



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **JAHEL MICHAEL ANDRADE MOLINA CC. 171290463-8**, autora del trabajo de graduación intitolado: **“FIJACIÓN ORAL EN EL VÍNCULO MADRE E HIJA DESDE LA TEÓRIA PSICOANALITICA”**. Estudio a partir de un caso de **compulsión alimentaria tratado en el departamento de promoción de salud de la PUCE en el periodo enero-mayo de 2013**, 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, mayo 2014

JAHEL MICHAEL ANDRADE MOLINA

CC. 171290463-8

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“FIJACIÓN ORAL EN EL VÍNCULO MADRE E HIJA DESDE LA
TEORÍA PSICOANALÍTICA. ESTUDIO A PARTIR DE UN CASO DE
COMPULSIÓN ALIMENTARIA TRATADO EN EL DEPARTAMENTO
DE PROMOCIÓN DE SALUD DE LA PUCE EN EL PERÍODO ENERO -
MAYO DE 2013”**

NOMBRE

Jahel Michael Andrade Molina

DIRECTORA: LIC. LIDIA LEW

QUITO, ABRIL DEL 2014

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres quienes han sido mi mayor fuente de inspiración.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios y a la Virgen porque sin ellos no estaría en el lugar que me planto ahora, por ser la prioridad, motor de mi existencia y los responsables de dirigir mí camino con sabiduría, permitiendo seguir con el sueño de psicóloga clínica.

A mi madre y a mi padre quienes han sabido caminar junto a mí; me han inculcado los valores que hacen que sea la persona que soy hoy por hoy y han luchado conmigo siempre que se han presentado dificultades en el camino. En especial porque me han dado una hermosa familia que me inspira a ser mejor y han permitido que mi sueño se haga realidad con su esfuerzo y dedicación.

A mis hermanos y hermanas, su apoyo incondicional, la paciencia, la perseverancia y la unión que nos caracteriza me han impulsado a avanzar con pasos firmes hacia mi meta, gracias por los consejos y por hacer de mi familia la mejor.

A mis sobrinos y sobrinas porque hacen mi vida de colores.

A una persona muy especial, sin él la carrera no sería lo mismo, gracias por la paciencia, compañía y apoyo para conmigo.

A toda mi familia, abuelitos, tíos, primos, cuñadas y cuñados, amigos y personas que han caminado junto a mí durante toda la vida.

A mis amigos y amigas quienes de una u otra manera están presentes en mi vida.

A mi Directora de Disertación, Licenciada Lidia Lew por su guía durante este proceso, por compartir conmigo su saber y en especial por ser una fuente de inspiración. Gracias muchas gracias por su guía.

A los Profesores y Autoridades de la Facultad de Psicología por su acompañamiento y enseñanza a lo largo de la carrera.

Para finalizar al equipo de Promoción de Salud que me permitió desarrollarme dentro de mi profesión y sobretodo porque más que un equipo de trabajo se convirtieron en mis amigos.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
TABLA DE CONTENIDOS	iv
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: FIJACIÓN ORAL	4
1.1 La Pulsión desde la teoría de Freud.....	4
1.1.1 La Pulsión Sexual.....	7
1.1.2 Pulsión de Autoconservación.....	9
1.1.3 Pulsión de Autoconservación vs Pulsiones Parciales.....	10
1.1.4 Pulsión Oral.....	11
1.2 Etapas en el Desarrollo Psicosexual.....	13
1.2.1 Etapa Oral en el Desarrollo Psicosexual.....	14
1.3 Fijación y Regresión.....	16
1.4 Trastorno de la Conducta Alimentaria.....	18
1.4.1 Compulsión alimentaria.....	20
CAPÍTULO II: VÍNCULO MADRE E HIJA	23
2.1 Función Materna.....	23
2.1.1 Sostenimiento.....	26
2.1.2 Manipulación.....	26
2.1.3 Presentación objetal.....	26
2.2 Relación Madre e Hija en los Primeros Años de Vida.....	27
2.2.1 Primer Tiempo del Edipo.....	28

2.2.2 Vínculo Madre e Hija.....	29
2.2.3 Patología del Vínculo.....	32
2.3 Imagen corporal.....	33
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DEL CASO.....	36
3.1 Descripción de la Institución de Prácticas.....	36
3.2 Metodología y Técnica.....	37
3.3 Descripción del Caso.....	38
3.4 Síntesis del Caso.....	39
3.5 Análisis del Caso Articulado a la Teoría.....	49
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXO.....	62

RESUMEN

La presente disertación pretende analizar, utilizando conceptos psicoanalíticos, un caso de compulsión alimentaria o trastorno por atracón. De esta forma nombra el DSM-IV-R una alteración de la oralidad. La parte aplicada consistió en la entrevista con una paciente atendida por un equipo multidisciplinario del Departamento de Promoción de Salud de la PUCE, donde se ofreció un espacio terapéutico de escucha analítica a una paciente durante varias sesiones. Se utilizaron el Test de Apercepción Temática y Cartas Proyectivas. En la parte teórica se trabajaron conceptos como: pulsión, oralidad, vínculo madre e hija y las patologías derivadas del mismo. Para finalizar, las conclusiones describen la articulación de estos conceptos con el caso expuesto, donde se evidencia una fijación oral y por ende una patología en el vínculo.

INTRODUCCIÓN

La cultura contemporánea se ha encargado de imponer cánones de belleza, los mismos que modifican la realidad de las personas obligándolas a encasillarse en una norma. Varios son los factores que han incidido para que la imagen corporal, en especial de las mujeres se vea afectada. De acuerdo a un reportaje realizado por el diario La Hora se menciona que un “87% de las mujeres no están contentas con su cuerpo” (La Hora, 2011) dentro del mismo estudio se afirma que “entre el 12 y el 15% de las mujeres jóvenes entre 12 y 20 años, tienen algún tipo de trastorno alimenticio” (La Hora, 2011). Como se puede observar la problemática en el Ecuador es elevada, los trastornos alimenticios cada vez aumentan y las consecuencias en el cuerpo están asociados no solo a problemas físicos también a problemas psíquicos más profundos.

El Departamento de Promoción de Salud de la PUCE ofrece un espacio adecuado para recibir a los pacientes que son atendidos por profesionales de las distintas áreas de la salud como son: nutrición, psiquiatría y psicología. El estudio de casos psicológicos fue realizado durante las prácticas pre-profesionales en el período enero-mayo de 2013 donde fueron varios los pacientes atendidos con problemas de trastornos alimentarios; sin embargo, se escogió el análisis de un caso debido al interés para tratar el tema de los trastornos alimentarios en especial con relación al trastorno de compulsión alimentaria y por la disponibilidad de información obtenida después del proceso terapéutico. Si bien el DSM IV y el CIE 10 pormenorizan en la descripción de los trastornos alimentarios no alcanzan a dar una explicación profunda sobre el origen de los mismos. Se intentará en este trabajo exponer las posibles causas que originan estos trastornos.

Durante el proceso se contaba con la dirección de un profesional, el cual nos iba guiando y aclarando dudas con el fin de realizar un trabajo óptimo dentro del ámbito terapéutico. La información recibida por cada paciente tanto por el médico psiquiatra como por el psicólogo era confidencial, se manejaba dentro del marco ético y de respeto.

Se han planteado los siguientes objetivos para el respectivo análisis teórico del caso:

- Analizar el trastorno de compulsión alimentaria desde el vínculo madre e hija.

(La propuesta de la presente investigación es relacionar el vínculo madre e hija con el trastorno de compulsión alimentaria).

- Indagar el concepto de pulsión y su relación con la fijación oral.

(Se considera que en la fijación oral pudo producirse el trastorno)

- Examinar los factores que inciden en la formación de un vínculo patológico.

(Se pretende desarrollar cuales son las condiciones que produce un vínculo patológico)

- Articular la teoría con un caso clínico

(El análisis de un caso clínico servirá para aplicar la teoría desarrollada en los primeros capítulos)

Para cumplir con los objetivos planteados, se establecieron tres capítulos, cuyos contenidos son los siguientes:

En el primer capítulo se hace un abordaje de la pulsión desde la teoría de Freud, la misma que abarcará el concepto de pulsión, las pulsiones de autoconservación y las pulsiones sexuales, además la confrontación entre estas dos pulsiones. Se tomarán en cuenta los caminos que toman cada una de las pulsiones para desembocar en una fijación patológica, manifestada en el trastorno de compulsión alimentaria; por ello es necesario atravesar por la etapa oral en el desarrollo psicosexual propuesto por Freud. Se incluirán los trastornos referidos a la alimentación, principalmente la compulsión alimentaria. Freud define a la pulsión como “[...] un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma” (Freud,1915, pág.108) para comprender de mejor forma es una fuerza psíquica continua que se transforma, se sublima, se reprime, aparece en el síntoma, y se tramita psíquicamente

En el segundo capítulo se analizará el vínculo madre e hija y las posibles fallas en la función materna con relación al sostenimiento, manipulación y la presentación objetal propuestas por Winnicott que conducen a una relación donde está comprometido el

desarrollo de la niña, de tal forma será necesario en el presente capítulo abordar las consecuencias de la formación de un vínculo patológico reflejado en la feminidad y la dependencia materna principalmente.

Para finalizar, se articulará la teoría a la práctica, la misma que se conformará por la historia vital de una paciente atendida en el Departamento de Promoción de Salud de la PUCE, la exposición del caso y el análisis del mismo. Así, gracias al estudio del caso atendido y el análisis de los conceptos se van a desarrollar las conclusiones y las recomendaciones.

La pregunta que dirigirá la presente disertación es:

¿Cómo un vínculo patológico entre madre e hija puede desembocar en un trastorno alimentario compulsivo?.

Como parte introductoria se puede decir por lo tanto que:

En la relación madre – hija, en los trastornos alimentarios, la hija está en una posición de dependencia de la madre, ya sea por el carácter amoroso de la relación, o por la hostilidad. Esta relación tiene un carácter dual ya que, a pesar de que el padre esté o no presente en el hogar, no entra en la dialéctica madre-hija; de este modo, ambas están tomadas en una dualidad de sostenimiento mutuo, la una no es sin la otra.

Gracias a la presente disertación se pretende que dentro de la clínica de los trastornos alimentarios se considere al vínculo madre e hija patológico como uno de los factores que incide para que se desencadene un trastorno de compulsión alimentaria. Se hace una acotación dentro del campo médico y psicológico ya que de acuerdo al DSM-IV se desconoce las posibles causas de dicho trastorno.

CAPÍTULO I: FIJACIÓN ORAL

1.1 La Pulsión desde la teoría de Freud

A lo largo de la teoría, Freud fue modificando el concepto de pulsión, concluyendo que es “el elemento más importante y oscuro de la investigación psicológica” (Freud, 1916, pág. 109). Siendo así, es necesario realizar un recorrido por el concepto para ver el por qué de esta conclusión.

Existieron problemas de traducción respecto a la palabra pulsión, en alemán *Trieb*; durante muchos años se la tradujo como instinto, “[...] descubrimos cierta relación en las significaciones adquiridas por los dos términos en el pensamiento científico de Freud: relación compleja formada por una *analogía*, una *diferencia* y, además, una *derivación* de uno a otro término” (Laplanche, 1973, pág. 18). Largo y confuso fue el recorrido que han realizado los primeros lectores de la obra de Freud para darle el sentido que el autor quiso dar al concepto. En el *Proyecto de una psicología para neurólogos* (1895) mencionaba: “[...] la excitación exógena actúa como un golpe único, y la endógena como una fuerza constante [...]” (Freud, 1895 pág. 112). Pero, en futuras formulaciones sobre la excitación o el estímulo externo lo mantuvo como en un inicio, mientras que a la fuerza endógena constante la llamaría *pulsión*. En *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), da cuenta de la evolución respecto a la doctrina de las pulsiones.

Freud distingue los estímulos fisiológicos de los pulsionales, y describe a la pulsión como: “[...] un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante {Repräsentant} psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma [...]” (Freud, 1916, pág. 108), para comprenderlo de mejor forma diremos que es una fuerza continua que se transforma, se sublima, se reprime, aparece en el síntoma, y se tramita psíquicamente.

En medio de su investigación respecto a las pulsiones Freud halló que “[...] en la raíz de todas las afecciones se hallaba un conflicto entre los reclamos de la sexualidad y los del yo [...]” (Freud, 1916, pág. 120) lo que le lleva a teorizar acerca de las pulsiones yoicas (o de autoconservación) y las pulsiones sexuales.

En la historia de las pulsiones nos encontramos con un largo camino frente a este concepto, el término *pulsión* como lo conocemos en la actualidad fue empleado durante mucho tiempo de otra manera. En la correspondencia con Fliess en 1890, Freud da cuenta de una preocupación acerca de la fuerza que existe en el ser humano para vivir, y por otro lado, se cuestiona acerca de eso que les permite a los neuróticos constituirse, y que les llevan al síntoma. Para esta época se encontraba estudiando acerca de “[...] energía sexual somática y la energía sexual psíquica y llega a introducir incluso la noción de libido. Luego su interés lo lleva ya hacia las teorías del fantasma y de la represión, y descubre las formaciones del inconsciente.” (Chemama, 2004, pág. 570). Más tarde, declara que la energía que se mueve en el interior es el *motor de los seres humanos y motor de las neurosis*, lo que conlleva incluso al análisis de la sexualidad infantil, que en 1905 en *Tres ensayos de teoría sexual*, le permitió a Freud precisar acerca del origen de la naturaleza de la pulsión sexual, trasladándonos al concepto de la libido, lo que abrió más y más el campo de estudio y surgieron nuevas hipótesis. En segundo lugar, Freud se vio envuelto en la multiplicidad de pulsiones con orígenes y destinos diferentes, de tal forma que clasifica a las pulsiones en: pulsiones sexuales y pulsiones de autoconservación, que terminarían siendo las pulsiones del yo, y se relacionan con las funciones de supervivencia.

La obra de Freud evolucionó y con relación a las pulsiones iba incrementando sus hipótesis, correcciones y rectificaciones, siendo así que se plantea una nueva teoría de las pulsiones en *Introducción al narcisismo (1914)*, donde anticipa la dualidad pulsional que va a desarrollar en 1920: pulsiones yoicas y pulsiones sexuales quedarían del lado de las pulsiones de vida.

Recapitulando, la primera teoría de las pulsiones la plantea en *Tres ensayos de teoría sexual* en 1905, en esta se presenta la dualidad: pulsiones de autoconservación frente a las pulsiones sexuales; para ello, se toma como eje referencial al hambre que es un factor de supervivencia y más tarde se traslada al campo sexual.

En la segunda teoría de las pulsiones es la que anticipa en *Introducción al Narcisismo (1914)*. Para finalizar la tercera teoría en *Más allá del principio del placer* en 1920 surgen dos nuevos conceptos en lo que respecta a las pulsiones; la dualidad se inclina hacia la

pulsión de vida y la pulsión de muerte que a su vez las nombra también como Eros y Tánatos.

Cabe mencionar que siempre se habló de una dinámica pulsional, lo que cambió fueron los nombres específicos a conceptos que ya estaban propuestos anteriormente.

