realizan diferentes acciones que llevan a la satisfacción del deseo, teniendo en cuenta que, el deseo de un sujeto se encuentra en un constante cambio o se renueva, y permanece en él durante lo largo de su vida.

Lo que pasa dentro del sujeto, todas sus sensaciones, sus pensamientos sus afecciones son totalmente surrealistas, no existen para el mundo exterior, retomando lo previamente dicho se producen en un lugar que no se puede localizar, estas vivencias son habladas y para la persona que las sufre o las experimenta son reales.

El deseo siendo éste parte primordial de lo que es el ser humano debe delimitarse como el que se viene a posicionar en un objeto y

Poco nos importa que los fantasmas hayan quedado conformes o no a la imagen de este objeto o, dicho de otro modo, que el deseo haya sido consciente o inconsciente. El concepto mismo de inconsciente responde a esta determinación puramente objetiva del fin del deseo. (Ogilvie, 2010, p. 35)

Por lo que la palabra efectivamente no es totalmente inmaterial, es parte del cuerpo, están atrapadas en este y consecuentemente al haber una ligazón entre lo que es el cuerpo y la psique, se muestra en él las distintas vivencias y significaciones que esta palabra pone en el sujeto, como la depresión, la euforia, el miedo, la alegría, el enojo, la tristeza, mostrando así lo que acontece dentro de la psique del mismo. Un ejemplo de ello puede ser la falta de sueño por alguna preocupación, los comportamientos agresivos debido a alguna situación de malestar en el sujeto, la falta de apetito por angustia o tristeza.

2.2Cuerpo Físico

Antes de que la ciencia se enfocara en los aspectos más inexplicables del ser humano tal como son los síntomas conversivos como la ceguera, la parálisis y el mutismo sin que hubiera un daño en el organismo, el único objeto de observación y estudio era un cuerpo visible, un cuerpo unificado. Posterior a esto con los avances de la tecnología y la ciencia se dio a conocer la división no solo de la fauna y flora con la segmentación de la materia sino, también se dio un giro al conocimiento del cuerpo humano que estaba hecho por partes,

Esta fragmentación fue acentuándose cada vez más: la biología ya no estudia los grandes sistemas, estudia la célula y, más allá, los elementos que la componen. Este saber suplantó la imagen de un cuerpo por la de una reunión de miles de millones de células al servicio de una máquina altamente sofisticada (Aulagnier, 1994, p. 125)

El cuerpo como soma es decir como organismo permite al sujeto enfrentar su realidad lo sujeta y permite una accesibilidad a que este entorno por medio de signos de realidad ejerza un poder en cuanto a lo que D. Winnicott (1999) viene a llamar el psiquesoma o cuerpo individual, es por lo que

Estos signos, por excelencia, forman parte de lo fantasmable, de lo interpretable, de lo pensable. Por diferentes que pueden ser van a compartir un mismo carácter: su presencia o su ausencia ejercen un poder de modificación sobre el medio, sobre el cuerpo y ante todo sobre el propio estado psíquico (Aulagnier, 1994, p. 121)

Ratificando lo previamente dicho, se debe tomar en cuenta que no se pretende hacer una división total de la psique y el soma de un individuo puesto que se estaría dividiendo al propio sujeto en dos partes que no tendrían ningún momento de unión, por el contrario "Para estudiar el concepto de mente es siempre necesario estudiar un individuo total, incluyendo su desarrollo desde el

comienzo mismo de la existencia psicósomática” (Winnicott, 1999, p.326). Así pues, enfocado a esta lógica en primer lugar se debe estudiar el medio ambiente en el que se desarrolla una persona y cómo ciertos factores ambientales retrozaron a favor del desenvolvimiento del sujeto.

El medio ambiente perfecto es aquel que se adapta activamente a las necesidades del psiquesoma recién formado, aquello que los observadores saben que al principio constituye el pequeño. El mal medio es malo porque debido al fracaso de la adaptación se convierte en un ataque contra el psiquesoma, ataque ante el cual el psiquesoma (es decir, el pequeño) debe reaccionar. Esta reacción turba la continuidad existencial del nuevo individuo. En los comienzos, el buen medio (psicológico) es físico, estando el pequeño en el útero o en brazos y recibiendo cuidados; sólo con el paso del tiempo desarrolla el medio ambiente una nueva característica que hace necesario un nuevo término descriptivo, como puede ser <<emocional>>, <<psicológico>> o <<social>> (Winnicott, 1999, p. 327,328)

Las necesidades que el niño requiere son dadas por el cuidador, en este caso por forma general se hablará de la madre como principal cuidador en el desarrollo del infante, teniendo en cuenta que en ciertas circunstancias es el padre, algún familiar cercano o una persona ajena a la familia puede llegar a ser este cuidador principal; tomando de Winnicott (1999) el término de la madre buena a esta que tiene la capacidad de apropiarse activamente a las necesidades del pequeño, capacidad facilitada por su propio narcisismo, permitiendo una identificación a las necesidades del infante.

La necesidad de lo que previamente se explicó como un buen medio ambiente psicológico que por el momento es físico pasa a ser relativo, ahora el niño por su actividad mental podrá tolerar deficiencias del medio, refiriéndose no solo a la satisfacción de impulsos sino también a todo tipo de necesidades primarias o del desarrollo que exige la cultura moderna. Esta actividad mental permitirá que el niño transforme lo normal y suficiente a lo satisfactorio y lo agradable. Esta mente ya tiene arraigado el funcionamiento variable del psiquesoma en relación al medio,

la madre introduce físicamente todo lo necesario incluyendo ciertos tipos de frustración y esto permitirá que la psique del niño transforme todo lo recibido en algo mental o algo imaginario, permitiendo que este nuevo sujeto pueda tener una relación con el medio que lo rodea, no solo hablando de familia sino del resto de la sociedad, siendo esto una transición constante entre el psique y el soma.

Posterior a la infancia de los sujetos, la adolescencia viene a dar cuenta de esta relación yo/cuerpo que permite por medio de las diferentes vivencias experimentar el sí mismo y cómo el cuerpo viene a injertar la realidad en la que este adolescente vive

Las adolescentes muestran la implicancia neurótica entre la identificación imaginaria y la imagen especular, el trauma, la culpa y el síntoma. El cuerpo es pues escenario y actor de una dramática oculta al sujeto, escenario que es marca de una historia, un tiempo, un espacio de un recorrido libidinal que mostrado ante otro se dirige al Otro. (Cibiera, 2008, p. 6)

Durante la etapa de la adolescencia se va construyendo lo que posterior a ella llega a ser una diferenciación entre la psique como mundo interno, el cuerpo y el mundo exterior sin desligar los unos con los otros, por lo tanto se comenzará a realizar una serie de identificaciones del sujeto

Comenzará ese proceso de identificación [...] dialéctica relacional entre dos yoes y que todo cambio en uno de los dos polos repercute sobre el otro. A partir de este mismo momento, el cuerpo podrá convertirse en representante del otro y en testigo de su poder para modificar la realidad, cada vez que la relación entre sujeto y el otro se torne demasiado conflictiva y demasiado dolorosa. (Aulagnier, 1994, p. 135)

Por lo que se afirmará en este proceso una posibilidad de autorepresentación, afirmando y organizando la vida del sujeto y su existencia en el mundo, siendo así el cuerpo un mediador que acerca lo exterior y la psique; habiendo citado la autora Piera Aulagnier de Freud es la "fuente somática de la representación psíquica del mundo" (Aulagnier, 1994, p. 145)

La enfermedad cualquiera que sea crea un efecto en el cuerpo y por lo tanto en la psique, la persona afligida por alguna dolencia procede a retirar su interés por cualquier cosa que sea del mundo exterior y que venga a ser ajeno a su dolencia, cesa este interés libidinal del resto de cosas y lo enfoca a su dolencia en el órgano afectado o a cuestiones que tengan que ver con lo mismo, “podemos decidirnos a considerar la erogeneidad como una propiedad general de todos los órganos.” (Freud, 1993, p. 81)

2.3 Cuerpo hablado y Cuerpo físico en la Anorexia Nerviosa

El cuerpo en la anorexia nerviosa viene a ser el escenario principal de la patología, esto teniendo en cuenta que fue en primer lugar el psiquismo de la persona quien tomó a este cuerpo como objeto de su deseo, por lo tanto, se planteará a este trastorno como una patología del acto, que se procederá a explicar en el texto.

En primer lugar se procederá a aclarar las manifestaciones somáticas de la emoción siendo ésta parte del afecto, y cómo estas manifestaciones invisten o desinvisten el yo,

En su relación con el otro y con el mundo, el yo puede ignorar el papel que cumplen esos afectos que son la envidia, el odio, el amor; desconoce por lo general que son responsables de su manera de vivir esta relación, y sigue convencido de que la causa es preciso buscarla en el exterior. A la inversa, la emoción se refiere a una vivencia de la que el yo no sólo tiene conocimiento, sino de la que, casi siempre, dice saber qué cosa la provocó. (Aulagnier, 1994, p.131)

Durante la infancia la realidad del sujeto es regida por el deseo de los otros ya habiendo explicado en el anterior acápite a las figuras de cuidado que podrían ser madre o padre, los primeros fragmentos de realidad que experimenta el infante

que llega a investir son las consecuencias del poder ejercido por los cuidadores principales y cómo ellos actúan ante las distintas necesidades del bebé.