Es muy importante mencionar el aporte de Lacan respecto a las pulsiones

Agregaré a la descripción freudiana de las pulsiones parciales, oral y anal, la pulsión escópica y la pulsión invocante. Mirada y voz entonces, junto al alimento y la respuesta del cuerpo a la demanda del otro, que constituyen el ensamblado pulsional que nos determina. Lo escópico va a cobrar importancia fundamental en la obra de Lacan en la medida en que ella forma parte esencial en la constitución del yo. (Casas, 2007, pág 34)

Posteriormente, al momento de explicar la función materna se pondrá énfasis en el aporte de Lacan con relación a la mirada y a la voz y el por qué el juego de estos dos elementos es tan importante con relación al vínculo madre e hija.

Para concluir con el tema es necesario agregar que las cuatro características que pertenecen a la pulsión, son: “[...] esfuerzo (*Drang*), meta (*Ziel*), objeto (*Objekt*), fuente de la pulsión (*Quelle*)” (Freud, 1916, pág. 117)

La pulsión impulsa al sujeto a una respuesta mediante una tramitación psíquica. El esfuerzo (*Drang*) es la carga, el empuje, la fuerza, la presión, con carácter acumulativo; de alguna manera es la esencia misma de las pulsiones, la que la hace dinámica. Cuando la fuerza pulsional aumenta, genera una tensión que es necesaria tramitar psíquicamente. La meta (*Ziel*), es la satisfacción final, la misma que permite el apaciguamiento de la tensión generada por el empuje. Por otro lado, el objeto es lo más variable, y no está dado desde un inicio, es la pulsión la que se dirige a los objetos, estos no están predeterminados, “el fin de la pulsión remite sin cesar a los dos siguientes factores: ora al elemento del objeto, ora al de la fuente” (Laplanche, 1973, pág. 20). Es decir, la pulsión para satisfacerse se dirige ya sea al objeto o a la fuente o a ambos. Se habla de la *contingencia del objeto*, es decir aquello a través del cual la pulsión encuentra la satisfacción, la meta. En la oralidad, la pulsión (parcial) busca el objeto comida. Además, no necesariamente se trata de un objeto

objetivo, concreto, “...el objeto de la pulsión puede ser, con pleno derecho, un objeto *fantaseado* y que tal vez sea, incluso, con carácter prioritario” (Laplanche, 1973, pág. 22)

Por último, la fuente es el proceso desde donde surge la pulsión y que luego estará representado en la vida anímica.

1.1.1 Pulsión Sexual

Las pulsiones, siendo un enigma y un elemento oscuro en la investigación freudiana, le permitieron al autor hacer una aproximación del concepto de sexualidad diferente a como se lo pensaba en la época. Para dar inicio fue necesario diferenciar a la genitalidad de la sexualidad, lo que le permitió un gran avance con la investigación; ya que es gracias a esta diferencia que surge su mayor aporte teórico y es con relación a la sexualidad infantil.

El camino recorrido por Freud fue largo, muchos fueron los años de estudio, de rectificaciones y de correcciones de su propia obra hasta precisar los conceptos de pulsión y sexualidad como los conocemos actualmente. La pulsión no se la reconoce sino por sus representaciones; “Las pulsiones sexuales son numerosas, brotan de múltiples fuentes orgánicas, al comienzo actúan con independencia unas de otras y sólo después se reúnen en una síntesis más o menos acabada. La meta a que aspira cada una de ellas es el logro del *placer del órgano*.” (Freud, 1979, pág. 120). Es decir las pulsiones son siempre parciales, las fuentes (zonas erógenas) pueden ser de lo más variadas y estas pulsiones parciales pueden actuar solas o reuniéndose con otras pulsiones.

Cabe mencionar que a las pulsiones se las puede analizar desde el punto de vista dinámico (cualitativo) o económico (cuantitativo). Si mencionamos la carga que posee la pulsión sexual nos estamos refiriendo a la *libido*:

[...] el hecho de la existencia de necesidades sexuales en el hombre y en el animal es expresado en la biología mediante el supuesto de una *pulsión sexual*. En este caso se procede por analogía con la pulsión de nutrición: el hambre. El lenguaje popular carece de una designación equivalente a la palabra *hambre*; la ciencia usa para ello *libido*” (Freud, 1916, pág. 123)

Es decir, Freud propone a la libido como la fuerza o energía que impulsa a la pulsión sexual:

La libido al ser la energía psíquica de las pulsiones sexuales permite dar cuenta de las manifestaciones sexuales en la vida del sujeto; y es a partir del estudio de la sexualidad infantil que Freud argumenta la función sexual de la libido, dejando de lado la concepción de la sexualidad netamente genital ligada a la reproducción, o el apareamiento de la sexualidad en la pubertad. Por el contrario, sus conclusiones se inclinan hacia una satisfacción del deseo que va más allá de la necesidad de alimentarse. Es decir, una vez satisfecho el hambre si el niño sigue succionando, lo hace por puro placer, que es la manifestación autoerótica de la pulsión.

Gracias al estudio de la sexualidad infantil Freud amplía el campo de la pulsión sexual, extendiéndolo a diferentes estadios: oral, anal, latencia y fálica, aclarando que cualquier parte del cuerpo es posible de erogenizar, es por eso que la libido no es estática, se encuentra en constante movimiento recorriendo el cuerpo somático. El punto de giro del desarrollo de las pulsiones “está constituido por la subordinación de todas las tendencias sexuales parciales al primado de los órganos genitales, o sea, por la sumisión de la sexualidad a la función de la procreación” (Chemama, 2004, pág. 402).

Desde el punto de vista dinámico, Lapanche (1970) menciona que la concepción biologizante de la pulsión sexual alude al modelo de instinto, y lo compara como se mencionó anteriormente con el hambre, es decir responde a una necesidad endógena.

La dinámica de las pulsiones sexuales (en plural ya que son varias) nos lleva por un recorrido donde la primera parada son las pulsiones de autoconservación, gracias a estas se le permite al sujeto el hallazgo del objeto. Continúan el viaje por estas pulsiones yoicas, las mismas que contienen un componente libidinal que se exterioriza y se encuentra constantemente buscando la satisfacción, no se puede retornar a este objeto primario como por ejemplo, el pecho de la madre, sino que deben ser desexualizados para cargar la libido en otros objetos.

Para finalizar, en lo que respecta a las pulsiones sexuales, es necesario reconocer que surgen desde la infancia y perduran para toda la vida, el ser humano es testigo de la

existencia de éstas gracias a las exteriorizaciones, como por ejemplo, los *diques psíquicos*¹ que dan cuenta que hubo sexualidad infantil que fue, en parte, sublimada. Es tan importante en el psicoanálisis hablar de pulsión sexual porque Freud da cuenta de que las representaciones reprimidas son reprimidas porque tienen un componente sexual, de lo contrario no lo serían.

1.1.2 Pulsión de Autoconservación

El concepto de las pulsiones de autoconservación dentro de la obra fue modificándose. En un inicio es conocida como esa fuerza que empuja al ser humano a mantenerse con vida, impulsa a buscar vías de supervivencia, de defensa, de alimento, entre otras; lo que llevará a Freud más tarde a denominarla como *las pulsiones del yo*. Según Laplanche (1973), apunta a dos aspectos: en primer lugar que estas pulsiones derivadas del yo son dirigidas a objetos exteriores; y en segundo lugar toman como objeto al yo. Es decir, cuando son dirigidos a objetos exteriores es lo que anteriormente denominamos *hallazgo del objeto*, para el hambre la comida, para la sed el líquido, para el frío el abrigo, etc., y en el segundo caso es la fuerza que intenta mantener el yo con vida como por ejemplo frente a situaciones límites.

Las pulsiones de autoconservación o del yo, permiten reconocer que comienza como una pulsión de supervivencia, por ejemplo, la necesidad de alimentarse inicia como una necesidad: el bebé llora porque tiene hambre. En *Introducción al narcisismo* (1914) Freud reconoce que las pulsiones yoicas o de autoconsecución pueden impregnarse con sexualidad es decir el sujeto no va a comer solamente porque tiene hambre sino por el placer que esta acción le provoca. Esta idea le va a hacer cuestionar esta primera dualidad y anticipar la segunda y definitiva dualidad: pulsión de vida pulsión de muerte o Eros y Tánatos.

Con relación al párrafo anterior, es necesario retener esta idea, ya que si la oralidad se sexualiza, es decir si la libido no es trasladada hacia otros objetos, surgen ahí los

¹Los diques psíquicos en la teoría freudiana son: el asco, la vergüenza, la conciencia moral, etc y en la edad adulta estos dan cuenta de que hubo sexualidad infantil.

trastornos alimentarios anorexia, bulimia, atracones, etc., que tendrían en su origen la idea de comer o no comer, para satisfacerse, si es la comida lo que se pone en juego.

1.1.3 Pulsiones de Autoconservación vs Pulsiones Sexuales

La oralidad es un ejemplo claro de cómo la sexualidad interfiere a las pulsiones de autoconservación, además, el ejemplo de las neurosis nos permite ver cómo actúa esta dualidad, porque en la raíz de estas afecciones existe un conflicto entre los reclamos de la sexualidad y los del yo:

“[...] las concepciones del vínculo entre yo y la sexualidad coexisten con igual título uno junto a la otra. Para una, el individuo es lo principal; esta aprecia a la sexualidad como una de sus funciones y a la satisfacción sexual como una de sus necesidades [...]” (Freud, 1916, pág. 120).

Además del conflicto, la dualidad yo/pulsión se verifica en el concepto de *apuntalamiento*, que es el término para designar la relación primitiva entre las pulsiones sexuales y las pulsiones de autoconservación: “[...] las pulsiones sexuales, que sólo secundariamente se vuelven independientes, se apoyan sobre las funciones vitales que les proporcionan una fuente orgánica, una dirección y un objeto [...]” (Sauval, 2010).

Retomando el tema del conflicto, una vez que las pulsiones sexuales se han independizado de las de autoconservación, surge el conflicto psíquico entre la sexualidad y el yo como instancia represora, cuando las representaciones sexuales son incompatibles con las del yo e incluso le generan displacer. El énfasis está puesto, como se mencionó anteriormente, en lo siguiente: si una representación se reprime es porque 1. Tiene un contenido sexual, 2. Este contenido es intolerable para el yo. Según Freud aquí se encuentra la raíz de las futuras afecciones psíquicas porque esta representación con contenido sexual reprimida por el yo va a retornar en forma de síntoma. Si regresa al cuerpo podríamos hablar de una conversión *histérica*, si se dirige al pensamiento en una afección *obsesiva* y si se dirige a un objeto exterior en un miedo *fóbico*.

1.1.4 La Pulsión Oral

“En la oralidad, es posible distinguir dos tiempos: el de la succión del pecho, y luego el que se caracteriza por el chupeteo muy diferente de la succión” (Laplanche, 1973, pág. 28)

Laplanche (1973) destaca cuatro movimientos frente a la alimentación con relación a la dinámica de las pulsiones: 1. Se produce una *tensión* dentro del organismo que subjetivamente se percibe como hambre (necesidad biológica esencial) posteriormente, 2. se reconoce que la fuente de esta necesidad biológica está en el aparato digestivo, es así que, 3. existe un objeto específico para satisfacer esta necesidad (pecho materno), el cual mediante la succión se alcanzará, 4. el fin que es la satisfacción.

Se puede decir que la succión, permite dar cuenta de tres caracteres de la sexualidad infantil. La sexualidad “[...] se desarrolla apuntalándose en algunas de las funciones corporales de mayor importancia vital, no conoce ningún objeto sexual, es autoerótica y su fin está determinado por la actividad de la zona erógena” (Laplanche, 1973, pág. 26). Estos tres caracteres: *apuntalamiento*, *autoerotismo* y *zona erógena* dan cuenta de toda la sexualidad humana ya que comienzan con la infancia pero perduran por el resto de la vida. De modo que, el primer apuntalamiento hacia el objeto es un apoyo en la madre, por otro lado, “pulsión no sexual se apuntala sobre una función no sexual, vital [...] sobre una función corporal esencial para la vida” (Laplanche, 1973, pág. 27). Es decir la función vital esencial para la vida se impregna de sexualidad.

El apuntalamiento o apoyo da cuenta del origen de la pulsión sexual buscadora de placer; es decir, si se considera a la función corporal como un instinto se puede decir que de éste surge la sexualidad infantil, ya que el hambre que busca el alimento, y que corresponde a la función de alimentación o de nutrirse, hace que el bebé en primera instancia quiera saciar la necesidad de alimentarse como necesidad de supervivencia. Es por eso que el apuntalamiento de la pulsión distingue dos tiempos: en primer lugar la succión y un segundo tiempo el chupeteo que es la manifestación de la pulsión oral desligada de la nutrición, en otras palabras, la satisfacción nutricia da inicio al proceso sexual, surge en paralelo a la alimentación, y provoca una nueva excitación de los labios y la lengua por el pezón y el fluir de la leche. Lo que nos lleva a darnos cuenta que el objeto

viene dado por la función; para comprender de mejor forma Laplanche, 1973 permite ver el objeto, fuente y fin en una proposición: “eso entra por la boca. <Eso> es el objeto y <entra> es el fin y, ya se trate de un fin sexual o de un fin alimentario, el proceso consiste, en ambos casos, en un <entrar>;<por la boca>” (Laplanche, 1973, pág. 29) y gracias a esto se ve la duplicidad que cumple la boca que es a su vez órgano sexual y órgano de función alimentaria.

Para finalizar, en lo que respecta al apuntalamiento citamos:

En qué ocasión halla por primera vez el niño este placer, hacia el cual, una vez hallado, tiende siempre de nuevo. [...] Diremos que los labios del niño se han conducido como una zona erógena. En un principio, la satisfacción de la zona erógena aparece estrechamente asociada con la del hambre. La actividad sexual se apuntala primeramente en una función presta al servicio de la conservación de la vida y de la que solo se independiza más tarde (Laplanche, 1973, pág. 29).

El chupeteo apuntalado en la función de autoconservación e independizado del mismo da cuenta de una satisfacción sexual, es decir, el fin adquiere autonomía respecto de la alimentación y da paso a la autoerotización como fin pulsional.

Freud insiste en esta idea “aparece ya en el lactante y puede conservarse hasta la madurez o persistir toda la vida” (Freud, 1916, pág. 163), se trata de una actividad sexual que no está orientada hacia otra persona sino que después de que se produjo el *divorcio* como lo llama Freud entre la pulsión de autoconservación y la pulsión sexual, el niño encuentra el placer sexual en su propio cuerpo y, la repetición de esa satisfacción la va extendiendo. Freud menciona “[...] tal vez el objeto parcial se pierde en el precioso momento en que empieza a perfilarse el objeto total, la madre como persona” (Laplanche, 1973, pág. 31) lo que le lleva a plantearse una nueva fórmula para comprender el autoerotismo: “el objeto a reencontrar no es el objeto perdido sino su sustituto por desplazamiento; el objeto perdido es el objeto que se busca en la sexualidad es un objeto desplazado con relación a ese primer objeto” (Laplanche, 1973, pág. 32). Y más tarde, esta búsqueda del objeto perdido hará que de adultos la búsqueda de placer oral pueda desembocar entre otras manifestaciones, en trastornos alimentarios.

Para finalizar, “la meta sexual de la pulsión infantil consisten en producir la satisfacción mediante la estimulación apropiada de la zona erógena que, de un modo u

otro, se ha escogido” (Freud, 1916, pág. 167), y se convierte en *zona somática privilegiada*.

1.2 Etapas en el Desarrollo Psicosexual

La opinión popular acerca de una pasividad o la inexistencia de la sexualidad infantil llevó a Freud a oponerse a esta creencia y asegurar enfáticamente la “[...] existencia de una pulsión sexual en la infancia que posee el carácter de una ley” (Freud, 1916, pág. 157). De tal forma, estudió los fenómenos tanto corporales como anímicos que se manifiestan en los niños.

El desarrollo psicosexual abre un nuevo campo tomando de base la teoría de Freud para plantear nuevas hipótesis, confirmar datos, analizar el comportamiento infantil entre otros. Este vasto campo de estudio, abarcó desde el deseo infantil hasta las perversiones en el sujeto; sin embargo nos acogeremos a esa vida sexual infantil ligada a la búsqueda de placer, de acuerdo a las distintas zonas erógenas, que dan cuenta del desarrollo psicosexual. Es importante subrayar que se trata, precisamente, de evolución *psicosexual* y no sexual, porque las experiencias sexuales infantiles tienen inscripción psíquica, no son solo manifestaciones corporales.

Esta idea freudiana, que surge de la clínica, fue ampliamente constatada y le hace escribir a Freud que: “Los neuróticos han conservado el estado infantil de su sexualidad o han sido remitidos a él. De modo que su interés se dirige a la vida sexual del niño; estudiaremos el juego de influencias en virtud del cual el proceso de desarrollo de la sexualidad infantil desemboca en la perversión, en la neurosis o en la vida sexual normal” (Freud, 1916, pág. 156).

La primera es la *FASE ORAL*, como se mencionó, comienza siendo una actividad destinada a la supervivencia. El chupeteo es una forma de manifestación autoerótica de la sexualidad infantil.

La segunda es la *FASE SÁDICO- ANAL*, apuntalada también en una función vital y el valor erógeno a esta zona del cuerpo. La pulsión de apoderamiento actúa en esta fase porque el niño es capaz de controlar el funcionamiento endógeno de la musculatura de su cuerpo que le permite ceder o no a los requerimientos de los adultos. En la edad adulta hay

muchas muestras de una fijación respecto de esta zona erógena, por ejemplo el desorden o el excesivo orden, así como también los comunes problemas intestinales pueden dar cuenta de la dinámica de la fase anal en la niñez.

Pasamos a una tercera fase llamada *FÁLICA*, muy importante al igual que las dos primeras; la masturbación es la manifestación más evidente. Coincide con el proceso edípico y hasta que no se formen los famosos *diques anímicos* como son el asco, la vergüenza, la conciencia moral, etc., los niños actuarían como *perversos polimorfos*, de acuerdo a la expresión freudiana, es decir las diferentes pulsiones parciales actúan de manera independiente según las zonas erógenas que satisface.

Durante el período de *LATENCIA*, no existe una zona erógena predominante, por lo que se le considera una época de tranquilidad respecto a la evolución de la sexualidad, esto no quiere decir que la sexualidad sea tan pasiva que no se presenten mociones pulsionales, sin embargo los intereses y preocupaciones están orientados a otros aspectos como, por ejemplo, la escolarización, aprendizaje o relaciones sociales. Las posibles exteriorizaciones sexuales se evidencian mediante el juego al momento de escoger compañeros o rivales.

Algunos autores opinan que en esta edad cuando se determina, de forma casi definitiva la orientación sexual de un individuo y, en algunos casos de forma en que esta se manifestará a través de determinado tipo de prácticas. En este caso niños y niñas empiezan a tener conciencia de su masculinidad y feminidad (Freud, 2013, pág. 1)

Para finalizar, la última fase propuesta es la *GENITAL*, esta inicia con la pubertad y continúa por el resto de la vida; las exteriorizaciones sexuales van hacia la elección de la pareja de acuerdo a las identificaciones parentales y a la superación de las fases mencionadas.

1.2.1 Etapa Oral en el Desarrollo Psicosexual

La primera organización sexual pregenital es la oral o, si se prefiere, canibállica. La actividad sexual no se ha separado todavía de la nutrición, ni se ha diferenciado opuestos dentro de ella. El objeto de una actividad es también el de la otra; la meta sexual consiste en la *incorporación* del objeto, el paradigma de lo que más tarde, en calidad de *identificación*, desempeñará un papel psíquico tan importante. (Freud, 1916, pág. 180)

Esta cita nos pone en la pista que la oralidad está ligada a la incorporación, es decir introyectamos al objeto o algún rasgo de objeto y a su vez esta idea nos indica que en el proceso inconsciente de la identificación opera el mismo fenómeno. Algo del objeto se incorpora al yo. Freud menciona lo canibático porque en *Totem y Tabú (1914)* hace referencia a que: cuando el grupo primitivo participaba de la comida totémica mataba al animal totémico y lo comía con el fin de identificarse con algunos rasgos del mismo: fuerza, astucia, etc.

No cabe duda que la compulsión alimentaria es una actividad ligada a la zona erógena oral (boca), es imprescindible abordar la primera fase propuesta por Freud acerca de la dinámica de la oralidad en el niño, ya explicada, donde se analizaba la pulsión sexual.

Empero, nos vemos obligados a continuar con *Tres ensayos de teoría sexual*, donde se puede evidenciar el análisis de la sexualidad desde la infancia.

Haciendo un breve resumen de lo abordado con relación a la oralidad; se consideró al chupeteo como un modo de sexualidad, el mismo que abrió una gama de conocimientos y nuevas vías para la explicación de la sexualidad infantil, de tal forma que se mencionó tres características que surgen con relación a este: el apuntalamiento, el autoerotismo y por último la actividad de la zona erógena.

La sexualidad se apoya en un objeto, en este caso el seno materno, para cumplir la función de autoconservación. Al sentir placer se genera el autoerotismo como una forma de retornar a ese placer que sintió cuando la tensión fue saciada con la leche, al haber una ausencia del objeto la actividad sexual ya no está orientada hacia otro, la pulsión sexual impulsa al propio cuerpo, la succión del dedo, o cualquier lugar del cuerpo. En otras palabras, el niño puede extraer el plus de placer de cualquier función y de cualquier zona erógena.

Para Freud las zonas erógenas no aluden únicamente a las que surgen de acuerdo a las fases por su *revestimiento cutáneo-mucoso*, puede ser cualquier órgano incluso los internos.

La oralidad, muchas veces, obliga a revivir el pasado y a sembrar nuevas búsquedas para el futuro. Para finalizar, la oralidad permite dar cuenta de la patología futura, si la

añoranza del objeto perdido es tan grande el sujeto buscará incluso en la vida adulta saciar por la boca siendo fumadores, bebedores y como se evidencia en la propuesta de la presente disertación se generarán trastornos alimentarios.

1.3 Fijación y Regresión

La economía libidinal contempla dos conceptos: la fijación y la regresión, que están íntimamente relacionadas.

El diccionario de Chemama (2004) dice respecto a la fijación ligada a la regresión “Es una concepción genética y dinámica de la evolución de la libido, permite reconocer las condiciones en que un adulto puede persistir en la búsqueda de satisfacciones ligadas a un objeto desaparecido” (Chemama, 2004, pág. 259); Freud (1916-1917) por fijación define que: “[...] una demora así de una aspiración parcial en una etapa anterior debe llamarse *fijación* a saber, de la pulsión” (Freud, 1917, pág. 310) y por regresión nos limitaremos al concepto propuesto por Freud (1916-1917) “peligro de un desarrollo que procede por etapas, reside en que fácilmente las partes que ya han avanzado pueden revertir, en un movimiento de retroceso, hasta una de esas etapas anteriores; a esto llamaremos *regresión*” (Freud 1917, pág. 310).

Freud por medio de analogías intenta explicar la dinámica de la fijación y la regresión. En un inicio su aporte va orientado a la diferencia entre represión y regresión, necesarias para evitar futuras confusiones; por un lado, “la represión [...] designa un proceso puramente psicológico [...] regresión, retroceso de un acto psíquico a un estadio más profundo y anterior del desarrollo” (Freud, 1917, pág. 312). Es decir se regresa a etapas de desarrollo ya superadas mientras que la represión es un mecanismo que hace que ciertas representaciones sean sofocadas de la conciencia (siempre que tengan un contenido sexual).

Para comprender de mejor manera el dinamismo de la regresión y la fijación es fundamental un breve recorrido por los fenómenos psíquicos que se producen por las variaciones cuantitativas de la libido cuando se transpone en libido de objeto, es decir, cuando se da un empleo psíquico a la investidura de los objetos sexuales. El *quantum de libido* se orienta hacia dos caminos: por un lado inicia con la *libido yoica o narcisista* y por

el otro la *libido de objeto*. La libido yoica o narcisista puede ser fuente de estudio cuando se convierte en libido de objetos; “[...] se concentra en objetos, se fija a ellos y no los abandona. Pasa de uno a otros y guía el quehacer sexual del individuo, el cual lleva a la satisfacción, o sea, a la extinción parcial y temporaria de la libido” (Falk, 2009, pág. 4).

El desarrollo libidinal permite situar una doble vertiente en el camino de la formación del yo que, si bien permanecen íntimamente juntas, pueden separarse teóricamente. Una de ellas es el desarrollo de las fases libidinales y otra es el camino de la libido en búsqueda de la elección de un objeto total.

Con este antecedente se puede explicar la regresión, donde Freud hace hincapié en la íntima relación que implican estos dos conceptos (regresión y fijación) para comprender la etiología de la neurosis. Para comenzar determina dos tipos de regresiones de acuerdo al desarrollo libidinal “retroceso a los primeros objetos investidos por la libido, que como sabemos son de naturaleza incestuosa, y retroceso de toda la organización sexual a estadios anteriores” (Freud, 1917, pág. 311) es decir, desde el punto de vista de las neurosis, en la histeria se evidencia la regresión de la libido a objetos sexuales primarios, incestuosos y en la neurosis obsesiva la regresión es a la organización sádico-anal.

Mientras más fuertes sean las fijaciones en el camino evolutivo, más predisposición encontraremos para esquivar las dificultades externas por medio de una regresión, siendo la fijación el factor interno que predispone y la frustración o una realidad hostil el factor externo, accidental (Falk, 2009).

Cuando Freud alude al *conflicto psíquico* entre las fuerzas pulsionales y las pulsiones yoicas o de autoconservación, se refiere a una situación que predispone la regresión a puntos de fijación de la evolución libidinal. Además, la *inclinación del conflicto* refiere al yo cuando rechaza las mociones pulsionales debido a la moralidad, el desarrollo intelectual y otros factores que hacen entrar en conflicto al campo sexual, por lo que deja de lado a esta, ya que no es conciliable para el yo (Falk, 2009).

En comparación con la obra de Freud, Otto Fenichel (2008), propone cinco factores para la naturaleza de las fijaciones que son los siguientes:

1. Una excesiva satisfacción que se rehúsa a ser abandonada, entonces, el sujeto queda fijado en las etapas que pueden ser de carácter oral, anal, y uretral y la consiguiente regresión por la añoranza de ese estado anterior.
2. La segunda es análoga a la anterior, sin embargo aquí no se han evidenciado satisfacciones sino que por el exceso de preocupaciones el sujeto no continúa a la siguiente etapa.
3. Cuando el agente frustador (padre), fundamental en las identificaciones del niño, es portador de grandes frustraciones genera una reacción donde el niño o bien se hace igual al frustrador o queda fijado en una etapa.
4. Cambios repentinos pueden generar una fijación, por ejemplo, en una época de excesivas satisfacciones y que de forma repentina se produce una fuerte frustración, desencadena una fijación.
5. La mayor cantidad de fijaciones son una forma defensiva, para bajar niveles de ansiedad.

Para concluir, se puede decir que tanto la fijación como la regresión son conceptos que no pueden estar aislados el uno del otro; son necesarios y contingentes ya que así como desembocan en una patología también permiten al sujeto edificar una estructura que le brinda seguridad en el retorno a un estado de mayor satisfacción, por ejemplo cualquier trastorno alimentario.

1.4 Trastorno de la conducta alimentaria

La clínica de los trastornos alimentarios implica al menos dos campos: el primero es el médico y el segundo el psicológico. Varias pueden ser las causas por las que se desencadena un trastorno alimentario: la dinámica familiar, los cánones de belleza, la moda, etc. Dentro de la dinámica familiar, la madre, como primera dadora de alimentos constituye un eje fundamental y en la relación con ella es donde se va a centralizar el presente trabajo.

La medicina² enfatiza dos trastornos estudiados a profundidad. En lo que respecta a *Trastornos de la Alimentación* (Universidad Complutense de Madrid, 2012, pág. 1):

1. Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa (307.1)
2. Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa (307.51)

Tanto psicólogos, psiquiatras y personas que trabajan en el campo de la salud mental se han planteado muchas preguntas respecto a estas dos patologías; incluso, han sido sujetas a más estudios como por ejemplo, por parte de ACAB en Barcelona-España (Asociación contra la anorexia y la bulimia) que “[...] contribuyen a generar conocimiento científico para comprender los trastornos de anorexia y bulimia” (ACAB, 2007, pág. 1), otra de las grandes instituciones que se ocupó del tema es la Cruz Roja con un estudio en el 2009 sobre la anorexia y bulimia centrándose en los factores de riesgo, causas e incidencia de estas patologías de la alimentación.

Dentro del campo de la salud alimentaria, es por estos y otros estudios, así como también por la alta incidencia de casos en los últimos años que tanto la anorexia como la bulimia son patologías que se le atribuyen a la mujer y su búsqueda de una imagen corporal perfecta lo que da cuenta de que la mujer se impulsa hacia “[...] apelar al recurso del perfeccionismo corporal a través de la búsqueda y mantenimiento de la delgadez como defensa narcisista universal de compensación ofrecida por los valores de la cultura actual” (Bleichmar, 2010, pág 6).

El interés del trabajo se enfoca en los trastornos no especificados (atracones), no existe un criterio diagnóstico y se lo reconoce como F50.9, tiene el código 307.50, la información expuesta en el DSM-IV-TR no halla criterios ni aproximaciones teóricas para explicarlo. Otros estudios confirman que el DSM-IV-TR lo pone dentro de una categoría que requiere un estudio a profundidad por dos razones basadas en estudios realizados a gente obesa: “[...] la primera, porque se sabe poco de la conducta de los atracones y otras formas de sobreingesta recurrente para justificar su inclusión y, una segunda, porque la

² En este punto de la disertación, se considerará al campo médico ya que es en este donde los trastornos alimentarios entran dentro de una clasificación patológica basada por códigos (DSM-IV-TR y CIE-10) lo que permitirá al lector ubicarse tanto en el campo médico como en el campo psicológico.

introducción podría originar una confusión diagnóstica con la bulimia nerviosa” (Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000, pág 10).

1.4.1 Compulsión alimentaria

La *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (2000), por medio de sus estudios, ha demostrado el porcentaje de personas que padecen de Trastorno por Atracón:

El trastorno por atracón o *binge eating disorder (BED)* aparece en un 30% de los pacientes que están en programas para perder peso y en un 2-5% en la población general. Es más común en mujeres con sobrepeso que son más jóvenes que las obesas sin BED y mayores que las pacientes con bulimia nerviosa. Presentan una obesidad importante, fluctuaciones en el peso, grandes dificultades para perder peso y mantener el peso perdido. La ingesta de comida es mayor en la alimentación diaria y en los atracones, fundamentalmente de grasa, dulces y comida rápida (Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000, pág 6).

El DSM IV ha catalogado a la ingesta compulsiva de alimentos, como trastorno por atracón; se incluye dentro de los *Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCAN)*, como se mencionó anteriormente, con el código 307.50 y se define como: “Episodios recurrentes de atracón en ausencia de uso regular de las conductas compensatorias inadecuadas características de la Bulimia Nerviosa” (Universidad Complutense de Madrid, 2012, pág 1).