El recién nacido previo a que se cree un reconocimiento de los otros y de un mundo separado del niño y se proceda a ajustar su realidad al conocimiento que domina en su cultura acerca de lo que él percibe, el bebé se encuentra en un momento en el que

Espacio psíquico y espacio somático son indisolubles, mientras ningún existente exterior puede ser conocido como tal, todo lo que afecta a la psique, todo lo que modifica sus propias experiencias, responderá al único postulado del autoengendramiento. La psique imputará a la actividad de las zonas sensoriales el poder de engendrar sus propias experiencias (placer o sufrimiento). (Aulagnier, 1994, p. 121)

Durante este momento la realidad va a venir a afectar de forma directa la organización somática. Por lo tanto el papel materno, como expone Winnicott (1999), como cuidador principal y cómo esta madre se desenvuelva en la crianza y cuidado del infante va a repercutir de cualquier forma en este sujeto. Así pues, si el cuidador no responde ante las necesidades biológicas y afectivas del niño esta sustitución transitoria del otro y el cuerpo del infante va a devenir en un sufrimiento que impedirá aislar o separar el malestar que viene del exterior y este permanecerá siendo identificado como parte del cuerpo

Si el otro permanece ciego o sordo a lo que le ocurre al cuerpo, o si sus respuestas son inadecuadas, lo que era una sustitución provisional puede llegar a ser un estado definitivo. El cuerpo, ocupando el lugar del otro, preserva para la psique la última posibilidad de conservar el signo "relación" en sus "alfabetos", signo indispensable para que se originen en las construcciones de lo primario y lo secundario (Aulagnier, 1994, p. 135)

Los cuidados que forman un espacio psíquico seguro para el desarrollo del sujeto o la falta de ellos viene según Winnicott (1999) a definir el proceso de unión o a deslindar la relación que tendría el cuerpo del infante y la psique del mismo

Ciertos tipos de fallo materno, especialmente de comportamiento, producen una sobreactividad del funcionamiento mental. Aquí, en el crecimiento excesivo de la función mental reactiva ante una maternalización errática, vemos que puede desarrollarse una oposición entre la mente y el psiquesoma, ya que, en reacción a este estado ambiental anormal, el pensamiento del individuo empieza a asumir el control y a organizar el cuidado del psiquesoma, mientras que en condiciones saludables esto es función del medio. (Winnicott, 1999, p. 329)

Los cuidados maternos enfocándose desde el narcisismo primario de la madre explica una parte de cómo se desenvuelve en el desarrollo del infante y cómo esto viene a ser de gran importancia para la posterior elección de objeto en la adolescencia, se viene a dar “un sucinto panorama de los caminos para la elección de objeto nos sugeriría estas observaciones indicativas: se ama 1. Según el tipo narcisista: a. A lo que uno mismo es (a sí mismo). [...] c. A lo que uno querría ser” (Freud, 1993, p. 87) así pues es necesario aclarar que de todo esto el narcisismo de los padres viene a afectar en el desarrollo del infante puesto que los sueños no cumplidos o deseos imaginarios de los cuidadores vienen a posicionarse en el recién nacido es decir a este nuevo amor de objeto.

Por otra parte, la cultura viene a ser otro eslabón en la cadena de funcionamiento de la anorexia nerviosa, desde el desarrollo del sujeto bombardeando por cultura capitalista donde los límites se ven debilitados por la ilusión de poder lograr todo, en el sujeto puede llegar a existir un impedimento de reconocimiento de la castración sosteniéndose en un ideal de total equidad de masas, perdiendo en el sujeto su singularidad, los medios publicitarios anuncian un mensaje de continua satisfacción (Cibeira, 2008). El sujeto al dejar de sostenerse por su singularidad y comenzando a ser una persona movida por este exceso de todo se ve atraído a un narcisismo proporcionado por la masa, existe una desestimación del propio narcisismo del sujeto.

La sociedad proporciona al sujeto de consumo un "exceso de goce", goce autoerótico y autista, debilitándose de tal manera el deseo del sujeto y el

lazo social. En las patologías que se denominan actuales, dicho exceso puede presentarse como compulsión a no parar de consumir, y en ello se evidenciaría la marca de las adicciones, o bien el goce se orienta a "nada", expresándose el encierro narcisista en el rechazo a recibir algo del Otro, siendo esta segunda opción la que nos lleva a pensar en la anorexia que a su vez se enlaza a la fuerza de un "ideal" estético femenino de suma delgadez, expresión clara en la sexualidad del goce en exceso presente en la civilización contemporánea. (Cibeira, 2008, p. 2)

Este encierro previamente mencionado junto con este narcisismo en masa, para las personas que sufren de anorexia nerviosa, crea una combinación en la que el ideal estético y la falta de soporte de otro ante los cambios ocurridos en la adolescencia frente a un cuerpo femenino formen una separación entre lo que es la psique de la adolescente, en la mayoría de los casos, y su cuerpo en desarrollo, la imagen que la persona puede observar frente al espejo no concuerda con lo que invistió durante la ilusión o la falta de la misma de su cuerpo en el desarrollo.

Cuando hay rehusamiento de lo femenino se produce una disyunción entre el cuerpo mediatizado por el significante, la imagen del cuerpo y el organismo, convirtiéndose en siniestro, algo que cambia de signo, que de familiar y conocido aparece como extraño y terrorífico en el espejo, reflejando aquello que da cuenta de la mirada de un otro. (Cibeira, 2008, p. 5)

Todo lo que se organiza dentro del comienzo del desarrollo físico de la adolescente es tan extraño para la persona que lo ve como ajeno, es crucial el cómo se procesó el complejo de castración que normativiza el deseo sexual que durante la adolescencia debe orientarse ya no al padre sino a otra figura para que esta persona pueda devenir a ser mujer (Piera Cibiera); en la anorexia nerviosa existe un quiebre en el narcisismo primario, impidiendo "la libidinización de ese cuerpo, desconstituyendo representaciones y apareciendo la imposibilidad de simbolización del nuevo cuerpo puberal, intentando, vía manejo de la

alimentación, la apropiación de un cuerpo ya cargado de significaciones sociales ligadas a un ideal estético.” (Cibeira, 2008, p. 5)

Cuando la anorexia nerviosa se construye como una formación sintomática, se caracteriza por la disociación del sujeto y el deseo, por medio del síntoma la adolescente vendrá a colocar su deseo y el conflicto que causa un goce en este cuerpo viéndolo como ajeno.

Los cambios puberales enfrentan a aquellas transformaciones que llevan al sujeto a la constatación de su deseo como sexuado. El devenir niña - mujer implica un largo y trabajoso duelo. Debe dejar caer a la madre e ir hacia el padre, la mujer tiene finalmente que elegir entre su padre y su sexo, y, tratándose del padre es necesario perderlo y sustituirlo. (Cibeira, 2008, p. 4)

Posterior a los enunciados acerca del cuerpo y la psique en la anorexia nerviosa, se procederá a desarrollar el planteamiento de esta como una patología del acto (2008), deviniendo de los términos propuestos por Lacan de acting out y pasaje al acto como aquello que no necesita la mirada de un Otro “En las patologías del acto, la impulsión o la tendencia a recurrir al acto, en sus dimensiones acting out y pasaje al acto, es el recurso utilizado en forma prioritaria en tanto si bien el sujeto en estas problemáticas habita el lenguaje no puede apelar al mismo en ciertas circunstancias en las cuales “...un pánico sin nombre, sin palabras, o una intensa depresión, devastadora, hacen imposible todo procesamiento psíquico con el riesgo consiguiente de quedar a merced del goce del Otro, como objeto” (Cibeira, 2008, p. 9) el sistema de protección que el neurótico tiene en el lenguaje viene a tener una falencia dejando al sujeto a la entrega del goce del Otro, por lo que el sujeto no puede llegar a hacer uso de esta dimensión simbólica que limita al goce.

Tomando en cuenta los puntos explicados con anterioridad en ciertas situaciones específicas como la angustia o un dolor destructor vienen a ser parte de lo que Lacan propone como lo real. En la anorexia nerviosa esta angustia ante

lo real viene a crear en el sujeto estos actos de falta de comer casi dominante, por lo tanto es posible afirmar que el pasaje al acto, como identificación absoluta con el a, clausura la angustia.

En este trastorno el sujeto pretende eludir la angustia de castración no quedándole otra salida que ofrecer el cuerpo como “instrumento” o como “escenario”, en procura de suprimir lo Real sexual.” (Cibeira, 2008, pág. 10) Posterior a esta entrega del cuerpo viene a haber una impulsión que en las patologías del acto se conoce como:

La tendencia a actuar negativamente, en contra del cuerpo y/o del sujeto. Estos recursos son utilizados cuando el sujeto no puede apelar a lo simbólico y un afecto de intensidad desbordante hace imposible todo procesamiento psíquico. (Cibeira, 2008, p. 11)

Los trastornos alimenticios manifiestan esta tendencia de actuar en contra del cuerpo, siendo característica principal la problemática con el alimento mostrando una ruptura total con la necesidad fisiológica de comer. El acto de comer como parte de la oralidad deja de lado el aspecto natural y fisiológico, es decir que deja de ser instintivo. En la sociedad el comer viene a tener complicaciones de este supuesto proceso fisiológico, dentro de la sociedad existen varios tipos de alimentos dulce, salado, agrio, entre otros, su combinación de dos o más son aceptados o rechazados por las personas, y detrás de ello viene una gama de publicidades exhibiendo los productos, negando cualquier tipo de naturalidad en ellos.