Dentro del mismo se describe una conducta alimentaria fuera de lo normal, se caracteriza por: 1. ingesta de comida en corto espacio de tiempo superior a la que la mayoría de personas ingerirían en el mismo período, por lo mismo 2. existe una pérdida del control sobre lo que se consume a pesar de no tener hambre, generando así 3. sentimientos de culpa, angustia, enojo por estar lleno desmesuradamente, entre otros sentimientos. El DSM IV no especifica las posibles causas, únicamente las consecuencias de esta conducta alimentaria.

La compulsión alimentaria desde el psicoanálisis, se la podría entender desde el deseo, “[...] comer también se presenta como una forma de sostenerse como deseante” (Cancio, 2009, pág 13). No sólo los imaginarios sociales e individuales son factores que desembocan en estas posibles patologías, también se tiene en cuenta la realidad subjetiva y

en ella, la madre juega un papel fundamental. Muchas son las mujeres que padecen este trastorno y evidencian un vínculo enfermizo con sus madres a tal punto de perder el control sobre su cuerpo; “[...] y en aquel momento ésa era mi manera de elegir, porque nunca había podido elegir: tenía que comer, tenía que estudiar, tenía que tener amigas y tenía que pintarme y ser bonita. Perfecto, pero ahora además decidía ingerir la porquería” (Latini, 2006, pág. 117) (Cancio, 2009, p. 14).

En la dinámica interviene la madre, además están implicados las pulsiones, el deseo, las fijaciones y las regresiones. Todo esto teniendo en cuenta los síntomas que se manifestarán de manera específica en cada sujeto. En la intersubjetividad, en este caso madre-hija, se pone en evidencia la palabra que desemboca en los síntomas de la paciente. La madre no es solamente dadora de alimentos, es además quien regula los mismos: cuánto hay que comer, cuándo hay que comer, qué hay que comer y en ocasiones utilizando a la comida como castigo o como premio por ejemplo: “si obedeces comes el doble, si no obedeces te quedas sin comer.”

Si especificamos a la compulsión alimentaria como un síntoma, vale señalar que “El síntoma vendría a ser la formación de compromiso que permite la expresión tanto del deseo inconsciente como de la represión” (Chemama, 2004, pág. 413). Por lo tanto, la compulsión alimentaria como síntoma gira alrededor de la ingesta descontrolada de comida y da cuenta de la oralidad como un eje fundamental para comprender a la BED (oralidad explicada en los primeros puntos del presente capítulo).

“[...] la oralidad es el modelo sencillo de lo que podría ser un goce sexual perfectamente satisfecho” (Melman, 2005, pág. 16). Considerando a la boca como el orificio más dotado del cuerpo, se reconoce por lo tanto que en relación a la boca el placer es necesario para comer y que el deseo de comer es diferente del hambre. Se entiende a la oralidad como la erotización de la cavidad bucal; el comer es el deleite más conocido que se obtiene por la boca; el exceso es conocido como gula, de acuerdo a la visión escolástica, “la gula en este horizonte de pecado [...] está unida al deseo de saber” (Lacote, 1995, pág. 32). Entendemos a la gula como el comer por el gusto de comer y no por la necesidad de comer.

Lacan en el Seminario de 1979, relaciona la anorexia y el deseo de saber que se le atribuye al Otro, que consiste en todo aquello que el sujeto piensa que el Otro quisiera que él le demande, en otras palabras la pregunta: ¿qué quieres de mí?

La anoréxica, con su *comer nada* trata de desanimar este deseo de saber que le supone al Otro, ya que para ella, en la experiencia vivida con el Otro primordial que es la madre, este deseo tiene más bien la característica de voluntad implacable de saber; por esto, la anoréxica *come nada* para *saber nada* y desanimar el deseo de saber del Otro (Goian, 2012, pár. 4).

En comparación con la compulsión alimentaria podemos añadir la necesidad o deseo de saber o ser una con la madre, ya que no se separó el sujeto del pecho materno y la parte oral se sexualizó lo que le lleva a retornar al estado primitivo comiendo de forma devoradora.

CAPÍTULO II: VÍNCULO MADRE E HIJA

2.1 Función Materna

A breves rasgos, para iniciar un estudio de la función materna, cabe la aclaración de Jerusalinsky (2011), quien enfatiza en el significante *agente materno* como mediador o intermediario entre el infante y su entrada al registro simbólico. Lo simbólico, en este caso, se refiere a una instancia que el agente materno reconoce, se trata, según Lacan, del *Nombre del Padre*. Entonces, no habría agente materno sin la función del padre; si este reconocimiento es efectivo también lo será la inclusión del infante en el registro simbólico. En otras palabras, es reconocer que existe un tercero más allá de la relación con su hijo. Esta es una condición necesaria de la función materna.

De tal forma, es necesario que el agente (madre) “este capturado por la castración simbólica, inscripto metafóricamente en el Nombre-del-Padre [...] Solo así el hijo es objeto de deseo; y sólo así, entonces, la madre inscribe en su cuerpo las marcas de lo simbólico” (Jerusalinsky, 2011, pág. 55).

Los tres aspectos que el autor considera forman parte del agente materno son:

1. cuidados maternos primarios (nivel de lo real)
2. la doble traducción: lenguaje por acción y acción por lenguaje (circulación imaginario/simbólica)
3. sustentación primaria de la Función Paterna o triangulación edípica (nivel de lo simbólico) (Jerusalinsky, 2011, pág 64)

Es decir, si la madre está posicionada en la función: se ocupará de los cuidados de su hijo, le hablará a su hijo con palabras sólo creadas para él (imaginario) pero usando el lenguaje (simbólico), sabrá descifrar las necesidades del hijo y al descifrarlo lo significa, reconocerá y permitirá la acción de un agente tercero que facilite la triangulación para que esta relación, en apariencia dual, fomente el complejo de Edipo.

La mujer al otorgarle un lugar a su hijo, cumple la función materna, y lo posiciona en el lugar de una falta, convirtiéndolo en objeto fálico. Así se concretiza la ecuación intrapsíquica instaurada en el Edipo de la niña “(pene=hijo)→falo, que caracteriza a la

maternidad, en la medida en que, en la mujer, la falta se especifica en el deseo del hijo” (Jerusalinsky, 2011, pág.56). El lugar vacío es simbólicamente llenado por el niño, con el cual la madre imagina una completud; de tal forma que el niño también se ve afectado por la falta, por lo tanto “el niño desea el deseo de la madre”, es por eso que se habla de la dimensión de *poder* que tiene el Otro frente al hijo. Pero, no es suficiente que la madre llene una falta con el hijo, es necesario que signifique a este hijo, que lo proyecte como un futuro sujeto de palabra y de deseo, y es por eso que, la madre reconoce a un tercero cuya función será castrar (limitar) simbólicamente esta relación simbiótica.

Para comprender de mejor forma, el niño se encuentra enmarcado dentro del discurso materno. Esto da cuenta del Otro de la primera dependencia o del Otro primordial que es la manera con que Lacan nombra el lugar de la madre respecto a su hijo en los primeros años de vida, entonces “El Otro primordial como un amo absoluto, lugar del tesoro de los significantes, ha de ir produciendo sus marcas en el sujeto, precisamente a partir de cómo signifique los llamados que el sujeto emita” (Calcagnini, 2013, pág. 10), esta es la dimensión de poder que antes se mencionaba, poder que debe introducir los significantes que dan cuenta del Nombre del padre.

Otra propuesta teórica muy interesante es la de Françoise Dolto, ella elabora varios conceptos que construyen la particularidad de su teoría. Dolto (1986) parte de la concepción del sujeto futuro como constituyéndose en devenir, pero presente desde el inicio de la vida, desde la gestación, con su deseo de nacer y de vivir. La autora no se limita únicamente a la biología sino que evidencia el efecto lenguaje, que es donde se inscribe el deseo; es así que el sujeto está articulado a la palabra y al deseo “de los que lo han concebido” (DeSauverzac, 1998, pág. 186). El sujeto, en principio, debe estar alienado al otro, ya que es la relación con otro la que da “significación a las experiencias del niño al reconocerlas por medio de la palabra, el estímulo y la interdicción” (DeSauverzac, 1998, pág. 185). Es el *otro* quien lo acoge en su deseo y en su goce, este *otro* que es tanto la madre como el padre. Sin embargo, es la operación simbólica de la castración la que posibilita la separación “del goce en el que está alienado” (De Sauverzac, 1998, pág. 184), lo que da lugar a devenir sujeto, ser humanizado y no ser más objeto del *otro*.

Dolto reconoce que existe una dimensión del deseo que es: el deseo de ser deseado. Concuere con la hipótesis lacaniana que entiende al deseo como el deseo del Otro. Sin embargo, para Dolto, no hay una completa alienación al deseo del Otro, ya que no es éste el que condiciona el deseo del sujeto. Para Dolto el deseo no es la identificación o alienación al deseo del Otro, sino que es el requerimiento de intercambios afectivos y significativos con el Otro, lo afirma Ledoux (1992) analista y seguidor de la obra de Dolto. El Otro “[...] ocupa una posición de fuerza en la constitución del sujeto” (Ledoux, 1992, pág. 103) ya que son las demandas dirigidas al Otro las que mediatizan el deseo al capturarlos en los significantes que provienen de él.

Se puede reconocer la importancia que Dolto otorga a la relación del niño con la madre y a la palabra de la madre puesto que “es ella quien lleva [...] el devenir del potencial de su bebé” (Guillerault, 2009, pág. 40), y se relaciona con su hijo para mediatizar, tanto la satisfacción por medio de la presencia del objeto, como la frustración por la ausencia del mismo. Es decir que la función de la madre es, desde el inicio, la de introducir al niño en el orden simbólico. La madre es quien reconoce el deseo del niño al validarlo y legitimarlo.

Dolto (1986) afirma que la palabra de la madre tiene un lugar potencial en la constitución psíquica del niño porque le permite al infante reconocer su lugar particular como sujeto dentro de la organización de los humanos y, posteriormente, diferenciarse en relación a la madre, a su deseo y a su decir, para después diferenciarse del padre y allegados, lo que conduce al desarrollo de su individuación. La función simbólica tiene lugar a partir del juego de presencia – ausencia mediada por la serenidad del decir de la madre, quien puede irse con confianza, dando a su hijo la seguridad de su regreso y cuya presencia no es asfixiante.

Desde otra perspectiva, Winnicott (1995) menciona a una *madre suficientemente buena* y a una madre que no es suficientemente buena; de los dos casos resultan: un *self verdadero* o un *self falso*. Enfocándonos en el segundo, que será nuestra fuente de estudio, el autor alude a una madre que seduce a su hijo para que sea sumiso, para que esté a su disposición “A través de un *self falso* el infante construye un conjunto falso de relaciones, y por medio de introyecciones llega incluso a alcanzar un aspecto de realidad, de modo que el niño crece para ser exactamente como la madre” (Winnicott, 1956, pág.191), y es aquí

cuando se detectan las fallas de la madre, estas fallas que hacen que la niña sea el rostro de la madre mirándose en un espejo como menciona Winnicott en *Realidad y Juego*. La madre por su parte deberá devolver a su hija su identidad a pesar de que a medida que pasa el tiempo y las identificaciones se multipliquen “aquel depende cada vez menos de la devolución de la persona por el rostro de la madre” (Winnicott, 1991, pág.155). Se evidencia la patología que puede existir en el vínculo madre e hija cuando estas son una y no hay una separación de cada una de ellas.

Winnicott en 1972 define a los cuidados maternos de acuerdo a tres funciones: sostenimiento, manipulación y presentación objetal.

2.1.1 Sostenimiento (holding)

En un inicio Winnicott hace referencia al sostén físico “Un sostén y un manejo adecuado facilitan los procesos madurativos, y un sostén inadecuado significa la repetida interrupción de estos procesos debido a la reacción del bebé ante los fracasos de adaptación” (Winnicott, 1998, pág. 87). De este sostén dependerá la futura adaptación del niño al mundo circundante ya que el niño logrará un crecimiento emocional adecuado por un lado, y confianza y seguridad por el otro.

El sostenimiento es “la asignación del lugar, el mantenimiento de la mirada, la protección general contra los sentimientos de desamparo que inicialmente se apodera de los bebés” (Jerusalinsky, 2011, pág. 60). El niño se enfrenta al estado extrauterino, y es el sostenimiento de la madre el que le ofrece seguridad.

2.1.2 Manipulación (handling)

El manoseo, la manipulación o manejo es el contacto con el bebé a través de la higiene, las caricias, la cercanía de los dos cuerpos que fomenta y contribuye a la experiencia de la coordinación y el funcionamiento del cuerpo.

2.1.3 Presentación objetal

El tercer aspecto importante que menciona D. Winnicott (1998) alude a las relaciones objetales. El niño mostrará interés en el mundo circundante de acuerdo al

interés que la madre tenga en acercarlo a otros objetos más allá de ella. La importancia reside, según Winnicott (1998) en permitir que su hijo se adapte al mundo. Sin embargo, hacia donde apunta verdaderamente es hacia el objeto que la madre se encarga de nombrar: el padre.

2.2 Relación Madre e Hija en los Primeros Años de Vida

En los primeros tiempos del niño, la demanda se dirige a la madre. La frustración en el origen sólo es concebible como la negación de un don en la medida que el don es símbolo de amor. Al llamar, el don se da o no se da. Lo cual ubica de movida a la madre primordialmente omnipotente (Calcagnini, 2013, pár. 4).

En los primeros años de vida la relación madre e hijo se basa en una comunicación cuerpo a cuerpo, aunque el niño preexiste para la madre. De todas maneras, en los primeros contactos se ponen en evidencia factores inaugurales en la relación: “actividad refleja arcaica, tono muscular, actividad postural y espontánea y ritmos biológicos” (Jerusalinsky, 2011, pág. 65)

- *La actividad refleja arcaica:* el niño actúa por medio de reacciones automáticas, no premeditadas. Dentro de este primer proceso es necesario mencionar que, únicamente, se trata de un campo netamente fisiológico que genera la maduración de procesos biológicos como son el campo ocular, muscular, entre otros. Jerusalinsky hace hincapié en que esta actividad refleja necesita de una respuesta por parte de la madre. Por ejemplo en la lactancia, el reflejo es el de succión. El beneficio de la lactancia trae satisfacción mutua, tanto para la madre como para el hijo y están en una estrecha relación. “La madre, que se siente así más próxima de su hijo, transformando la brusca separación del parto en un distanciamiento corporal gradual y lento durante el cual el bebé recibe el don materno” (Jerusalinsky, 2011, pág. 66). Don que se expresa en primera instancia como leche, apoyo, protección y enseñanza para posteriormente resignificarse en otros objetos “el ciclo del hambre y del dolor, succión consuelo, saciedad y satisfacción. El bebé experimenta todo esto, con los ojos fijos en el rostro de la madre” (Jerusalinsky, 2011, pág. 67).

- *Gestualidad refleja*: el llanto inicial es un momento reflejo, con el tiempo cobra significado social en el mundo de los adultos que da cuenta de dolor o insatisfacción y están asociadas a las necesidades biológicas. El bebé es básicamente gestualidad tanto en la vigilia como en el sueño y se manifiesta con sonrisas, llantos, movimientos de succión, emisión de sonidos, etc. Luego, el llanto va tomando significado, deja de ser automático para convertirse en un medio de comunicación.
- *Tono muscular*: este representa variantes fisiológicas frente al dolor, al placer, a la satisfacción, al cansancio. La madre es la que ofrece tranquilidad al ver el estado de su hijo.
- *Actitudes posturales y actividad espontánea*: se afina la coordinación y la dinámica corporal; el niño encuentra la postura adecuada que le permite el amamantamiento. Surgen así momentos de concentración frente a un objeto o una persona específica que favorecen el contacto con la mano, la boca e incluso con objetos externos a él.
- *Ritmos biológicos*: Son algunos los procesos biológicos que se van desarrollando “respiración-deglución, la respiración misma, las alternancias de hambre-saciedad, sueño-vigilia, y la frecuencia excretora” (Jerusalinsky, 2011, pág. 72).

Otra alternancia es la presencia- ausencia de la madre. No sólo la ausencia, también el dilatar su presencia, así se genera el fenómeno de que no siempre su madre estará presente. Es de absoluta importancia para poder evocarla, al comienzo con el llanto y más tarde con la palabra.

2.2.1 Primer tiempo del Edipo

Es importante a nivel teórico considerar el primer tiempo del Edipo propuesto por Lacan (1957-1958), “simbolización primordial entre el niño y la madre, poner al padre en cuanto símbolo o significante, en lugar de la madre” (Lacan, 1957, pág. 186). El juego de los significantes cobra sentido en este punto, la relación madre e hijo con un padre cargado de significación permiten ver la dinámica de la triada edípica y más allá de esta ver la inclusión del padre por medio del discurso de la madre.

En el primer tiempo del Edipo, el sujeto se identifica en espejo con lo que es el objeto del deseo de la madre, esta madre que hace que la relación en tanto primera relación

primordial “el niño depende del deseo de la madre, de la primera simbolización de la madre, y de ninguna otra cosa [...] en el deseo del niño, de él, este ser es esencial” (Lacan, 1957, pág. 187-188). La simbolización de la madre surge en presencia o ausencia de esta, y en este orden simbólico la dialéctica el objeto de deseo de la madre llamado *falo* se hace presente y es en esta etapa fálica primitiva que la metáfora paterna actúa; la primacía del falo está instaurada en la cultura por la ley y el lenguaje (el gran Otro).

Al ser este falo el deseo de la madre, “el niño tiene una determinada relación con el objeto del más allá del deseo de la madre, cuya prevalencia y valor de excelencia, por decirlo así, ha observado, y se aferra a él por medio de una identificación imaginaria con la madre” (Lacan, 1957, pág. 190), de esta forma el niño puede desencadenar una perversión como por ejemplo una fijación por el simple hecho de ser objeto de deseo de la madre.

Para finalizar, el punto *nodal* nombrado por Lacan (1957-1958) alude a la madre frente a su propia estructura edípica que se juega en relación a su hijo, en la medida en que este no es reconocido como hijo sino como el objeto de su deseo que es el falo. Y es en un momento anterior a la identificación que el padre cumple con la función de privador, y este hace que el falo sea simbolizado por la madre y a su vez esta haga que se cumpla la función mediadora por la que se introducirá el Nombre del Padre. En niños psicóticos el falo no ha sido simbolizado por la madre y este pasa a ser falo de la madre y la madre es la absoluta portadora de la ley.

2.2.2 Vínculo Madre e Hija

Varios son los autores que han estudiado el apego y sus fallas: Bowlby, Winnicott, Klein, Sullyban, Fairbairn, entre otros. El objeto de apego es aquel con el cual el niño establecerá un vínculo y además:

El objeto del apego puede ser el que contribuye a la regulación psíquica del sujeto, a disminuir su angustia, a organizar su mente, a contrarrestar la angustia de fragmentación, a proveer un sentimiento de vitalidad, de entusiasmo. El sentimiento de desvitalización, de vacío, de aburrimiento ante la ausencia del objeto del apego hace que se le busque compulsivamente (Bleichmar, 1999, pár. 9).

La relación madre e hijo es la que marca la vida psíquica del sujeto, gracias a esta relación, el objeto del apego “puede ser, también, y de manera prevalente, el que sostenga

la autoestima del sujeto, aquel con el cual fusionarse para adquirir un sentimiento de valía. Objeto narcisizante” (Bleichmar, 1999, pág. 10). En esta conducta de apego hay una fantasmática que mantiene al sujeto en la búsqueda del placer o de huída del displacer que organiza al sujeto para su vida adulta.

La ausencia se convierte en una “vivencia difícil de describir con palabras porque el lenguaje convencional apenas resulta adecuado para dar cuenta de una experiencia profunda de cómo es el encuentro entre el sujeto y el otro, y cuya construcción se remonta a los primeros intercambios emocionales” (Bleichmar, 1999, pág. 4) por lo que la relación va desde los primeros años de vida, desde precursores como la sonrisa de los primeros meses hacia un encuentro de sonrisas, de tal forma que se genera el sentimiento de compartir un ideal, lo mismo ocurre con los primeros balbuceos que pueden llegar a un intercambio de “palabras”.

Las primeras señales de individuación son las actividades que la madre permite que sea su hijo quien las realice por sí mismo mientras ella brinda asistencia verbal, ofreciendo así, la seguridad para asumir su espacio y sus experiencias para adquirir autonomía, incluso en sus deseos, “Su necesidad es la de sentirse en el mismo espacio emocional que el otro” (Bleichmar, 1999, pág. 15).

Bleichmar (1999) hace referencia al *objeto de la intimidad*, es el que comparte emociones y reconoce las emociones del otro. Suma este objeto a los otros conocidos: el objeto de la sexualidad, de la autoconservación, del narcisismo....

Es en el marco de las relaciones que el niño puede aceptar las prohibiciones y reconocerse como diferente de la madre y del padre dentro del grupo, aunque provenga del encuentro del deseo de ambos.

Y al hablar de objetos de amor se entra en la “[...] polémica entre Fairbairn (1952) -la libido busca la relación con el objeto- y la posición freudiana- el objeto es un medio para obtener la satisfacción de la pulsión- coloca en términos dicotómicos, universaliza, lo que son formas de la relación entre el sujeto y el objeto” (Bleichmar, 1999, pág. 28). No se puede sin embargo universalizar las concepciones respecto al objeto y el deseo, como menciona el mismo autor, “[...] dependerá no una cualidad innata del sujeto sino de las

experiencias bajo las cuales su psiquismo haya sido estructurado, de lo que buscaban sus padres en el contacto con el sujeto” (Bleichmar, 1999, pág 29), los significantes que inscribieron a ese niño en el deseo de los padres.

Es necesario conocer de que manera un hijo ha sido incluido en el deseo de sus padres, en que lugar se lo ha ubicado en el mito familiar “hecho que nos transmite algo esencial sobre la llegada al mundo de este sujeto, sobre cómo se lo ha esperado” (Rodolfo, 2001, pág. 41).

Desde comienzos de este capítulo, se ha referido al vínculo de la madre con el hijo (indistintamente hijo o hija). Es evidente, que la relación que establecerá una madre con un hijo será diferente a la que establezca con una hija aunque el lenguaje popular diga “todos mis hijos son iguales”. El Edipo masculino y el Edipo femenino son asimétricos, es decir, hay una dinámica de relaciones y ambivalencias diferentes para cada uno. Haremos, hincapié en lo que corresponde a la niña: la salida del Edipo para la hija no es tan contundente como para el varón. “El Edipo deja a la niña siempre un poco en déficit, ella nunca termina de separarse de la madre y el peligro del retorno de esa figura materna la “acosa”. La niña a lo largo de su vida no cesa de resistir, de defenderse de diferentes maneras sintomáticas de ese peligro” (Grahaman, 2010, pág 4).

El sentimiento que acompaña a la niña durante su proceso edípico es la *decepción*, para ser precisos se trata de una doble decepción: el haber nacido sin pene y saber que no va a recibir un hijo del padre, frente al primer caso la decepción va acompañada de reproches hacia la madre, por su puesto que no le reprocha a la madre de forma directa sino desplazada en otras carencias y en cuanto al segundo la salida del Edipo la coloca en una situación como de búsqueda. Es durante el proceso edípico que se instaura, según Freud, la ecuación intrapsíquica pene=hijo mencionada anteriormente; para llevar a cabo esta ecuación, Freud, enfatiza en la idea de que muchas veces la mujer busca al hombre por el hijo que desea.

La relación de una madre con una hija esta siempre teñida del hecho que la madre fue aquella a quién la hija dirigió sus primeros pedidos, dice Freud que este tiempo es pre-edípico y comporta “un amor que pide exclusividad y no se contenta con fragmentos... es un amor propiamente sin límite, incapaz de una satisfacción plena

y por esta razón está condenado esencialmente a terminar con una decepción y dejar lugar a una actitud hostil” (Grahaman, 2010, pág 1).

Actitud hostil, descepción, exclusividad, falta de satisfacción plena... coloca a la niña futura mujer de alguna manera en una situación poco concisa, por momentos engorrosa, en fin la hija siempre tendrá *cuentas que saldar* con su madre.

2.2.3 Patología del Vínculo

Tomando en cuenta las consideraciones respecto al vínculo y el papel que asumen tanto la madre como el hijo, una patología del vínculo, otorga a la madre un eje fundamental, ya que es gracias a ésta que se puede ver en qué lugar ubicó a su hijo y por qué este es indiferente o simbiótico, ambos perjudiciales para la estructuración del futuro sujeto.

El deseo de la madre en su fundamento es insaciable, el niño se encuentra constantemente intentando hallar el camino para hacerse él mismo objeto falaz, engañador, fuera de esta madre insaciable, insatisfecha, a cuyo alrededor se constituye el narcisismo del niño.

Cuando se pierde la seguridad que proporciona una figura de apego fiable, la niña tiende a llenar por sí misma de forma precoz la función parental perdida (el "self cuidador" de Winnicott) y se eliminan las oportunidades de una rendición libre de preocupaciones a la propia experiencia (Levinton, 2001, pág. 37).

Es muy importante mencionar la patología del vínculo respecto al campo de la alimentación. Uno de los primeros intercambios de la madre con el bebé hace referencia a la alimentación, por parte de la madre el contacto con su bebé y por parte del bebé, en primera instancia, saciar sus necesidades de alimentación. Sin embargo, pueden presentarse fallas con relación a este momento, la madre que atiende al llamado del bebé, reconoce las exigencias de su hijo y este sabe que la madre estará si él la llama mediante el llanto. El bebé capta la atención de la madre y esta centra su vida al contacto con su bebé por lo que la madre “devora” a su hijo, no da apertura para que él conozca su cuerpo por ejemplo chupando su mano, no da espacio al llanto es decir, a la palabra, se vuelven uno, desencadenando una patología con relación a la zona oral, madre/hija quedan atrapadas en la oralidad.

En el caso de los trastornos alimentarios y el vínculo madre e hija, el cuerpo de la niña en relación al cuerpo de la madre puede derivar en una prolongación imaginaria del mismo. Considerando el concepto de *yo ideal* y su función, se puede afirmar que el *yo ideal* es la imagen anticipada del otro (el deseo de la madre, aquello que se fundó en las proyecciones de la madre sobre el hijo), es el *yo ideal* para la madre. Quedar fijado a este ideal es perjudicial porque la madre solo mirará a su hija como el objeto de todas las perfecciones. De este modo, la expresión de la sensación de “demasiado lleno” se entiende como la presencia de la madre sentida como asfixiante, es decir una madre que no quita la mirada de su hija.

En la relación madre - hija en los trastornos alimentarios, la hija siempre está en posición de dependencia de la madre, ya sea por el carácter amoroso de la relación, o por la hostilidad. Esta relación tiene un carácter dual ya que, a pesar de que el padre esté o no presente en el hogar, no entra en la dialéctica madre-hija; de este modo, ambas están tomadas en una dualidad de sostenimiento mutuo, la una no es sin la otra.

2.3 Imagen corporal

Para comenzar es necesario establecer la diferencia que marca Dolto (1986) acerca de la imagen corporal versus el esquema corporal. El esquema corporal hace referencia al organismo fisiológico mediador entre el sujeto y el mundo, “es una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad” (Dolto, 1986, pág. 18) mientras que la imagen del cuerpo es específica y propia para cada sujeto porque está fundamentada en su historia, en su vivencia relacional, “es una síntesis viva de nuestras experiencias emocionales [...] encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante” (Dolto, 1986, pág. 21), que está en el inconsciente.

La imagen inconsciente del cuerpo, para la autora, es un lenguaje que da cuenta de la relación del niño con su madre, con su padre, con los adultos cercanos que sostuvieron y sostienen su narcisismo pues “se trata de una memoria inconsciente de lo vivenciado relacional” (Ledoux, 1992, pág. 111). En el diccionario de Chemama (2004) encontramos que la imagen del cuerpo se construye a su vez sobre la relación del cuerpo con el lenguaje y “deviene el puente, el medio de comunicación interhumana” (Chemama, 2004, pág. 117).

Este concepto fundamental en la obra de Dolto da cuenta de que la imagen corporal no es un dato anatómico sino que “se elabora por el contrario, en la historia misma del sujeto” (Dolto, 1986, pág. 42) es decir que está constituida, además, de representaciones precoces que no fueron simbolizadas. Existen en esta imagen un aspecto estructural, otro genético y uno relacional.

El aspecto estructural está conformado por la imagen de base, la imagen funcional y la imagen erógena; las mismas que están “ligadas entre sí por la imagen dinámica” (Dolto, 1986, pág. 198) que le otorga cohesión.

La imagen de base está relacionada con el ser: la vida fetal, la concepción y el deseo de vivir, posee una cualidad fundadora y vincula al sujeto con la vida. A partir de ella se constituye el narcisismo primordial o fundamental relacionado con el deseo de vivir y es, a su vez, heredero del deseo de los padres; otorga el sentimiento de mismidad, de una continuidad en el espacio y en el tiempo que lo hace *ser-en-el-mundo*.

Mientras la imagen de base tiene un carácter estático, surge la imagen funcional que tiende al cumplimiento del deseo. Esta imagen es más bien discontinua, sometida a las tensiones y fluctuaciones características de la pulsión que busca el placer. Es una imagen funcional a la satisfacción y en estrecha relación con la imagen erógena. Esta última posee la carga erógena-libidinal para el funcionamiento de las imágenes de base y funcional. Las tres imágenes se conectan, por la imagen dinámica que no tiene una representación propia.

El aspecto genético de la imagen del cuerpo se construye y se organiza a lo largo del tiempo en relación con las sucesivas castraciones partiendo de la etapa fetal. Nasio (2008) menciona que a partir del reconocimiento de la imagen escópica (mirada), la imagen del cuerpo es reprimida y pasa a ser completamente inconsciente. Existen, a la vez, una imagen inconsciente del cuerpo, conformada por lo mencionado anteriormente y una imagen consciente una vez asumida la corporeidad y la pertenencia a un sexo.

El aspecto relacional se elabora a partir de la relación con otro, “La imagen escópica cobra sentido de experiencia viva tan solo por la presencia, al lado del niño, de una persona con la cual su imagen del cuerpo y su esquema corporal se reconocen al mismo tiempo que él reconoce a esa persona” (Doltó, 1986, pág. 122), y es así como una

relación mediatizada por el lenguaje establece una red de seguridad y protección con la madre y el padre porque la comunicación emocional y la palabra son dos elementos importantes en la construcción de la imagen inconsciente del cuerpo.