La comida planteada como un objeto alimenticio busca una satisfacción oral tras la demanda biológica del hambre, pero “se perfila otro objeto, y que lo que se busca es la incorporación de este objeto. El objeto buscado más allá del alimento, me voy a permitir nombrarlo tal como los psicoanalistas lo conceptualizan, es el falo” (Melman, 1992, p. 16) el deseo materno en estos trastornos juega un papel importante según Melman puesto que: la oralidad tiene un punto de goce sexual que incorpora el objeto que puede ser evocado por el

amor del cuidador, el amor materno y por lo tanto la introyección del objeto deseado.

CAPITULO III

ANOREXIA NERVIOSA E IDEAL

“La salud y la belleza son los ideales físicos más importantes. La belleza es comprendida como una referencia figurada de la felicidad”

(R. Behar & G. Figueroa, 2010, p. 19)

Dentro del campo de la identificación en el psicoanálisis, se tomará como base teórica a Piera Aulagnier que dentro de su conceptualización describe con especificidad la importancia de la identificación para el desarrollo de un individuo y el reconocimiento de su historia, de su propia corporalidad en el desarrollo y vida dentro de una sociedad. La identificación es necesaria para que la persona llegue a formarse ideales que pueden llegar a querer ser o cumplir.

3.1 Identificación Simbólica

El término representación es esencial en el proceso de identificación, bajo este término se despliegan todos los elementos que contienen cierto tipo de información absorbidos por la psique, de este modo se ejerce de forma inmediata una relación entre lo que la autora describe como representante y representado, de esta manera lo representado se vuelve parte del representante,

El objetivo del trabajo del Yo es forjar una imagen de la realidad del mundo que lo rodea, y de cuya existencia está informado, que sea coherente con su propia estructura. Para el Yo, conocer el mundo equivale a representárselo de tal modo que la relación que liga los elementos que ocupan su escena le sea inteligible: en este caso, inteligible quiere decir

que el Yo puede insertarlos en un esquema relacional acorde con el propio.
(Aulagnier, 2010, p. 25,26)

Posterior a ello esta actividad de representación para el sujeto se vuelve una acción de interpretación de los objetos que son ajenos a él, para ello el sujeto ya debió haber pasado por la etapa autoengendramiento, término previamente descrito en el capítulo II, de las condiciones en las que vive; la actividad de interpretar viene cargada de una economía libidinal que permite la catectización de ciertos momentos, zonas corpóreas y personas que permiten en algún momento de la vida del Yo cierto placer.

Esa definición prueba la omnipotencia del placer en la economía psíquica, pero no debe llevar a dejar de lado el problema que plantea la dualidad pulsional, la experiencia de displacer y paradoja que representa para la lógica del Yo el tener que postular la presencia de un displacer que, pese a ser tal, podría ser objeto de deseo. (Aulagnier, 2010, p. 28,29)

Por lo tanto existe una contradicción presente dentro de todo sujeto que llega a ser por una parte que la realización del deseo involucre la reunificación del representante y el objeto representado que llega a ser una experiencia placentera y por otro lado que el deseo devenga de la necesidad de la ausencia de todo objeto por ende el rechazo entre los elementos representado y representante, siendo así conflictos entre el amor y el odio como eros y tánatos.

Las primeras representaciones que se construyen dentro de la psique de una persona sobre sí misma vienen a realizarse bajo la interacción del cuerpo y las producciones de la psique materna,

Cuando hablamos de las producciones psíquicas de la madre, nos referimos en forma precisa a los enunciados por medio de los cuales ella habla del niño y le habla al niño. De esta manera, el discurso materno es el agente y el responsable del efecto de anticipación impuesto a aquel de quien se espera una respuesta que no puede proporcionar (Aulagnier, 2010, p. 33)

El infante se ve limitado por un sistema cultural que no conoce y la madre tiene el poder de ser el enunciante y la mediadora entre este medio ambiental y el niño que contiene per se una forma modelada de ver el mundo y que, dentro de su psique está llena de conocimientos, tabúes o prohibiciones, que permite enseñar al nuevo sujeto lo que es lícito y los límites que debe tener de lo no lícito.

La identificación como sí llega a ser una exteriorización de la ligazón afectiva con otra persona, es decir que toma a esa persona como un ideal por lo que se pasa de la designación de un afecto hacia un identificante. Las diferentes identificaciones que tendrá un sujeto a lo largo de su vida crearán un paradigma de lo que viene a ser su Yo sobre su Yo, este paradigma es totalmente necesario para poder tener una continuación de su movimiento temporal “Acceso a la temporalidad y acceso a una historización de lo experimenta van de la mano: la entrada en escena del Yo es, al mismo tiempo, entrada en escena de un tiempo historizado.” (Aulagnier, 2010, p.169), conforme existe esta continuidad cronológica el Yo como condición se asegura de tener un saber sobre su futuro y sobre el futuro Yo, representando así lo que este espera de su devenir.

Posterior al haber sido descrito el proceso identificatorio en el sujeto, otro de los conceptos principales que se deben tener en cuenta para la comprensión de la anorexia nerviosa y el ideal, es el concepto de lo simbólico en la identificación en primer lugar se lo debe ver no desde un enfoque netamente lingüístico pese a que la palabra sea acogida desde allí, sino más bien desde la teoría psicoanalítica como una función que se ejerce dentro de la psique del sujeto neurótico,

Lo que caracteriza a la función simbólica, al signo lingüista y al lenguaje, pues si se aceptan estas definiciones, es el hecho de crear una configuración relacional simbólica que engendra una formalización de lo real que permite pasar de lo individual a valores universales (Aulagnier, 2010, p. 179)

Por consiguiente desde este parámetro universal el cuerpo no entendido desde lo fisiológico sino como cuerpo psíquico designan una función regida por leyes universales; la función simbólica dentro de la identificación es “apropiarse del símbolo, es decir, de la función como concepto” (Aulagnier, 2010, p. 180) para ello es necesario que el sujeto reconozca en perpetuidad las normas y reglamentos que trascienden de un particular temporal, Aulagnier (1975) en su texto “La violencia de la interpretación” da un ejemplo hablando de la función paterna que va independientemente de un padre en singular.

El Yo cuenta con la capacidad de construir una red relacional en la que cada sujeto viene a definirse bajo un término que designa o no la relación de este Yo con el exterior, formando así

La posibilidad de Yo de catectizar emblemas identificatorios que dependen del discurso del conjunto y no ya del discurso de un único otro es coextensa con la modificación de la problemática identificatoria y de la economía libidinal después de la declinación del complejo de Edipo. A partir de este momento, nuevas referencias modelarán la imagen a la que el Yo espera adecuarse (Aulagnier, 2010, 169).

Según Aulagnier (1975) la función simbólica en el campo psicoanalítico cumple tres funciones primordiales las cuales designan al sujeto a un sistema parentesco: En primer lugar liga las diferentes terminologías a una norma cultural y al sistema relacional de las personas; en segundo lugar nombra al mismo tiempo y opuestamente de lo universal a lo particular, lo que es necesario para tener referencias identificatorias que pueden llegar a ser imaginarias en el Yo, por lo que esta singularidad permite al individuo identificarse en género, clase social, parentesco, entre otros, permitiendo la relación del sujeto con los otros; y en tercer lugar, el Yo puede tener un reconocimiento histórico.

La función simbólica en la identificación es substancial y necesaria, sin que haya esto no se puede tener un proceso identificatorio, la función simbólica no solo liga al sujeto a una familia sino también a una sociedad y todo lo que existe

dentro de ella, como son los distintos parámetros de comportamiento, cánones de belleza, entre otros. Para que un sujeto se desenvuelva en una sociedad es necesario que asuma con un cierto número de personas y cosas esta función identificante.

3.2 Identificación Imaginaria

La relación que tiene el yo con la imagen en la identificación bajo los términos de Aulagnier (1975). “el término <<imaginario>> significa, en este caso, que la definición referente a la realidad de la cosa nombrada deja lugar a la función de valor identificatorio que ella va a desempeñar” (Aulagnier, 2010, p.184) Necesariamente cabe mencionar que esta imagen deviene del momento en que el sujeto mira en el espejo y puede percibir su reflejo, el autor que desarrolla por primera vez este momento es definido por Lacan (1961-1962) describiéndolo como estadio del espejo, por lo tanto es necesario para mejor comprensión del lector explicar este carácter especular que como resultado da tres momentos en la vida psíquica del individuo.

En primera instancia surge en el espejo una imagen que la psique viene a reconocer como propia. En segundo lugar, existe un desvío de la mirada del infante hacia la madre, “en la que es leído un enunciado que dice que esta imagen es el objeto de su placer, que ella es la imagen de lo amado, de lo bueno, de lo bello” (Aulagnier, 2010, p. 182). Posterior a ello en un tercer momento el niño retorna la mirada a esa imagen presente en el espejo y comenzado ese momento “estará constituida por la unión entre la imagen y la leyenda que le concierne, tal como la ha percibido en la mirada materna” (Aulagnier, 2010, p. 182).

Inmediatamente y continuo en la vida del sujeto esta escena pronostica una operación en la que se suma la imagen especular y el enunciado identificatorio con el Otro que en un primer momento viene a ser materno, la denominación o designación que le devuelve la mirada del Otro que le indica al Yo quien es, siendo lo que el Otro ama, designa y reconoce. Lo que este sujeto revela en el

espejo no es solo una imagen sino el empoderamiento del ser esa cosa del que el Otro habla, y este discurso comienza a identificar a este sujeto en particular con los enunciados identificatorio que posteriormente este mismo sujeto procederá a ser agente de este discurso siendo ya propiedad del Yo.

La identificación imaginaria presupone la posibilidad de que el sujeto pueda nombrarse mediante un enunciado identificatorio referible a su imagen, designándose así la imagen de sí mismo que lo acompaña a lo largo de su existencia. La relación que mantendrá todo sujeto con la imagen del espejo da testimonio de la dimensión conflictiva que impregna totalmente el campo de la identificación (Aulagnier, 2010, p. 183)

Se debe comprender que para que existan estos momentos en primera instancia el infante demanda a la imagen reflejada algo que por sí sola ella no puede darle, es decir, ser para él su auto referencia. Al tener este sujeto una respuesta del otro que puede llegar a contraponerse con lo que él piensa le demuestra al Yo que la imagen es incapaz de obligar al otro a tener la misma visión de lo que este sujeto piensa y por lo tanto tal como querría se lo viera,

Se debe añadir que el sujeto nunca puede contentarse con que el espejo le diga, como en los cuentos de hadas, que él es el más bello, ya que es ante la mirada del otro que quiere ocupar ese lugar, y carece de todo control sobre esa mirada. La omnipresencia de ese conflicto revela la ambigüedad del vínculo que, en el registro identificatorio, une lo visto de la imagen con el enunciado que decide acerca de lo que se debe ver en ella (Aulagnier, 2010, p. 183)

La imagen brinda un punto donde convergen los enunciados identificatorios, consiguiente a ello es necesaria su presencia en la cual el Yo viene a singularizar lo que desea y lo que demanda acerca de lo que es confrontándose así con lo que quiere ser “En efecto, el Yo sólo puede funcionar si es capaz de garantizar conjuntamente la estabilidad de las dos referencias constituidas por su reconocimiento y el reconocimiento de él mismo por parte de la mirada de los

otros” (Aulagnier, 2010, p. 183). La fuente identificatoria dentro del discurso del Yo progresivamente va a tomar los enunciados referentes a él mismo que lo definen ya no sólo bajo el poder del discurso del otro en singular, sino también de un discurso en conjunto, siendo el Yo el único que tiene el saber sobre su Yo afirmando o negando así los reconocimientos de otro singular o en conjunto.

El registro de lo imaginario delimita los enunciados que tienen en función insignias identificatorias donde la imagen especular debe dar un punto de amarre, siendo necesario que en este amarre se compruebe que la imagen mantenga su balance mientras el sujeto reconozca los enunciados que garantizan de él los valores que pretende poseer mientras que él piense que son reconocidos y, por lo tanto vistos como tales por la mirada de los otros, partiendo desde un anhelo narcisista de “Ser igual a la imagen que admira la mirada de los otros o ser igual a la imagen que admira la mirada de aquellos que el Yo admira” (Aulagnier, 2010, p. 184)

Por lo tanto en la identificación imaginaria, la mirada del otro desde la infancia y durante el resto de la vida del individuo la mirada del otro es primordial para que el sujeto pueda afirmar o negar ciertos discursos que en lo particular y en conjunto puedan reconocer de él.

3.3 Identificación en la Anorexia Nerviosa

Dentro del tema identificatorio en la anorexia nerviosa se pueden enfocar ciertos aspectos del cuerpo que llegan a ser relevantes en el estudio. Investigaciones en el campo de la medicina con respecto a este trastorno determinaron que esta enfermedad afecta directamente al cuerpo en comparación con otros trastornos mentales, al ser el actor principal el cuerpo, los tejidos, células, órganos y por lo tanto sistemas del cuerpo se van deteriorando.

El cerebro y el sistema nervioso son los primeros en verse afectados, se reduce la concentración, comienzan a haber pensamientos de temor por aumentar

de peso, hay fatiga y tristeza, la falta de alimento ayuda a aumentar la irritabilidad, comienza a haber pérdida en la memoria y se modifican ciertos neurotransmisores; en el corazón la frecuencia cardíaca se reduce por lo que los pacientes tienen constantemente la presión baja y aumenta el riesgo de tener insuficiencias cardíacas presentando anemias; los músculos comienzan a debilitarse, las articulaciones se hinchan, hay un mayor riesgo de sufrir fracturas y osteoporosis; los riñones pueden presentar cálculos renales e insuficiencia renal; el cuerpo presenta una disminución de potasio, magnesio y sodio; se presenta estreñimiento; a nivel hormonal se presentan interrupciones en las menstruaciones, pérdida de masa ósea, problemas de crecimiento y desarrollo, en caso de mujeres embarazadas pueden haber problemas en el embarazo; en la piel se facilita la aparición de hematomas y el crecimiento de vello fino en todo el cuerpo, la piel se puede poner de un color amarillento y en último lugar las uñas y el cabello puede llegar a ser frágil y quebradizo. (Giménez, 2011)

Los signos y síntomas que presentan las personas que sufren de anorexia nerviosa, pese a que llegan a ser un riesgo para el individuo y sea tratado de forma médica y que haya una advertencia del estado físico y de los peligros que devienen del mismo anunciados por familiares, médicos u otras personas, pueden no ser aceptados por la persona con este trastorno. Los pensamientos que se han formado en las personas con anorexia nerviosa acerca de su cuerpo, su Yo los llegó a catectizar puesto que son construcciones ideicas propias, en especial los pensamientos en los que él es referente, estos pensamientos significan que es él mismo la imagen de la cosa que el pensamiento nombra, cuando surgen estos pensamientos se crea un carácter de certeza, el cual lleva a dar una verdad sobre la vida de los sujetos

Esta certeza de conformidad entre el pensamiento y la cosa es una condición para la identificación: el sentimiento de extrañeza, los fenómenos de disociación, el no reconocimiento de la imagen en el espejo, esos factores que marcan tan a menudo la entrada de la experiencia psicótica, son las consecuencias de la pérdida o del rechazo de esa confirmación

entre los enunciados identificantes y el yo que nombran (Aulagnier, 1977-1978, p. 31)

La imagen corporal que tienen las personas que sufren de este trastorno y la negación previamente explicada sobre el enunciado identificante y el rechazo de lo que el yo nombra se puede comprender de mejor manera en los alegatos de tres personas entrevistadas por asociaciones y servicios especializados en tratar trastornos de conducta alimenticia, los datos pueden encontrarse de manera libre en los sitios web donde fueron citadas las pacientes.

Los tres casos son jóvenes de género femenino sufrientes de anorexia nerviosa que expresan el malestar sobre su cuerpo y sobre el comer.

Primer testimonio de paciente sufriente de anorexia, descargado de SETCA (Servicios Especializados en Trastornos de Conducta Alimentaria, 2014):

No recuerdo muy bien cómo empezó todo esto, lo que sí recuerdo es que desde pequeña siempre me ha costado mucho comer, pero no por pensamientos ni nada, sólo porque no me gustaba casi ninguna comida y no me gustaba comer. [...] También recuerdo que en el verano me comparaba con mi vecina porque ella era muy delgada y yo tenía las piernas muy gruesas, pero en ese momento yo tenía unos 7 años y no le daba tampoco mucha importancia. [...] Como empecé en un nuevo instituto tuve que hacer nuevos amigos, recuerdo que me costó mucho hasta que en una optativa de francés conocí a N. N. es una chica que está gordita y que muchos chicos se burlan de ella a sus espaldas [...] por lo tanto pensaba que los chicos no se fijarían nunca en mí porque iba con chicas gordas y me empezó a coger el miedo de que yo estaba como ellas [...] Así que empecé hacer mi operación bikini junto a mis compañeras de baloncesto. La dieta se basaba en no comer chuches ni bollería, pero yo decidí comer cereales integrales, leche sin colacao ni azúcar, una fruta o barrita para “adelgazar” para merendar o simplemente ni merendaba... Y claro, luego tenía entreno 3 días a la semana [...] Entonces decidí restringir

más [...] Me pesaba cada día más de una vez, cuando veía que adelgazaba me sentía muy alegre, cuando engordaba me frustraba y eso me hacía restringir más aún, y si me mantenía también quería restringir más.

[...]Necesito estar controlando porque así no me engordo y me siento mejor estando más delgada porque pienso que así les gustaré más a los demás (más pensando en los chicos). y a mí. [...]Y es que estando delgada me siento más segura y tranquila porque mis complejos cuando voy con gente disminuyen, me siento alguien. (admin, 2014)

Segundo testimonio de paciente sufriende de anorexia, sacado de ADANER (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia, 2015):

Llegamos a la vida y no elegimos dónde nacemos, ni el tipo de familia que nos va a acompañar en nuestro desarrollo. Nuestros seres más queridos lo hacen lo mejor que pueden, y hay que pensar, que ellos/as tampoco pudieron elegir en un determinado momento de su vida... Pero a medida que vamos creciendo, si podemos producir cambios nosotros/as mismos/as, ya no serán los de nuestro alrededor quiénes decidan por nosotros/as, será nuestra persona quien comience a elegir y a tomar decisiones. [...]