Nasio (2008) por su parte, hace un análisis del concepto de imagen inconsciente del cuerpo mencionando que existe una imagen que se dirige al otro y que es producto de la apariencia. Hace una diferencia entre la imagen anterior a los tres años y posterior a esta edad donde el niño crea un segundo descubrimiento de su imagen corporal, “el niño hacia los tres años, según la iniciativa verbal y los ejemplos recibidos ya conoce su apellido, su dirección, su tendencia familiar [...] conoce el espacio en que sus familiares lo han introducido [...] niño deseoso de identificarse” (Dolto, 1986, pág. 137).

Para Nasio (2008) se trata del cuerpo marcado por la presencia del otro, o lo que inconscientemente dejó marcado en el cuerpo la relación con el Otro, estas imágenes son sensaciones que perduran, sensaciones relacionadas, entre otras, con la ausencia y la presencia de la madre, la tensión de la ausencia y la calma de la presencia que van estableciendo un ritmo y una memoria inconsciente entre el displacer y el placer y que marcaron el cuerpo del bebé.

Para finalizar, la patología de la imagen del cuerpo, es decir una constitución distorsionada o con posibilidades de distorsionarse tendrá que ver con una relación con el Otro donde el lenguaje, las palabras, fueron insuficientes o no ayudaron a la construcción de la imagen que si bien está en relación con el deseo del Otro debe a su vez permitir la individuación y esto puede llevar a procesos de regresión o desestructuración de la imagen del cuerpo, “es por la relación de lenguaje entre el sujeto niño y su entorno, por lo que la generalidad del proceso de articulación de la imagen del cuerpo y del esquema corporal se configura como personalización narcisística defensiva del sujeto” (Dolto, 1986, pág. 184) por eso Dolto asegura que el síntoma en el niño es un equivalente al lenguaje de los padres. En la imagen inconsciente del cuerpo se inscriben las emociones simbolizadas que surgieron de la comunicación interhumana y permite al sujeto tener un sentido de realidad respecto a su autonomía, seguridad, simbolización y reconocer a la madre como un cuerpo separado, las patologías suponen fallas en la intersubjetividad y por extensión en la autonomía, la seguridad y fracasos en la simbolización.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DEL CASO

3.1 Descripción de la Institución de prácticas

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador a través del Departamento de Bienestar Estudiantil y la oficina de Promoción de Salud ofrece un servicio a los estudiantes y personal que trabajan dentro de la Universidad. A la oficina de Promoción de Salud asisten estudiantes, docentes y personal administrativo, los mismos que han podido acceder a los beneficios que se brinda, como son: salud mental, sexualidad, nutrición y acompañamiento a estudiantes con discapacidad bajo la modalidad de psicoterapias, consultas, orientaciones, asesoramiento y si es necesario terapias familiares. Al área de salud mental corresponden psiquiatría y acompañamiento a los estudiantes con discapacidad. Por otro lado, se dio apertura a procesos psicológicos para estudiantes sin discapacidad como parte de un trabajo multidisciplinario entre el área de psiquiatría y psicología. Los pacientes que asistían al área de psicología fueron estudiantes que acudieron por demanda espontánea y también varios de ellos derivados de la consulta del psiquiatra Dr. Hernán Chávez.

El Departamento de atención psicológica de la Promoción de Salud de la PUCE ofrece un espacio adecuado para recibir a los pacientes, se contaba con la dirección de un profesional, el cual nos iba guiando y aclarando dudas que surgían durante el proceso, con el fin de realizar un trabajo óptimo dentro del ámbito terapéutico. La información recibida por cada paciente tanto por el médico psiquiatra como por el psicólogo era confidencial, se manejaba dentro del marco ético y de respeto.

Dentro de este contexto fue donde se atendió a la paciente cuyo análisis vamos a presentar a continuación, es necesario aclarar además que la paciente en cuestión no se presentó directamente al área de psicología, en primera instancia la demanda la direccionó al área de nutrición. La doctora encargada de esta área, dado el estado de ansiedad de la paciente, luego de conversar con ella la remite a psiquiatría. El Doctor Chávez la medica y le aconseja un tratamiento psicoterapéutico, es entonces que se dirige al área de psicología y es atendida allí.

3.2 Metodología y técnica

Varios fueron los pacientes atendidos durante el semestre; sin embargo, se escogió el análisis del presente caso debido al interés por tratar el tema de los trastornos alimentarios.

La metodología que se utilizó para el proceso terapéutico fue inicialmente el psicodiagnóstico que se realizó mediante entrevistas desde un enfoque psicoanalítico. Las herramientas del proceso terapéutico fueron la observación, entrevistas y el uso de técnicas proyectivas como el TAT y la escritura de una carta que refleje como la paciente se ve a sí misma.

Durante las primeras sesiones, del proceso terapéutico, se realizaron entrevistas de historia vital, las mismas que permitieron dar información de detalles como la funcionalidad de su familia, su niñez, el paso por la pubertad, su adolescencia, entre otros datos relevantes con el fin de recolectar información.

La pregunta que rigió dentro de la presente disertación es:

¿Cómo un vínculo patológico entre madre e hija puede desembocar en un trastorno alimentario compulsivo?

Operacionalización de la investigación:

Hipótesis	Variables	Indicadores
El vínculo patológico entre madre e hija es causa de una fijación oral que se manifiesta en la adultez en un trastorno	Vínculo madre e hija patológico	-Self falso -Dependencia -Aislamiento -Sumisión
	Fijación Oral	-Trastorno de compulsión alimentaria.

alimentario compulsivo.		
----------------------------	--	--

3.3 Descripción del caso

Datos personales

Nombre: Alejandra (nombre ficticio) (A)

Edad: 19 años

Estado civil: Soltera

Ocupación: Estudiante

Fecha de primera entrevista: 23 de enero de 2013

Psicólogo practicante responsable: Jahel Andrade

Datos Familiares

Padre NN, de 41 años de edad, su trabajo no fue especificado dentro de las sesiones ya que la paciente se refería poco a él; la madre NN, de 44 años de edad, trabajaba en el departamento de finanzas de una empresa; un hermano que falleció al poco tiempo de cumplir un año. Una figura significativa es la abuelita.

Motivo de la consulta

En primera instancia Alejandra acude al Departamento de Promoción de Salud porque ofrece el servicio de nutrición y al trabajar con un equipo multidisciplinario la Nutricionista remite el caso al Dr. Psiquiatra; después de las primeras sesiones con ellos es referida al departamento de Psicología para dar inicio a un tratamiento psicológico. La demanda se relaciona con los atracones de comida que no puede controlar.

3.4 Síntesis del caso

La paciente pertenece a una familia que, según sus palabras, es *inestable*. Alejandra fue concebida al poco tiempo de que sus padres se casaron, de tal forma que fue planificada y deseada. No lactó porque desde muy pequeña quedó a cargo de su abuela materna quien le crió mientras sus padres trabajaban. Por otro lado, el desarrollo evolutivo con relación a lo fisiológico fue normal y óptimo para una niña de su edad.

La relación de la paciente con la madre es muy cercana, a tal punto que A no tiene autonomía respecto de su madre, ya que la considera como una persona *enferma* y en su discurso afirmó que son una sola persona. Respecto al padre, tenían buena relación y a pesar que el padre estaba presente físicamente en su vida y en el hogar, la madre no le permitía ejercer su rol ya que ella era quien dominaba en el hogar y muchas veces lo que ella decía se convertía en ley sin dar oportunidad al cambio.

Para Alejandra su niñez se complicó desde los ocho a los diez años de edad ya que subió mucho de peso lo que le llevó a sufrir decepciones permanentes en la escuela porque siempre fue la niña más alta y eso la hacía diferente del resto.

Su madre diagnosticada de obesidad mórbida tipo IV³, que es patológica, obligaba a Alejandra a alimentarse con ensaladas y a cuidarse para evitar que siga subiendo de peso. De tal forma que muchas veces no se incluía en los juegos con otras niñas porque no podía comer lo mismo que ellas, y la separaba en la mesa de adultos.

Por otro lado, otra de las personas que marcó a Alejandra y mencionaba constantemente en su discurso era su abuela materna, a quien culpaba de ser la responsable de su gordura y en otras ocasiones sus sentimientos tornaban distintos: “es una buena abuela, más no una buena madre.”

Con el pasar de los años, Alejandra intensificó varios signos que hacían que ella crea que es diferente a los demás; mencionó que siempre se destacó en todo y muchas

³ Obesidad mórbida tipo IV: La obesidad es un problema de salud que se caracteriza por un aumento del depósito de grasa y que se traduce en un incremento del peso corporal. Por obesidad mórbida se entiende una forma extrema de la enfermedad, rebelde a tratamientos médicos, y que también se conoce como obesidad clínica severa, al asociarse con un buen número de enfermedades y acortar el promedio de vida de los pacientes”. (Saludalia, 2000)

veces eso le molestaba. Continuó siendo la más alta del salón, o la de mayor peso por lo que le hacían sentirse distinta, y actualmente eso le molesta mucho porque aún se distingue de sus compañeras, por esos “defectos” como les decía a sus características físicas.

La madre a pesar de que su hija ya era una mujer adulta, aún continuaba cuidando en la comida: evitaba constantemente que comiera dulces y grasas porque subiría de peso, A menciona que la madre repetía constantemente que quería evitar que *sea como ella a futuro*.

Por otro lado, la madre no le daba la oportunidad para que su hija pueda salir al mundo y le reprochaba de querer abandonarla; motivo por el cual aumentaba la ansiedad de la paciente hasta el punto que ella perdía nuevamente el control sobre su peso y la alimentación a pesar de cualquier régimen alimentario al que haya estado sometida.

Alejandra durante dieciséis años fue única hija, hasta que sus padres sin planificar, tuvieron un segundo niño, quien se convirtió en la ilusión de todos en el hogar. Con la llegada del niño la paciente empezó a sentir que tenía más libertad respecto a su vida social, se sentía llena de ilusión y esperanza; al abrir las puertas de su libertad, ella pudo salir, conocer gente, y en efecto durante el año de vida de su hermano mencionó que dejó de tener cargas por ser única hija. Su madre ya no la presionaba, entonces, la comida dejó de ser un problema entre la madre y ella. Sin embargo Alejandra fue obligada a cuidar a su hermano menor, mencionó varias veces que *era como su hijo*, y esto le hacía feliz.

El tiempo transcurría y ella sentía que la responsabilidad con su hermano era lo mejor que le pudo pasar, el era un hijo, un hermano y su boleto de salida del hogar. Uno de los hechos que marcaron la vida de la paciente fue la muerte de su hermano a corta edad. Pocos días antes de que el niño cumpla un año comenzaron los síntomas de una enfermedad que parecía no tener fin; descubrieron de forma tardía que el niño padecía de un problema congénito heredado de la madre. La paciente había organizado la fiesta para celebrar el primer año de vida de su hermano, tenía lista la comida, las sorpresas y los invitados, pero falleció antes de que suceda. Es aquí cuando ella siente que la vida deja de tener sentido y sus síntomas se intensificaron. La madre se impuso sobre ella nuevamente con dietas en un inicio, después la madre se convirtió en ausente. Alejandra sentía que era ella la que debía sacar a sus padres de la depresión que les generó la ausencia del hijo

menor; incluso fue ella quien se hizo cargo los preparativos del sepelio y de quitar de la casa todas las pertenencias del pequeño. A raíz de la muerte de su hermano las cosas cambiaron, la madre no hablaba, sufría de depresión por lo que estaba medicada, y su problema respecto a la alimentación se intensificó.

Alejandra al ser hija única, la responsabilidad era mucho mayor en cuanto a sus obligaciones dentro del hogar; ella se encargaba de cuidar a su madre, de complacerla hasta el punto que no podía tomar decisiones propias; por otro lado a raíz de la muerte de su hermano fue más fuerte la necesidad de proteger a sus padres, se aisló de las relaciones sociales, subió de peso y la relación con la madre fue empeorando hasta el punto que sentía que estaba asfixiada, no podía hacer ninguna elección sin consultar a la madre y obtener su autorización, por lo que se formó una *excesiva unión*, como mencionaba la paciente.

Después de tres años del incidente, aún no se habla del tema dentro del hogar, y Alejandra trata de demostrar ser la más fuerte: no llora y evade el tema, la madre por su parte se molesta si se menciona el nombre de su hijo y el padre prefiere irse. Cada vez que A recuerda a su hermano la ansiedad se vuelve incontrolable por lo que la desplaza a la comida, come hasta el cansancio lo que después le generaba mucha culpa. Su mayor sufrimiento además de la muerte del hermano es el peso, la comida y la ropa, temas que la mantenía íntimamente ligada a su madre. No podía hacer la elección de su vestimenta sin la aprobación de su madre, y sin su madre, no se cuidaba en la comida que era su mayor debilidad; ya que hablar de la relación con ella le generaba tanta ansiedad que consumía alimentos hasta el cansancio.

Después de varias sesiones mencionó a su padre. Aclara que es un padre ausente, quien a pesar de estar físicamente presente no está, la madre nunca le permitió dar su opinión. Tenían buena relación como padre e hija, sin embargo una de sus confusiones hizo que Alejandra afirmara que él era como su hermano. Tiene pocos recuerdos del padre en la infancia lo que le llevó a afirmar que su madre los controlaba a los dos y que Alejandra es como él pero su padre era delgado y ella no, sin embargo la igualdad se dirige al ser dominados por la madre.

La autoimagen de la paciente estaba muy afectada, en su discurso repetía constantemente que usaba varias capas de ropa, desde niña vestía con talla grande y

recuerda que *no era una niña normal comía cosas que los niños no comen y no me dejaban comer lo que debía haber comido*. Culpaba a su abuela de haberla nutrido de más cuando ella la cuidaba y se comparaba constantemente con sus primas delgadas que no fueron criadas por su abuela. No le gustaba que la miren y tenía mucho miedo porque nunca se había enamorado.

Un hecho que afectó a Alejandra era que la madre iba a ser operada debido a su tipo de obesidad por lo que era necesario que se la interviniera de forma emergente; dentro de las condiciones que impuso el doctor, debía bajar de peso antes de ser intervenida. Era un esfuerzo de dos, la madre y la hija hicieron la respectiva dieta; sin embargo, cuando la meta estaba por cumplirse, en la última cita con el doctor se comprobó que la madre no cumplió la meta. Motivo por el cual debían esperar más tiempo para ser intervenida. Alejandra se decepcionó mucho, no separaba su cuerpo del de la madre y se culpaba porque “no cumplieron la meta”.

Exteriorizar sentimientos reprimidos le permitió avanzar de forma notoria con su proceso, lloró la muerte de su hermano y habló de la imagen de su madre sin considerar la suya; lo que permitió a la siguiente sesión que se mostrara más segura, comentó haber hecho la elección de su vestimenta, usó menos capas de ropa, quería recobrar amistades que había perdido y en medio de las crisis de ansiedad pensaba en ir al gimnasio para que le generara menos culpa.

Presentó evolución con relación a la autonomía y a la toma de decisiones respecto a la madre. Después de 15 sesiones se concluyó con el proceso terapéutico donde la paciente mencionaba sentirse mejor con su cuerpo y con ella misma, en cuanto a la relación con su madre ya evidenciaba una mayor autonomía; estaba tratando de relacionarse con su padre y de sanar la heridas con relación a la culpa que le adjudicaba a su abuela por haberla nutrido en exceso y por haberla cuidado a ella y no su madre.