Recuerdo verme siempre “grandota” desde niña en comparación con las demás chicas. Siempre me he visto inferior a las demás, no por cualidades personales (las cuáles no veía ni valoraba), sino por cualidades físicas. Me he sentido fea y gorda muchas veces, no aceptaba mi cuerpo, odiaba mis caderas anchas, mi culo gordo o mis piernas. No me valoraba en absoluto, me daba asco. [...] Me obsesionaba con los alimentos, miraba su etiquetado de manera obsesiva y si veía que contenía muchas calorías, muchos hidratos o muchas grasas, todo lo que pillaba lo acababa soltando. (María, 2015)

Tercer testimonio de paciente sufriende de anorexia, tomado de CIBEIRA (2008):

María, de 14 años, comenta que siente que le "sobra peso", a pesar de sus escasos 44 kg. Habiendo perdido 29 kg. Continúa buscando un cuerpo más delgado y luego de seis meses de restricción alimentaria, dice:

“Cuando mi mamá me trajo, las médicas dijeron que mi peso era muy bajo y tenía pocas pulsaciones. Dijeron que era muy riesgoso. Yo me veía bien, quería bajar dos kilos más. Cuando quisieron internarme, me di cuenta de todo. Fue realmente mirarme en el espejo tal como todos me veían, enferma. Al estar enferma estás encerrada en vos misma. Todo lo que te digan no te interesa, no podés pensar, no te das cuenta de la situación.” (Cibeira, 2008, p.15)

En 1965 posteriormente al Simposio de Gottingen las perturbaciones en la imagen del cuerpo comienzan a considerarse parte del estudio de la anorexia nerviosa,

“La búsqueda de un cuerpo ideal de extrema delgadez comenzó a ser considerada como efecto de una disfunción perceptiva fundamental de la imagen del propio cuerpo y, por lo tanto, como indicador de una dificultad en la constitución de esta imagen. A esta disconformidad con el cuerpo se la define como “distorsión de la imagen corporal”. (Cibeira, 2008, p.13)

La alteración en la percepción que tienen los pacientes que sufren de anorexia nerviosa se encuentran provocados por un ideal de nunca alcanzar, en el cual el cuerpo “se ofrecerá y se convertirá en soporte de la catectización del yo en cuanto origen, lugar, instrumento del placer que se experimenta en él” (Aulagnier, 1977-1978, p. 133)

La anorexia busca llegar a un estado de extrema delgadez donde el cuerpo llega a borrar todas las características femeninas encontrándose en sí una desvalorización del mismo creado por las personas que lo sufren. Aunque se

encuentren en un punto de extrema desnutrición y delgadez estas personas aún seguirán estando decepcionadas de su cuerpo

No tienen registro de la diferencia entre la forma en que se sienten y se ven y la forma en que están realmente o cómo están para la mirada de los demás. Para el criterio objetivo-conciente de estas pacientes no hay distorsión, sin embargo, el “semejante”, sus pares o sus padres, entre otros, le devuelven en forma invertida la perturbación de la que no se pueden hacer cargo. (Cibeira, 2008, p. 13,14)

La realidad no se encuentra dentro de lo concreto dentro de estos sujetos, la realidad está dentro del orden de lo percibido y esta percepción intrínsecamente está en movimiento por el deseo del sujeto, que en este punto puede llegar a ser el deseo del Otro, correspondiendo así la perturbación de la imagen del cuerpo en la anorexia por una perturbación del deseo.

El complejo de Edipo es una función que marca los identificantes que aparecen y aparecerán dentro de la vida de los sujetos neuróticos, en el género femenino, esta función que se desarrolla en la infancia

Puede ocurrir después que el complejo de Edipo experimente una inversión, que se tome por objeto al padre en una actitud femenina, un objeto del cual las pulsiones sexuales directas esperan su satisfacción; en tal caso, la identificación con el padre se convierte en la precursora de la ligazón de objeto que recae sobre él. Lo mismo vale para la niña, con las correspondientes sustituciones (Freud, 1920-1922, p. 100)

Debido a que esta selección de objeto que recae en el padre lleva a la niña a no ser él sino a querer tenerlo, así pues, la identificación discierne en la aspiración a configurar el Yo propio a semejanza del otro, tomándolo como modelo.

Consiguiente dentro de la identificación a nivel neurótico, la formación de lo antes mencionado como patología del acto, puede estar dentro de dos vías: la

primera puede situarse a la identificación como semejante a la etapa hostil que se presenta en una de las etapas del complejo de Edipo, en esta etapa esta hostilidad implica un deseo de sustitución de la madre “y el síntoma expresa el amor de objeto por el padre; realiza la sustitución de la madre bajo el influjo de la conciencia de culpa” (Freud, 1920-1922, p. 100); por otro lado puede darse que estas patologías del acto sean un deseo de poder llegar a ser la persona amada.

“La identificación reemplaza a la elección de objeto; la elección de objeto ha regresado hasta la identificación” (Freud, 1920-1922, p. 100), ergo la identificación deviene a ser la primera forma del lazo afectivo, por la represión puede suceder que la elección de objeto vuelva a la identificación y que el Yo tome propiedades de este objeto, que en este caso corporalmente hablando en la anorexia nerviosa son propiedades masculinas; por lo tanto se tiene una identificación con la persona no amada y con la persona amada, en este caso el conflicto neurótico que deviene en la persona que sufre del trastorno de anorexia nerviosa es la coexistencia de los anhelos identificatorios que llegan a ser contradictorios, puesto que se presenta en el Yo y lo que se ansía que se prohíbe llegar a ser o a tener.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO DE ANOREXIA NERVISA

La pregunta es: ¿el artista en la dimensión de su acto, el acto creador, el artista es inocente o culpable? [...] Cuando un artista rebasa los límites temporales de la estética social, siempre produce un efecto disruptivo, un cimbronazo en el estado de las cosas.

(Ariel, 1994, p.9)

4.1 Metodología

Desde las lecturas de Melman, Ariel, Cibeira y Alaugnier acerca del trastorno, la identificación y la idealización se trabajará el caso de la siguiente forma:

Tabla 1
Metodología

Variables		Indicadores
La construcción del ideal del cuerpo: Se entiende como ideal del cuerpo a la relación entre lo simbólico y lo imaginario que deviene del propio sujeto para sí mismo.	Independiente	Cuerpo como objeto Cuerpo como significante
Trastorno de anorexia e ideal del cuerpo: Se entenderá como integración del ideal del cuerpo en el trastorno de anorexia, a aquellas pautas que puedan ser significantes de un sujeto en el trastorno.	Dependiente	Diagnóstico Factor imaginario Factor simbólico Identificación

La muestra estará constituida por una persona de género femenino con rango de edad entre los 20 a los 25 años de edad puesto que durante esta etapa ya se encuentra constituida y desarrollada la enfermedad, contar con el trastorno diagnosticado para poder trabajar desde el mismo; sus formaciones sintomáticas deben concordar con el trastorno y la paciente debe haber logrado una idealización de su cuerpo, esta muestra será proporcionada por Lorena Arcos, Psicóloga que realizó el proceso terapéutico del caso que se procederá a describir, la información obtenida es detallada únicamente por la psicóloga entrevistada. La primera entrevista se la realizó de forma semi-estructurada y la segunda entrevista se la realizó de manera no estructurada

El siguiente caso es desarrollado desde el método indiciario, que se lo describe como

El paradigma indiciario se diferencia del galileano –que domina en la ciencia positivista-, en que, mientras este último da prioridad a lo repetible, a lo medible, a lo comunicable, a las generalizaciones y coincidencias, privilegiando lo cuantitativo y volcando su interés sobre lo universal y la regla, descartando las características individuales, el paradigma indiciario prioriza lo irreplicable, lo singular, lo original, lo sorprendente, por tanto, su intervención es más cualitativa, en la medida en que se ocupa de lo excepcional, volcando su interés hacia lo individual, hacia el caso particular (Pulice, Mason & Zelis citado de Bernal, 2011)

Al seguir el método indiciario se toma en cuenta el discurso de la paciente sin tener como prioridad la revelación de las personas que se encuentran en la caso, por lo tanto la paciente y los familiares se mantendrán velados. Para mantener la confidencialidad se ha cambiado el nombre de la paciente y se han omitido los nombres de los familiares, profesores, instituciones cercanas a la cotidianidad de la paciente.

El caso fue tratado dentro de un Centro de Tratamiento de enfermedades alimenticias de tipo privada, el área de trabajo se especializa en el tratamiento

interdisciplinario de trastornos alimenticios, donde se encuentran médicos, enfermeras, psicólogo familiar y psicólogo individual para la atención de los pacientes externos e internos.

El caso cuenta con partes del discurso de la paciente y con el desarrollo del análisis que la terapeuta realiza del caso.

La paciente como ocupación es bailarina por lo que se mencionará un acápite de la historia del Ballet especificado al cuerpo Balanchine como base para la comprensión de la idealización del cuerpo en la paciente.

Anamnesis

Nombre: Julia

Edad: 21 años (Mayoría de edad)

Ocupación: Bailarina

Infancia: La niñez según la describe la analista se desarrolla normalmente. En la adolescencia sube de peso, lo que empieza a ser un problema.

Escolaridad: Es una chica inteligente, le va bien en el colegio en la parte académica; además de ello tiene constantes problemas de relación con sus amigas. Tiene más facilidad de tener amigos de sexo masculino. En la adolescencia sube de peso, lo que empieza a ser un problema. Estudia sociología como estudio superior pero no termina la carrera. (Arcos, 2016)

Enfermedades: No se describe ninguna enfermedad relevante

Familia: La Familia es funcional, el padre y la madre están casados, aunque no tienen una buena relación. El padre trabaja como funcionario público, la situación económica es media. La madre no trabaja, Julia además de sus padres vive con una hermana menor que estudia en la universidad y la abuela materna (Arcos, 2016).

La madre está presente en la vida de la hija, sin embargo, tienen una muy mala relación y Julia la juzga todo el tiempo. El padre provee económicamente a su casa pero está habitualmente ausente (Arcos, 2016).