Concluyó el proceso terapéutico con una reunión por parte del equipo multidisciplinario que trabajaba en el Departamento de Promoción de Salud, lo que permitió dar cuenta de la evolución de Alejandra en cuanto a su proceso nutricionista, psiquiátrico y psicológico.

Las últimas sesiones Alejandra se encontraba cansada al ir Departamento de Promoción de Salud, sentía por sus palabras que la ayudaba mucho ir a la sesión, pero el tiempo ya no era el mismo del que ella disponía al inicio del semestre, sus horarios se ajustaron por lo que comenzó a faltar.

Herramientas Utilizadas

Para el proceso terapéutico se utilizaron el TAT (Test de Apercepción Temática) y la modalidad de cartas: la paciente escribió dos misivas una enviada a sí misma y otra enviada a su madre.

Las conclusiones de cada una de estas fueron:

TAT

En cada lámina que se le presentaba a Alejandra daba cuenta de historias que no podían hacer una separación de ella respecto a la madre, eran una sola persona o se confundía el personaje central de las historias ya que todos en la imagen cobraban importancia y en medio del enredo de la historia surgía la necesidad de querer separarse de la madre.

Por otro lado, en las láminas daba cuenta de una fuerte ansiedad que estaba apuntalada hacia la alimentación otra de las cosas que se pudo evidenciar en sus historias es un desencanto con su cuerpo y un aislamiento social ya que no se sentía conforme consigo misma.

La ausencia de su hermano es otro de los ejes fundamentales que pudo salir mediante la proyección, se evidenció mucha culpa frente a su pérdida, por otro lado el rol que ella cumplía con su hermano era maternal y por último el vínculo patológico entre la madre y la hija ya que no se podía separar en las historias haciéndose una sola.

Lámina 1

“Bueno aquí se puede ver a un niño frente a un pedazo de carne, se encuentra triste porque no le esperaron para comer todos juntos en la mesa. ¡Ay! No, no ha sido carne jajaja que muda es un violín. El niño esta frustrado porque no puede tocar el violín. Su

mamá le obliga a tocarlo pero él está muy cansado. Quiere tocarlo sí pero sin presiones y eso va a hacer que le salga una linda melodía.”

Destacamos: pedazo de carne, comer todos juntos y obligado por la mamá.

Lámina 2

“Esta lámina es una familia de una chica que se siente libre porque se va a estudiar lejos, sabe que esto le va a hacer bien a las dos por eso es una ventaja el estado en el que esta la mamá o sea su madre está embarazada después de muchos años, pero tiene miedo dejarla sola a la madre por eso regresa a ver todo el tiempo. ¡Ah! Y ahí está supongo que es el padre trabajando para poder llevar el pan a la casa”

Destacamos: sentirse libre, separación, embarazo de la madre y miedo de dejar sola a la madre.

Lámina 3 NM

“Bueno esta chica acaba de sufrir una pérdida irreparable, no hay consuelo para ella ni para su familia, se siente la tristeza por eso no puede ni caminar ni nada, llego un momento en el que se siente sola, perdida sin ilusiones ni nada de nada.”

Destacamos: pérdida irreparable, soledad, falta de ilusiones y desconsuelo.

Lámina 4

“A ver no sé qué decir, bueno es un hombre que está yéndose porque la esposa no lo valora, no le respeta e incluso lo maltrata psicológicamente con su autoridad. No sé que más decir la verdad”

Destacamos: Falta de valor, maltrato psicológico y exceso de autoridad de la madre.

Lámina 5

“Es una madre que entra al cuarto de su hija mientras ella no está, revisa sus cosas, o también puede ser que la mamá entra a verle a su hija, tiene el rostro enojado así que no se por qué entra a la habitación de su hija. Solo sé que no golpeó la puerta”

Destacamos: Intromisión de la madre en la privacidad de la hija.

Lámina 6 NM

“Está pasando algo fuerte, la señora está a punto de recibir una mala noticia por parte del señor, pero está nervioso porque no sabe como decirle a ella que algo pasó, alguien se murió no sé.”

Destacamos: Muerte inesperada.

Lámina 7 NM

“Bueno se ve que la hija está ahí por obligación, la madre le cuenta una historia que ella no quiere escuchar, ella quisiera estar con sus amigas jugando afuera pero su madre le tiene atada en la casa sin salir. La niña está molesta y se nota, se ve que está con ansiedad de salir al mundo pero la madre le obliga a permanecer junto a ella.”

Destacamos: Necesidad de individuación, separación de la madre, sentimiento de ansiedad.

Lámina 8 NM

“Bueno esta mujer se siente mal, se siente triste, sola, no sabe qué hacer, su aspecto no es el mejor, parece enferma y sin salida, ella está sufriendo en silencio por algún hecho de su vida que le ha marcado. No luce bonita y su aspecto es de una mujer fea, sola y amargada.”

Destacamos: Malestar, tristeza, soledad, enfermedad, mal aspecto, amargura.

Lámina 9 NM

“Bueno aquí se ve como la madre espía a su hija que está atrasada para ir a la escuela, tiene ropa en su mano por si acaso necesite le lleva otro conjunto; sin embargo ella ya cogió la ropa que necesita o sea la hija por eso la mamá solo le ve de lejos, igual se que si ella sabía que la madre escogió un conjunto para ella, dejaba el suyo y tomaba el de la madre. Menos mal no vio a su madre.”

Destacamos: Sentimiento de confusión

Lámina 10

“Esta es una pareja que está sufriendo mucho, acaban de perder a un hijo y el dolor cada vez crece más. La madre perdió el sentido de su vida y el padre solo puede llorar porque no hay palabras para describir lo que están sintiendo, Es tan fuerte que me recuerda cuando mi hermano se murió. Prefiero cambiar de lámina gracias.”

Destacamos: pérdida y dolor.

Lámina 11

“Aquí hubo un derrumbe donde estaba toda la vía y no pueden pasar las dos personas que están en el camino. No sé muy bien pero es una señora que está abrazando al bebé para protegerle que no le pase nada. Supongo que algo pasó porque hay gente en el piso y una culebra por ahí no sé bien la verdad la cosa es que la mamá le está cuidado al bebé que no le pase nada.”

Destacamos: cuidado materno

Lámina 12 M

“Aquí esta una madre con su hija, ella se siente preocupada porque no quiere dejarle a su madre sola, más su madre que es la viejita parece que disfruta que su hija esté preocupada por ella, están súper parecidas, de seguro cuando ella sea de la edad de la madre va a ser muy parecida.”

Destacamos: relación especular madre e hija

Lámina 12 VN

“Es un jardín como para que jueguen niños, pero no hay niños. No sé qué más puede ser aquí jugaban los niños en este bote, pero se ve como invierno así que mejor que no estén afuera porque se pueden enfermar.”

Destacamos: protección

Lámina 13 HM

“Bueno esta pareja está atravesando por una depresión muy fuerte, la esposa no puede ni levantarse de la cama y él llora todo el tiempo, justo se está alistando para ir a su trabajo y se le escapan unas cuantas lágrimas.”

Destacamos: depresión, llanto

Lámina 14

“Bueno aquí está un niño cargado de muchos miedos, no se hay mucha presión social, no tiene una autoestima alta por lo que prefiere estar solo. Es un espacio donde él se siente tranquilo, no hay nadie, no hay nada que lo estrese. Hay una conexión súper fuerte de él con el cielo. Creo que nada más”

Destacamos: autoestima

Lámina 15

“Bueno aquí veo un señor que está cuidando un cementerio, se siente muy triste porque perdió todo cuando se murió el familiar que está viendo. Que tristeza me da por el señor, no sé.. qué más puedo decir de esta lámina, solo que me produce mucha tristeza y no se angustia ver a este hombre.”

Destacamos: angustia, pérdida

Lámina 16

“No sé qué decir en esta lámina, me genera mucha ansiedad, se me viene de verdad muchas ganas de comer. Es como que necesito que esté mi madre en alguna foto o mi hermano para poder hablar pensar en nada es estar en nada o sea sin ellos. Puedo decir mucho pero prefiero no decir nada.”

Destacar: ansiedad por comer, necesidad de la presencia materna

Lámina 17 NM

“Esta lámina me recuerda al sentimiento de angustia y soledad que viene a mi después de cada vez que como de forma descontrolada. Es la misma sensación de agotamiento, cansancio. Necesidad de estar sola y llorar porque sé que cada que tengo ese problema me engordo más y solo tengo la necesidad de buscar a mi madre para que me tranquilice. Esta chica está sobre el puente pensando en muchas cosas.”

Destacamos: angustia, soledad, atracones, agotamiento, cansancio, consuelo de la madre

Lámina 18 NM

“Aquí el hijo de la señora acaba de sufrir un terrible accidente y se murió. Ella siente que se le va la vida con su muerte, no hay palabras no hay lágrimas solo la tristeza de esta madre. Tal vez no es un accidente, el pudo haber tenido una grave enfermedad que ocasionó esta muerte repentina.”

Destacamos: muerte, tristeza, enfermedad

Lámina 19

“Si te digo que no entiendo esta lámina ¿está bien? Jajaja. No sé qué decirte parece una tipo casa de chocolate no se me da ganas de comerme jajaja pero tiene ventanitas no se algo tipo Hansel y Gretel con una bruja adentro algo así jajaja No sé.”

Destacamos: ansiedad por la comida

Lámina 20

“Es una señora que se encuentra sola en el mundo, no tiene a nadie quien le acompañe. Está triste pero tranquila. Es un ambiente de paz. Esta atrapada en su ropa, en sus problemas es tímida y llena de temor hacia el mundo. Y eso”

Destacamos: soledad, timidez y miedo.

Un análisis general de todas las láminas nos indica que a Alejandra le resultó muy difícil inventar una historia y muy fácil relatar la propia. No hay creatividad ni imaginación en sus relatos, al contrario todos aquellos significantes que destacamos en cada una de las láminas la representa perfectamente a la paciente.

Durante las dos sesiones que se aplicó el test la paciente parecía confundida con los personajes que se le mostraban, muchas veces el personaje principal pasaba a ser el secundario y viceversa es decir la madre era ella y ella era la madre en algún punto. Resumiendo Alejandra está tan “pegada” a su historia (y a su madre) que no puede salirse de ella y entrar en otro relato ficticio.

Cartas

Durante el análisis que se realizó respecto a la primera carta que se hizo Alejandra a sí misma se pudo evidenciar que no se siente feliz, que siente que no tiene el control de su cuerpo, que la toma de decisiones no es parte de ella sino de la madre y el momento que ella se enfrenta a tomar una decisión presenta crisis de ansiedad que le llevan a comer de forma compulsiva, lo que le genera mucha culpa.

En cuanto a la carta a su madre, se presentaban constantes reproches a la imagen corporal de la madre, su descuido frente a su salud, las consecuencias de la mala alimentación que la estaba afectando mucho; la identificación con su madre y la necesidad de salir de ese vínculo patógeno.

La evolución de la primera carta frente a la última, en la que el remitente era ella misma, permitieron ver la evolución del proceso psicológico que llevaba la paciente, mostraba más seguridad frente a la toma de sus decisiones, dio inicio a la elaboración del duelo frente a la pérdida de su hermano, y por último cumplía con el rol que le competía siendo hija.

3.5 Análisis del Caso Articulado a la Teoría

Fueron alrededor de 15 sesiones las que se trabajó con Alejandra; se le ofreció la escucha analítica para que mediante su discurso ella pueda escuchar su malestar. Accedió a las sesiones conociendo que su caso formaba parte del estudio del equipo

multidisciplinario de PS (psiquiatría, psicología y nutrición). Gran parte de las sesiones se trató sobre la relación con la madre; muchas veces la paciente llegaba más deprimida y con mayor ansiedad por lo que daba cuenta de una recaída respecto a la madre con relación al peso o la búsqueda por independizarse de ella.

Alejandra evidenciaba una dependencia materna muy fuerte, no había autonomía de su cuerpo respecto al de la madre, la simbiosis era muy fuerte, razón por la cual no había toma de decisiones.

La paciente se encontraba en medio de una disputa con ella misma, cumplía roles que no le competían con relación a su hermano, al perderlo le hizo sentir que debía ser perfecta por el hecho de ser hija única, lo que le obligaba a satisfacer a sus padres constantemente, y en medio de ello sus crisis a causa del temor a decepcionarlos la llevaban a comer de una forma devoradora, por la ansiedad.

Hubo evoluciones en el proceso, sin embargo, en las técnicas proyectivas daba cuenta de mucha dependencia materna, no estaba separada su imagen de la materna. En el TAT no se distinguía si el personaje del que hablaba era ella o su madre; y es ahí cuando sufre una decepción respecto de la madre ya que ella mencionó ser el reflejo de su madre.

Su autoimagen se encontraba distorsionada, no sabía quién era, no había autonomía y su apariencia física le generaba repugnancia, vergüenza, tenía temor a abrir las puertas de su corazón y las capas de ropa daban una sensación de armadura como medio de protección para evitar sufrir.

Con relación al vínculo madre e hija patológico:

1. Alejandra da cuenta de una fuerte dependencia materna, evidenciando un vínculo patológico respecto a la madre, provocando un *falso self* en su hija al no separar su cuerpo del de ella, lo que dio como resultado una simbiosis que hizo que sean como una sola persona.

Winnicott nos enseña que el falso self se crea cuando una madre seduce a su hijo para que sea sumiso, para que esté a su disposición. “A través de un self falso el infante construye un conjunto falso de relaciones, y por medio de introyecciones llega incluso a

alcanzar un aspecto de realidad, de modo que el niño crece para ser exactamente como la madre” (Winnicott, 1956, pág.191). Se trata de una falla de la función materna que derivan en una patología donde la dependencia se hace muy evidente.

2. La ausencia paterna es otra muestra de la falla en la triada edípica, la madre no inscribió en su discurso a un portador de la ley, razón por la cual la paciente no tenía una figura masculina estructurada y era una de las razones por las cuales no podía enamorarse.

Se sabe que en el Edipo para que el deseo materno hacia el hijo no se convierta en un goce del mismo (gozar del cuerpo del hijo) es necesaria la función paterna para que ponga un tope a ese goce, lo limite, de esta manera la triangulación es posible, de lo contrario el hijo quedará en una situación dual con su madre.

3. La figura materna se encontraba distorsionada, presentaba ambivalencia emocional respecto a la madre y a la abuela.

Vale aclarar que en el caso de Alejandra se trata de tres generaciones de mujeres abuela, madre e hija sin intervención masculina y con constantes reproches de Alejandra hacia su madre y hacia su abuela, lo mismo de la madre de Alejandra hacia su propia madre. Relaciones marcadas por la decepción y los reproches.

4. La feminidad se vio afectada al ser el reflejo de la madre, esconderse detrás de la ropa le permitía sentirse segura, evitar contacto con la sociedad en especial con los hombres. Durante el proceso Alejandra nunca mencionó a ningún hombre ya sea amigo, o novio o algún chico que le gustara. Ya avanzado el proceso habló del padre para decir que a pesar de estar físicamente presente no fue una figura significativa en su vida. Su madre nunca le permitió al esposo dar una opinión. En general la paciente afirmaba que eran pocos los recuerdos que tenía de su padre durante la infancia y concluyó que fue por el control de la madre que ninguno de los dos ni ella ni su padre podían escapar al dominio de la madre.