Relación familiar: La relación de la paciente con la madre a pesar de ser descrita como mala por la paciente, es ambivalente y al mismo tiempo reconoce que es totalmente dependiente. Dice: Tener una necesidad de ella, y una dependencia terrible. La relación se produce a través de la alimentación, es la madre la que le cocina, le da de comer. Dice tener "tanta necesidad de ella". Sin embargo, también es el momento de pelear con ella de no aceptar el alimento que le ofrece. Entre los padres, aunque ellos no estaban separados ni divorciados, la relación no era buena,

en las palabras de la paciente, asimismo ella sabía de alguna relación a parte del padre y de la madre. (Arcos, 2016)

Demanda

Signos y Síntomas: La paciente llega al Centro X en el año 2002, y es diagnosticada con anorexia nerviosa, tiene un índice de masa corporal de 14, ha estado interna para alimentación parental e hidratación. Padece de la enfermedad ya varios años 3 o 4. (Arcos, 2016)

En el momento que empieza el tratamiento ya ha pasado por otras terapias y médicos. El caso es manejado por un equipo interdisciplinario y se trabaja principalmente con la nutricionista de forma cognitiva conductual, terapia familiar y la parte psicológica centrada en la paciente es tratada desde un enfoque psicoanalítico, donde la enfermedad es manejada como un síntoma. (Arcos, 2016)

Debido a que Julia era una adulta legalmente. El padre pagaba por el tratamiento, siendo ese su único aporte. La paciente iba sola por su voluntad. (Arcos, 2016)

Julia durante la terapia comenta a la analista “Si subo de peso voy a estar curada”, por lo que la analista desarrolla que el estar enferma es un pretexto para que se preocupen de ella. “Tengo hambre pero tengo miedo de comer más, de comer y no parar, comer más y más” Tiene mucha relación entre lo que puede controlar y lo que no. (Arcos, 2016)

Cuerpo

El aspecto de Julia según lo describe la analista físicamente era el de una niña de 10 años, sus caracteres sexuales se han perdido, y comenta que le gusta mirarse en el espejo ya que este le devuelve lo que ha logrado, estar muy delgada. Está pendiente de la mirada de la psicóloga y de los demás. Le gusta mostrar sus brazos esqueléticos. (Arcos, 2016)

Se preocupaba de su aspecto en el sentido de estar limpia, pero no se arreglaba en absoluto. Su apariencia era de una niña, no una mujer de 21-22 años. Se ponía ropa floja aunque tendía a mostrar sus hombros y brazos. (Arcos, 2016)

La paciente describía a su cuerpo como un cuerpo infantil, sedentario. “Me he sentido hasta gorda” “Tengo la figura pero no es necesariamente el cuerpo lo que veo”. Buscaba un cuerpo idealizado de bailarina, que posteriormente será explicado, en la lectura del caso. En esta paciente según describe la analista se evidenciaba como la enfermedad jugaba el papel de un síntoma, al mismo tiempo que produce un malestar hay una ganancia secundaria de la cual es difícil salir. (Arcos, 2016)

Aspectos Específicos del caso

La paciente al hablar de sí misma comenta “Soy una persona común y corriente hasta que me toca comer...me llena de ansiedad” la comida según ella es una tortura. “Solo a mí me obligan a comer...yo comía como un cerdo” (Arcos, 2016)

Habla acerca del no haber terminado sus estudios superiores “Afectivamente soy muy torpe, demasiado digna, trapeada. Soy atractiva físicamente.” (Arcos, 2016)

En su adolescencia sube de peso y no puede manejar las miradas que siente de los hombres. Al mismo tiempo que quiere captar su interés se siente utilizada. Las primeras experiencias sexuales son con hombres mayores, tiene varios amantes todos mayores algunos de ellos son sus profesores, hablando de ello como sin darle importancia por un lado y por otro como sintiéndose en control, describiendo un desapego de sus sentimientos. (Arcos, 2016)

Se produce según desarrolla la analista una pregunta sobre su sexualidad: “Mientras más intento comunicarme con los hombres me siento más bien con las mujeres.” Según lo que describe la analista Julia comienza a preguntarse qué es

ser mujer, formulación crítica en la histeria. En el aspecto de qué pensaba Julia sobre lo que los demás podían decir de ella “Hay algo que hace que la gente se aleje de mí” describiendo la analista sentimientos de anormal, con una deficiencia como una imperfección. (Arcos, 2016)

Estaba consciente de lo que su trastorno producía en términos de ganancia y goce según la analista, por lo que tuvo que trabajar para poder “ver” el daño físico que no se recupera y su relación con la muerte. (Arcos, 2016)

Describe que Julia Tiene conflictos entre lo que quiere y lo que debe, mencionando momentos de verse al espejo y los cuales ella disfrutaba de verse en el espejo buscando algún “rollito” que justificaba el no recuperar su peso. (Arcos, 2016)

“Mis sensaciones y mi historia no están yendo a ningún lado...cuando intento ser mujer soy rechazada” por lo que la analista procede con que al sentirse fracasada en su profesión, decide ser bailarina. (Arcos, 2016)

Siendo parte Julia del mundo de los y las bailarinas encontraba una razón de estar delgada. Había una presión en el medio del baile de la necesidad de estar delgadas que llega a ser un requisito, existiendo así mucha presión por parte de los profesores. En el baile también tenía muchos conflictos con sus compañeros y compañeras, no era la mejor era también una forma de idealizar su sintomatología. El profesor a cargo que era además su coreógrafo trataba muy mal a Julia, la arremetía psicológicamente debido a su falta de técnica en la danza ya que ella no había sido bailarina desde pequeña y faltaba cierto tipo de técnica que el coreógrafo exigía que tuviera. (Arcos, 2016)

En el examen final de danza necesario para incorporarse al ballet de cámara de forma profesional realizó una coreografía con una mecedora, simulando el meterse en el cuerpo de la madre y hacer como un nacimiento; Julia no pasó los exámenes de danza por lo que buscaba trabajos y ella misma encontraba pretextos para que no funcione. (Arcos, 2016)

Julia al hablar acerca de su padre decía que su padre está obsesionado con el cuerpo y que él mismo está flaco; en relación con la madre comentaba “le veo y es como no verle”; “Mi mamá no quisiera verme, yo soy una anormal. No sé qué hago en esa casa;” “tú siempre tienes que traer mierda a esta casa”. (Arcos, 2016)

La analista desarrolla el discurso de Julia acerca de su madre como alguien que se preocupaba sólo por ella, por su aspecto, decía no acordarse de que de pequeña hubiera sido cariñosa. Se notaba mucha rivalidad con su madre, hablaba más de su aspecto, de la forma de vestirse, de la forma de llevar las uñas etc. Como en una constante necesidad de diferenciarse de eso que ella veía y criticaba de su madre. (Arcos, 2016)

Culminando el caso la analista puntualiza que, en Julia como una paciente de estructura neurótica, pese a que hubo episodios psicóticos, alucinaciones visuales y auditivas, además de episodios paranoicos, sin dejar de ser una neurosis, estos episodios se dieron cuando estaba más baja de peso y alimentándose muy mal. (Arcos, 2016)

Se evidenciaba cómo ella se defendía de un deseo materno muy fuerte. Los momentos de culminación de la terapia fueron cuando la paciente viajó a otro país por estudios, durante su estadía en el país vivió con un tío de ella y llegó a buscar ser amante del mismo que asimismo fue el amante de su madre, buscando respuestas a sus preguntas existenciales. (Arcos, 2016)

Al regresar a Ecuador, la paciente no vuelve con la analista, y retorna a la terapeuta previa a la analista entrevistada. La paciente durante el proceso y al final del mismo llega a vivir en una casa al lado de la de sus padres y posteriormente se llega a saber que tuvo una hija pese a las advertencias de peligro en un caso de embarazo puesto que los doctores le diagnosticaron osteoporosis. (Arcos, 2016)

El alimento es un significante muy importante nutre, hace crecer, alimenta y por otro lado puede engordar, dañar. Se juega el control, los sentimientos ambivalentes frente a los padres cuyo deseo puede hacer lo uno o lo otro. Está la

importancia de la mirada en todas sus fases como una pulsión predominante en esta paciente y en este trastorno. (Arcos, 2016)

Durante la segunda entrevista la analista ahonda más en el aspecto físico de la paciente y ciertas especificaciones sobre el caso.

En la adolescencia Julia tenía curvas, era parecida a la madre y totalmente diferente a lo que fue en el tiempo que fue atendida; durante el periodo del tratamiento la paciente siempre encontraba algo que sobraba pese a que su figura ya estaba en un estado casi esquelético, en ella faltaba algo, no era lo suficientemente flaca. (Arcos, 2016)

La paciente trataba de controlar la comida puesto que en el resto de su vida no podía controlar nada más, hacía mucho ejercicio y se hizo un círculo vicioso puesto que Julia decía que hacía ejercicio para que le de hambre, pero al momento de comer no compensaba las calorías, grasas y proteínas que había gastado durante sus horas de ejercicio y entrenamiento. (Arcos, 2016)

Hablando acerca de la madre la analista comenta que la paciente solía quejarse “mi mamá me cocina comida horrible” y había un temor de expulsar como lo dice mierda, la madre le decía que estaba muy flaca que se iba a morir si no comía, pero al mismo tiempo en la paciente había esta ambivalencia de que si se dejaba alimentar cumplía el deseo de la madre. (Arcos, 2016)

4.2 Análisis de Caso:

4.2.1. La Identificación

Este caso se desarrollará bajo la premisa en la cual, durante la vida del sujeto, se encuentra como anteriormente se ha mencionado varios identificantes formados por la familia, la cultura y el propio sujeto.

Uno de los factores que se ven en Julia es la identificación que tiene con el padre y posteriormente se mencionará a la identificación que tiene con la madre.

Entre Julia y su padre no se describe una relación cercana, él se muestra ausente en la dinámica familiar, así también como en el tratamiento por el hecho de que la paciente es mayor de edad. A pesar de ello como se mencionó en el capítulo tres y como se puede ver en el caso, Julia pese a que físicamente explica que está ausente, lo menciona varias veces durante el proceso, en el cual describe a su padre como una persona flaca, agregando que él está obsesionado con el cuerpo.

En las relaciones con el género masculino la paciente se inclina a desplegar varias relaciones amorosas con personas mayores, personas que debían tener un cierto tipo de autoridad ante ella como eran sus profesores, y agregando a ello el intento de tener una relación con un tío de ella el cuál se sabía que había tenido alguna relación con la madre de Julia; el desenvolvimiento que se ve en Julia con sus relaciones amorosas da una pauta para pensar sobre algún tipo de deseo que tiene ella hacia un prototipo de figura paterna, es decir, lo que simbólicamente vendría a ser un tercero que lleve a la separación entre el deseo materno y la hija.

El intento de relación con el tío puede llegar a ser una entrada al saber o tratar de reconocer a la madre, “Cuando vemos manifestarse una anorexia en una joven, podemos bastante pronto descubrir que la relación de que se trata es la que une a esta joven con su madre, y que es una relación muy fuerte, incluso cuando es hostil.” (Melman, 1995, p. 17) La relación de Julia con su madre es agresiva,

pero al mismo tiempo es como lo describe ella, dependiente. La paciente se encuentra en una constante lucha contra su madre, al comentar que no se acordaba de que la madre hubiera sido alguna vez cariñosa con ella en su infancia podemos retornar a los conceptos de madre buena y de ambiente suficientemente bueno, creando cuestionamientos acerca de los recuerdos de la paciente y cómo por medio de su cuerpo vivía y afrontaba tanta frustración ante la falta de cariño de la madre, hablando de ella de manera severa, criticándola en especial acerca de su aspecto físico, describiendo así una figura femenina pero al mismo tiempo odiada pero necesaria, “es una relación, o bien amorosa, o bien hostil, pero que hace siempre a la joven dependiente de su madre en una relación que podemos llamar dual” así describe Melman (1992). ésta ambivalencia que viven las jóvenes con trastornos alimenticios y sus madres, así mismo la vive Julia desde su subjetividad, reconoce la total dependencia que tiene con su madre siendo así ella la que le proporciona durante los conflictos palabras agresivas, miradas que rechazan y al mismo tiempo le cocina el alimento, le da de comer en lo cual durante las peleas Julia en un intento de separación rechaza esta dinámica y rechaza el alimento. Cuando la paciente describe a la madre diciendo “le veo y es como no verle” (Arcos, 2016) menciona parte de la ambivalencia vivida en esta dinámica; puntualiza un rechazo y una necesidad de constitución de un otro.

4.2.2. Ideal del Cuerpo

Dentro del discurso de la paciente y la descripción del caso hecha por la analista, existen ciertos momentos donde se menciona al cuerpo como una de las principales herramientas de la sintomatología. El Ideal que lleva a Julia a justificar su falta de comer y su necesidad de mantenerse flaca entra cuando deja la universidad y decide ser bailarina.

Dentro del mundo de la danza ya sea clásica o contemporánea se veía hasta el año 2013 la necesidad en las y los bailarines de tener el cuerpo de Balanchine, este decir señala a George Balanchine fundador de American Ballet y

del New York City Ballet “una de las personas más influyente de la danza clásica y, por desgracia, el impulsor de un tipo de físico extremo en el ejercicio del oficio” (Donat, 2015)

El mencionado cuerpo Balanchine de las bailarinas se destacó por ser un cuerpo delgado en extremo, esto facilitaba a los bailarines a realizar ciertos tipos de movimientos y además a hacer cargadas en pareja; el cuerpo de una bailarina debe ser en extremo delicado, siendo femenino, pero en esencia sutil y agradable para la vista del espectador dentro y fuera de los escenarios.

Los trastornos alimenticios llegan a ser en la danza uno de los principales problemas que durante los últimos años han comenzado a verse tratados en grandes organizaciones de danza, siendo así uno de los temas principales en la organización del encuentro en Londres hecho por Dance UK artículo realizado por Begoña Donat titulado “La danza mete el dedo en la llaga de la anorexia” donde menciona “que el incremento de los problemas mentales en el ámbito del baile profesional está ligado a “ambientes negativos que alientan enfoques egocéntricos y promueven la competitividad” (como cita Donat, 2015).

Los bailarines en general pasan su tiempo frente a un espejo mirando sus movimientos y sus coreografías, lo que hace que comiencen a fijarse en ciertos aspectos que en la vida cotidiana no son de gran relevancia, como son los movimientos de dedos y manos, las proporciones corporales, los ritmos y fuerzas en los movimientos y la elongación de músculos y articulaciones, por lo tanto se crea una nueva perspectiva de ver el cuerpo, son detalles relevantes en la carrera de la danza.

4.3 Lectura del Caso

En la anorexia nerviosa como en otras clasificaciones de trastornos alimenticios se pueden encontrar diferentes tipos de cuerpos, por lo que pese a ser el mismo método de no comer, vomitar, hacer en exceso ejercicio o comer en demasía, y parezca el mismo trastorno no es semejante el fin que las y los pacientes pretenden llegar.

Julia idealizaba un cuerpo de bailarina, un cuerpo con forma femenina pero al mismo tiempo con rasgos totalmente sutiles de esta feminidad “Como ustedes saben, la anoréxica rechaza los signos externos de la feminidad y si los acepta, es para funcionar en el registro de la belleza sublime, desencarnada, fuera del sexo” (Melman, 1995, p. 18) En este caso Julia ya poseía un cuerpo suprimido de su sexualidad pero como ella misma lo describía no era el cuerpo lo que buscaba, era la idealización de la totalidad de la figura de una bailarina, y al no poder ser lo suficientemente buena y al no haber pasado los exámenes de baile forja conscientemente en ella una excusa más eficaz para seguir con su trastorno dentro del tratamiento.

Existe una dualidad que se destaca en el trastorno de la anorexia, en la que, la persona que lo sufre está en constante búsqueda y negación de algo más allá del objeto alimenticio que demanda ser satisfecho por el cuerpo, indaga una incorporación de objeto buscado en la oralidad. Lo que Melman (1992) expone como la duplicidad llamada falo, en la relación madre e hija.

En el caso de Julia se entiende que la relación de ella con su madre es muy mala pero así mismo como ella lo describe es dependiente de su madre, la búsqueda de este objeto fálico es la tercera instancia que no interviene en esta relación hostil pero dependiente,

Todo ocurre como si este objeto fuera poseído o incorporado por la madre y de esta manera la voluntad de la madre, o su capricho, decidirá de su don o de su rechazo a su hija. Pero el don de este objeto que una madre hace a su hija, de este objeto que soporta la pertenencia sexual de la madre y que despierta el apetito de la hija porque ella también quiere convertirse en mujer, ese don es también lo que la hija no quiere, porque haría caer a su madre de su cualidad (Melman, 1995, p. 17)

Lo que la anoréxica desea y rechaza es un supuesto del tomar de su madre la feminidad, “al mismo tiempo la histérica se sacrifica por su madre, con un amor que es evidentemente muy agresivo, porque ella no puede más que destruirse como respuesta al amor de su madre” (Melman, 1995, p. 27) en Julia existe este intento de sostener una posición femenina pero sin que esta pase por su cuerpo; planteándose por lo tanto un pasaje al acto entre su enfermedad y la danza, un intento de dividir esta dualidad por medio de un gran corte del adentro y del afuera, crea una necesidad de estar en un constante pasaje al acto, evitando este objeto en su cuerpo y que por falta de este no se le permita encarnarse como mujer.

En la paciente hay un impedimento entre la posible coexistencia entre la madre y Julia, es la madre o ella, no hay una posibilidad de que estén las dos, se ve una sintomática enfocada al todo o nada, el no ser suficiente; en Julia hay siempre un pliego de grasa demás por lo tanto nunca está lo suficientemente flaca, en la danza no es suficiente las horas de ejercicio y práctica, faltará en ella técnica.

Alejandro Ariel (1994). durante sus estudios acerca de las artes escénicas habla acerca de la danza como una potencial vía hacia lo real, describe dos técnicas diferenciándolas y a la vez uniéndolas, de esto modo manifiesta que

Un bailarín es un habitante del espacio cotidiano, del espacio visible, que ha de transitar hacia otro espacio. Espacio de la desaparición donde la visión cae en un vacío de figuralidad. El sujeto recorrerá una temporalidad extraña

a su medida y familiar a su deseo [...] Frente a un desplazamiento que supone un recorrido previsible, un itinerario determinado, él va a producir inefecto de corto. Danza que irrumpe en el tiempo mismo de la sorpresa, interrumpiendo el movimiento. Una danza que dance en los intervalos de la danza. [...] una danza que pretende hacer un movimiento en el corte. (Ariel, 1994, p. 60)

Dentro de la danza Julia encuentra simultáneamente lo que desea, el precisar del cuerpo en una estética femenina pero totalmente fuera de ella, es decir por un momento habitar un cuerpo femenino pero que no amenace en lo real la figura que ella no quiere derrocar, la figura de mujer de la madre; por otro lado y a la vez, encuentra justificadamente la falta, el hecho de no ser lo suficiente, en su cuerpo, en la danza, en su casa, esta insatisfacción que pretende ser perpetua en los años tratados en terapia.