Lo que a la paciente le ocurría con respecto al cuerpo, la sexualidad y la maternidad estaban afectadas. Su cuerpo antes y durante parte del proceso era casi una extensión del cuerpo de su madre. Era tal la dependencia que tenía con respecto a su mamá que

no se percibía como un sujeto independiente, necesitaba constantemente de la aprobación de su madre. En relación a su sexualidad se puede conjeturar que no concebía una práctica sexual porque evitaba estar dentro de una mirada deseante del *otro*, prefería que su cuerpo pase desapercibido y no despierte deseos masculinos. Y en cuanto a la maternidad por la confusión de roles dentro de esa familia se sintió casi madre de su hermano y de su propia madre, en ningún momento de la terapia hizo mención a un deseo del hijo.

5. La familia giraba en torno a la madre, quien era portadora de la ley lo que provocó que no se cumplan con los roles que tenían establecidos cada uno dentro del hogar generando en Alejandra confusión respecto del padre mencionando que es como su hermano y a su vez tener ella que cumplir con la función de madre respecto a su hermano menor.

Evidentemente no había roles establecidos ni jerarquías, no había lugar para un hombre “el punto *nodal* nombrado por Lacan (1957-1958) alude a la madre frente a su propia estructura edípica que se juega en relación a su hijo, en la medida en que este no es reconocido como hijo sino como el objeto de su deseo que es el falo. Y es en un momento anterior a la identificación que el padre cumple con la función de privador, y este hace que el falo sea simbolizado por la madre y a su vez esta haga que se cumpla la función mediadora por la que se introducirá el *Nombre del Padre*.

6. Alejandra cerró su círculo social a su madre lo que no le permitía estar con gente de su edad ni conocer gente nueva, se encontraba aislada del mundo porque su mundo era su madre.

En la relación madre - hija en los trastornos alimentarios, la hija siempre está en posición de dependencia de la madre, ya sea por el carácter amoroso de la relación, o por la hostilidad. Esta relación tiene un carácter dual ya que, a pesar de que el padre esté o no presente en el hogar, no entra en la dialéctica madre-hija; de este modo, ambas están tomadas en una dualidad de sostenimiento mutuo, la una no es sin la otra.

Se puede concluir que el significante devorar se lo puede utilizar en su sentido literal: se trata de una familia que devoraba comida y en su sentido metafórico: una madre que intenta devorar a su hija.

Con relación a la compulsión alimentaria:

7. La ansiedad provocaba la ingesta descontrolada de alimentos, provocándole culpa, asco y vergüenza a la paciente.

Esto tiene su origen en la oralidad: la oralidad, muchas veces, obliga a revivir el pasado y a sembrar nuevas búsquedas para el futuro, lo que permite dar cuenta de la patología futura, si la añoranza del objeto perdido es tan grande el sujeto buscará incluso en la vida adulta saciar por la boca siendo fumadores, bebedores y como se evidencia en la propuesta de la presente disertación se generarán trastornos alimentarios. En la paciente hay una relación ambivalente respecto a la comida: deseo de comer asco y vergüenza por comer. Evidentemente no se trata de comer por autoconservación sino comer por ansiedad.

8. El trabajo en la historia del síntoma permitió dar cuenta de la fijación oral que se evidencia en Alejandra, las fallas en la infancia respecto a la alimentación, iniciaron desde la lactancia, la alimentación en la niñez, la prohibición de la madre y el exceso de la abuela hicieron que pierda el control sobre la parte oral.

Corresponde a la función materna la regulación en la alimentación, “la compulsión alimentaria como síntoma gira alrededor de la ingesta descontrolada de comida y da cuenta de la oralidad como un eje fundamental para comprender a la BED”

Considerando a la boca como el orificio más dotado del cuerpo, se reconoce por lo tanto que en relación a la boca el placer es necesario para comer y que el deseo de comer es diferente del hambre, al hablar de la pulsión oral. Se entiende a la oralidad como la erotización de la cavidad bucal; el comer es el deleite más conocido que se obtiene por la boca; el exceso es conocido como gula.

Tanto en el punto 7 como en el 8 es evidente que la paciente da cuenta de una regresión a etapas anterior (por su edad le correspondía estar con amigos, enamorarse, hacer vida social, nada de esto le ocurre) fijándose en la oralidad.

Mientras más fuertes sean las fijaciones en el camino evolutivo más predisposición encontraremos para esquivar las dificultades externas por medio de una regresión, siendo la fijación el factor interno que predispone y la frustración o una realidad hostil el factor externo, accidental (Falk, 2009).

De acuerdo al análisis realizado se constata que los indicadores señalados: self falso, dependencia, aislamiento y sumisión están dentro de las características de Alejandra y que la hipótesis *El vínculo patológico entre madre e hija es causa de una fijación oral que se manifiesta en la adultez en un trastorno alimentario compulsivo*, se cumple.

CONCLUSIONES

En relación al objetivo general: Analizar el trastorno de compulsión alimentaria desde el vínculo madre e hija se concluye que:

- La oralidad, muchas veces, obliga a revivir el pasado y a sembrar nuevas búsquedas para el futuro, lo que permite dar cuenta de la patología futura, si la añoranza del objeto perdido es tan grande que el sujeto buscará incluso en la vida adulta saciar por la boca siendo fumadores, bebedores y como se evidencia en la propuesta de la presente disertación se generarán trastornos alimentarios.
- Mientras más fuertes sean las fijaciones en el camino evolutivo más predisposición encontraremos para esquivar las dificultades externas por medio de una regresión, siendo la fijación el factor interno que predispone y la frustración o una realidad hostil el factor externo, accidental (Falk, 2009).
- Se consideró al chupeteo como un modo de sexualidad, el mismo que abrió una gama de conocimientos y nuevas vías para la explicación de la sexualidad infantil, de tal forma que se mencionó tres características que surgen con relación a este: el apuntalamiento, el autoerotismo y por último la actividad de la zona erógena.
- El cuerpo de la niña, en relación al cuerpo de la madre, puede encontrarse como una prolongación imaginaria del mismo o bien, como un real.
- Considerando el concepto de yo ideal y su función, se puede afirmar que el yo ideal es la imagen anticipada del otro, la madre por lo general presenta por sí misma esta lógica que se cierra en su propio ser, la hija pasa a ser el cumplimiento de este por lo que el sujeto no da paso a una simbolización de esta imagen anticipada lo que también forma una fijación en este modo de relación con la madre.
- En la relación madre - hija en los trastornos alimentarios, la hija siempre está en posición de dependencia de la madre, ya sea por el carácter amoroso de la relación, o por la hostilidad. Esta relación tiene un carácter dual ya que, a pesar de que el padre esté o no presente en el hogar, no entra en la dialéctica madre-hija; de este modo, ambas están tomadas en una dualidad de sostenimiento mutuo, la una no es sin la otra.

Para finalizar, con relación al capítulo tres cuyo objetivo fue: *Articular la teoría con un caso clínico* se concluye que:

- Analizado el caso de la paciente se cumple con la hipótesis que se manejó durante la disertación: *El vínculo patológico entre madre e hija es causa de una fijación oral que se manifiesta en la adultez en un trastorno alimentario compulsivo.*

RECOMENDACIONES

- Se debería realizar un análisis cualitativo y cuantitativo en cuanto a la problemática del trastorno de compulsión alimentaria o trastorno por atracón, de tal forma que se pueda tener más fuentes de información en lo que respecta a las posibles causas y consecuencias propias del trastorno por atracón separadas de la bulimia nerviosa y en la medida de lo posible tener datos de incidencia a nivel nacional.
- Se recomienda realizar un análisis teórico sobre la importancia de las relaciones familiares en el desarrollo de las patologías dentro de los trastornos alimentarios, en especial dentro del trastorno por atracón y profundizar acerca de las relaciones con las figuras fraternas. Pues, en este estudio, se encontró una fuerte identificación con la figura materna al momento de perder el control sobre el cuerpo.
- Se sugiere trabajar en cuanto a los trastornos que refieren a la alimentación con un equipo multidisciplinario, de tal forma que se tenga una visión panorámica del trastorno y se aporte con información en cuanto al campo psicológico, nutricional, psiquiátrico, incluso el aporte de otros campos de la salud para que el paciente esté en condiciones óptimas tanto su salud física como su salud emocional.
- Teniendo conocimiento de que existen problemas con la obesidad y otros trastornos alimentarios es absolutamente necesaria la prevención a nivel de toda la población pero muy especialmente en las madres que crían a sus hijos y transmitir la idea de que el alimento no es un factor con el que se castiga o premia a los niños.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Fourth edition, text. Revision. Washington, DC: APA.
Autor
- American Psychological Association (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association*. (3era ed.) Traducida por Guerra Frías, M. Méjico: Editorial El Manual Moderno. Autor
- Behar, R. (2010). *Trastornos de Conducta Alimentaria*. Santiago: Mediterráneo
- Chemama, R. (2004). *Diccionario del Psicoanálisis* (Segunda ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- DeSauverzac, J.-F. d. (1998). *Francoise Dolto; Itinerario de una psicoanalista*. Buenos Aires : Ediciones de la Flor.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Fairburn, C. (2011). *La Superación de los Atracones de la Comida*. Barcelona: Paidós.
- Fenichel, O. (2008). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1917). *Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)* (Vol. XVI). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2005). *Carácter y erotismo anal*. En: *Obras Completas de Freud Tomo IX*. (2da ed.) Buenos Aires: Amorrortu Editores, (Versión original 1908)
- Freud, S. (2005). *Pulsiones y destinos de pulsión*. En: *Obras Completas de Freud Tomo XIV*. (2da ed.) Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Versión original 1915)
- Freud, S. (2005). *Los caminos de la formación del síntoma (23° conferencia)*. En: *Obras Completas de Freud Tomo XVI*. (2da ed.) Buenos Aires: Amorrortu Editores, (Versión original 1916)

Freud, S. (2005). Sobre la sexualidad femenina. En: Obras Completas de Freud Tomo XXI. (2da ed.) Buenos Aires: Amorrortu Editores, (Versión original 1931)

Freud, S. (2005). «*Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*» Trabajos sobre metapsicología y otras obras. En: Obras Completas de Freud Tomo XIV. (2da ed.) Buenos Aires: Amorrortu Editores, (Versión original 1979)

Guillerault, G. (2009). *Dolto/ Winnicott: El bebe en el psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Jerusalinsky, A. (2011). *Psicoanálisis del Autismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Lacan, J. (1957- 1958). *Seminario 5: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.

Laplanche, J. (1973). *Vida y muerte en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ledoux, M. (1992). *Introducción a la Obra de Françoise Dolto*. Buenos Aires: Amorrortu.

Melman, C. (1995). Observaciones sobre la anorexia. En: *La Oralidad*. Rosario: Bimotor

Nasio, J. D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Paidós.

Rodulfo, R. (2001). *El niño y el Significante*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1956). Los procesos de maduración y el ambiente faicllitador . Barcelona: Paidós.

Winnicott, D. (1991). Realidad y Juego . Barcelona: Gedisa.

Winnicott, D. (1998). *Los bebés y sus madres*. Paidós: Barcelona.

En Internet:

ACAB. (2007). *Asociación contra la Anorexia y la Bulimia*. Obtenido de <http://www.acab.org/es/documentacion/estudios-y-informes>

Betancourt, L. (2007). Universidad Javeriana. Obtenido de <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/8-INTERACCION.pdf>

Calcagnini, C. (2013). *Tayché. Clínica Psicoanalítica*. Obtenido de <http://tyche.com.ar/>

El Psicoanálisis de Freud. (19 de 07 de 2013). Obtenido de <http://psicoanalisisdefreud.com/etapas-del-desarrollo-psycosexual/>

Falk, F. (24 de 10 de 2009). *Escuela de Formación de Ayudantes*. Obtenido de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Fijaci%C3%B3n-y-Regresi%C3%B3n-Libidinal/25998647.html>

Goian, F. (15 de 08 de 2012). *Asociación Lacaniana Internacional*. Obtenido de http://www.freud-lacan.com/Data/pdf/Amorexie_Flavia_Goian.pdf

Grahaman, G. (2010). Imago Agenda. Obtenido de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=768>

Pareja, I. d. (08 de 2010). *BVSDE*. Obtenido de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/0301FONdes.pdf>

Roldán, A. (25 de 02 de 2014). *Salva Tierra*. Obtenido de http://arturoroldan.salvatierra.biz/mas_alla.htm

Saludalia. (11 de 12 de 2000). Obtenido de <http://www.saludalia.com/intervenciones-quirurgicas/>

Sauval, M. (17 de 03 de 2010). *Planeta Freud*. Obtenido de <http://planetafreud.wordpress.com/2010/03/17/guia-freud-06-teoria-de-las-pulsiones/>

En Revistas Virtuales:

Bleichmar, H. (05 de 07 de 1999). *Aperturas Psicoanalíticas*. Obtenido de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000074&a=Del-apego-al-deseo-de-intimidad-las-angustias-del-desencuentro>

Cancio, B. (2009). *Revista Querencia*. Obtenido de http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro12/bruno_cancio.htm

Casas, M. (2007). *Revista Querencia*. Obtenido de

http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro10/myrta_casas.htm

Levinton, N. (05 de 11 de 2001). *Aperturas Psicoanalíticas*. Obtenido de

<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=185&a=Relacionalidad-Del-apego-a-la-intersubjetividad>

Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría. (05 de 06 de 2000). Obtenido de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000100003

ANEXO

Lámina 1

Análisis de la personalidad, relación con las figuras paternas, autonomía y sumisión, los logros personales, sexualidad, ansiedad, imagen corporal en sentido de autoimagen o preocupaciones obsesivas.

Lámina 2

Esta lámina ofrece las relaciones familiares del sujeto, su autonomía versus sumisión, temas edípicos, rivalidad fraterna.

Lámina 3 NM

Lámina que da cuenta de sentimientos depresivos

Lámina 4

Lámina que da cuenta de necesidades y sentimientos con relación a la pareja, problemas de infidelidad, problemas sexuales o celos.

Lámina 5

La presente lámina expresa la relación madre e hija., material vouyerístico, posible reproducción de la escena primaria.

Lámina 6 NM

La lámina expresa la relación de la figura masculina, en especial la figura paterna.

Lámina 7 NM

La lámina saca a la luz la relación madre e hija

Lámina 8 NM

La presente lámina, no da un tema en especial, la naturaleza contemplativa de la mujer permite que se exprese varias situaciones.

Lámina 9 NM

La lámina da cuenta de la relación femenina, no en especificidad con la madre, puede ser hermanas, primas, amigas, etc. Sospechas de rivalidad, depresión, angustia, malicia.

Lámina 10

La lámina da cuenta de la tolerancia a las despedidas, la relación de pareja.

Lámina 11

La lámina presenta miedos primitivos e infantiles, ansiedad, temor a ser devorado.

Lámina 12 M

La lámina pone en manifiesto la imagen que tiene la figura materna.

Lámina 12 VN

Esta lámina expresa tendencias suicidas.

Lámina 13 HM

Lámina que expresa conflictos sexuales entre hombres y mujeres.

Lámina 14

Temores a la oscuridad, tendencias suicidas, figura corporal.

Lámina 15

La lámina da cuenta de temor hacia la muerte, tendencias depresivas.

Lámina 16

La presente lámina da cuenta de la capacidad de imaginación que presenta el paciente, su historia.

Lámina 17 NM

Lámina que da cuenta de sospechas suicidas.

Lámina 18 NM

Manejo de la agresión, relación madre e hija.

Lámina 19

Lámina que reproduce temores.

Lámina 20

Lámina que da cuenta de temores.