CONCLUSIONES

La anorexia nerviosa en el caso de la paciente no llega a tener una función completa hasta que asume una idealización de cuerpo, que viene a ser la figura de una bailarina; por lo tanto la función utilitaria no recae en el trastorno sino que recae en ser bailarina, puesto que por medio de la danza puede atravesar una feminidad no arraigada a ella como persona.

En cuanto a la pregunta que realiza el trabajo de disertación, la idealización del cuerpo influye de manera directa al proceso de trastorno de anorexia nerviosa, puesto que durante los diferentes procesos identificatorios que tiene una joven a lo largo de su infancia y adolescencia se crean ciertos parámetros que intervienen en la incorporación de su historia psíquica con su cuerpo. La construcción del ideal del cuerpo en la anorexia nerviosa deviene de procesos identificatorios de la madre, del padre y del mismo sujeto, así como falencias en la simbolización del malestar poniendo al cuerpo como escenario sintomático.

Respectivamente al objetivo general, la anorexia es un trastorno alimenticio puesto que es un conjunto sintomático caracterizado por la pérdida radical de peso, junto con conductas de excesivos régimen de dietas y ejercicios que pone en riesgo la vida de la persona que lo sufre. Por lo tanto en conclusión a los objetivos específicos; El cuerpo físico es aquel medio material que permite al ser humano sujetarse a los signos de realidad del medio que lo rodea y poder desenvolverse en el mismo, así pues cualquier cambio relevante en este medio o en el cuerpo como materia afecta directamente a la psique del sujeto; El cuerpo hablado es la parte psíquica como emociones, traumas, entre otros que está ligado a un cuerpo y por medio de este llega a experimentar distintos cambios y puede cambiar las situaciones y vivencias que el sujeto ha pasado, pasa o pasará. En el análisis del caso se describe la idealización de un cuerpo de bailarina.

La identificación materna que tiene la paciente junto con la paterna crea en ella una serie de conflictos que no le permiten tener un cuerpo de mujer y que, por

medio de la danza puede momentáneamente atravesar este cuerpo sin que llegue a ser permanente, así pues, puede ser femenina, pero sin dejar caer a la madre

RECOMENDACIONES

- Se recomienda profundizar el tema del uso del cuerpo como medio de escape de los diferentes malestares encontrados en la psiquiatría.
- Se recomienda realizar un trabajo de investigación entre la relación de la madre y cómo esta puede llegar a influenciar en la anorexia nerviosa.
- Se recomienda que se realicen investigaciones cuantitativas a nivel nacional acerca de los trastornos mentales, incluidos los trastornos alimenticios.
- Se recomienda realizar posibles trabajos en los que se pueda aplicar la teoría realizada y descrita dentro de la presente disertación.

ANEXO 1

AUTORIZACIÓN DEL USO DEL CASO POR LORENA ARCOS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Erika Paola Rojas Rondón con cédula de ciudadanía N° 171402497-1, egresada de la facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, declaro que en la realización de la disertación previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica cuento con el uso de un caso único de anorexia nerviosa, el cual será otorgado por Lorena Arcos, profesional con el título de Psicóloga Clínica.

El caso será exclusivamente utilizado para la realización y exposición de la disertación previa al título de Psicóloga Clínica. Se cambiarán u omitirán los nombres de la paciente y familiares para conservar la confidencialidad de los mismos.



Erika Rojas

N° cédula: 171402497-1



Lorena Arcos

N° cédula: 170478610-0

ANEXO 2

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA A LORENA ARCOS

PONTIFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN DE UN ÚNICO CASO DE ANOREXIA
NERVIOSA PARA DISERTACIÓN

Nombre de la estudiante: Erika Rojas Rondón

Fecha: 01/11/2016

Nombre de psicóloga a cargo del caso: Lorena Arcos

- El caso debe ser del año 200 al 2014 preferiblemente. Para asegurar la confidencialidad de la paciente se asegurará de omitir los nombres de los familiares y de la paciente en cuestión, la edad de la paciente puede o no ser exacta, pese a esto se necesita un rango de edad de dos años mayor y menor.

1. Anamnesis de la Paciente:

La paciente debe ser de género femenino de preferencia no mayor a los 20 años de edad si es posible, máximo de edad 25.

1.1 Nombre: Julia (el nombre ha sido elegido por la estudiante por motivos de evitar confusiones a los posibles lectores de la tesis, se especificará que los nombres son ficticios)

1.2 Edad: Exacta o aproximada

1.3 Trabajo o estudio

1.4 Motivo de consulta

1.5 Información sobre la niñez y la adolescencia

1.6 Enfermedades relevantes

2. Anamnesis Familiar:

2.1 Madre: si se encuentra presente o ausente en la vida de la hija

2.2 Padre: si se encuentra presente o ausente de la vida de la hija

2.3 Relación entre los padres: Casados, en unión libre, separados, viudos.

2.4 Labor de los padres: Puede ser el trabajo en específico o la función que realizaban

2.5 Existen otros familiares que vivan con la paciente además de los padres.

3. Información del caso

3.1 ¿Era un caso donde la paciente era tratado de forma interdisciplinaria?

3.2 ¿Cómo llega la paciente al centro?

3.3 Especificaciones acerca del tratamiento dado a la paciente

3.4 Se puede agregar partes del discurso de la propia paciente, cosas que ella o los familiares hayan dicho que le haya parecido importantes.

4. Es necesario para el análisis de caso saber:

4.1 ¿Cómo era la relación madre e hija?

4.2 ¿Cómo hablaba la madre acerca de la hija?

4.3 El interés de los padres en la terapia de la hija

4.4 Si la paciente iba sola o acompañada

4.5 La relación de la madre con el padre

5. Sobre la paciente:

5.1 ¿Qué pensaba la paciente acerca de su madre?

5.2 ¿Qué pensaba la paciente sobre sí misma?

5.3 ¿Qué pensaba la paciente sobre lo que los otros decían de ella?

5.4 ¿Qué pensaba acerca de su trastorno?

5.5 ¿Cómo era ella?, especificar rasgos.

5.6 ¿Había o no cuidado personal? (higiene, arreglo, vestimenta)

5.7 ¿Qué decía sobre su cuerpo?

5.8 Información sobre sus anhelos y expectativas sobre su vida y acerca de su cuerpo

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, M. P. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna*. Madrid: Pirámide.

admin. (2014). *SETCA*. Recuperado el 14 de 11 de 2016, de Servicios Especializados en Trastornos de Conducta Alimentaria:
<http://www.setcabarcelona.com/testimonio-paciente-de-anorexia-como-empieza-todo/>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Arlington.

Aulagnier, P. (1977-1978). *Los destinos de placer*. Buenos Aires: PAIDOS.

Aulagnier, P. (1994). De lo originario al proyecto identificador. En P. A. Luis Hornstein, *Cuerpo, Historia, Interpretación*. Buenos Aires: Paidós.

Aulagnier, P. (2010). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.

Arcos, L. (15 de 11 de 2016). Caso clínico de anorexia nerviosa. (E. Rojas, Entrevistador).

Ariel, A. (1994). *El Estilo y el Acto*. Buenos Aires: MANANTIAL.

Baile Ayensa , J., & González Calderón, M. (05 de 12 de 2012). *Scielo.org*. Recuperado el 06 de 07 de 2016, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232012000200001

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/>

Cibeira, A. S. (2008). *Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires*. Obtenido de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/consideraciones_anorexia.pdf

Cibeira., A. S. (2008). Consideraciones sobre la Anorexia desde el Psicoanálisis. *Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires*.

Donat, B. (18 de 11 de 2015). *CulturPlaza*. Recuperado el 05 de 12 de 2016, de <http://valenciaplaza.com/la-danza-mete-el-dedo-en-la-llaga-de-la-anorexia>

Figuroa, R. B. (2010). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Buenos Aires: Mediterraneo.

Freud, S. (1920-1922). *Obras Completas Tomo XVIII Más Allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1993). *Obras Completas Tomo XVI (1914).. En Introducción al narcisismo* . Buenos Aires: Amorrortu.

Giménez, D. S. (17 de 10 de 2011). *Medicina 21 Ciencia, medicina, salud paciente*. Recuperado el 14 de 11 de 2016, de http://www.medicina21.com/Articulos-V2297-Acerca_de_la_anorexia.html

Goldman, B. d. (2005). *Anorexia y Bulimia un nuevo padecer*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Goldman, H. h. (2001). *Psiquiatria General*. México: El Manual Moderno.

Melman, C. (1995). Observaciones sobre la anorexia. En L. S. Melman, *La Oralidad* (pág. 17).. Buenos Aires: Homo Sapiens.

María. (2015). *ADANER*. Recuperado el 17 de 11 de 2016, de Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia : <http://www.adaner.org/testimonios>

Melman, C. (1995). Observaciones sobre la anorexia. En L. S. Melman, *La Oralidad* (pág. 17 - ??). Buenos Aires: Homo Sapiens.

Stern, P. (1974). *Nuevo Elogio de la Locura* . Buenos Aires: Granica.

Ogilvie, B. (2010). *Lacan La formación del concepto de sujeto*. Buenos Aires: Claves.

Rodriguez Testal, J. F., Mesa Cid, P., & COORDS. (2011). *Manual de psicopatología clínica*. Madrid: Pirámide.

S. Cervera, C., & B. Quintilla, M. (1995). *Anorexia nerviosa Manifestaciones psicopatológicas fundamentales*. Navarra: EUNSA.

Winnicott, D. W. (1999). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Buenos Aires:
Paidós.