

anorexia

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – REQUISITO CURRICULAR
PLAN DE ESTUDIOS O.C.S 586/85 Q.C.S 143/89

Apellido y nombre: Mora, Noelia
Spreafico, Marcela

Matrícula y año: 3847/96
3950/96



Supervisor : Lic. Beatriz Markis

Título del proyecto: Anorexia y la diada madre - hija

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
f-ps	donación
M	N° INVENTARIO:
	1148

Descripción resumida:

Indagaremos el vínculo materno – filial, el peso que tiene esta diada dentro de la tríada, y cómo incide en la anorexia. Ya que la interacción madre – lactante es entendida como un proceso en que la madre entra en comunicación con su bebé enviándole ciertos mensajes, mientras que el lactante a su vez responde a la madre con sus recursos propios.

Sin embargo, las alteraciones de la comunicación entre ambos, pueden ser consideradas importantes para el desarrollo de esta enfermedad.

Así la interacción madre – lactante se presenta como el prototipo primitivo de todas las formas de intercambio posteriores.

Abordándolo desde las distintas teorías psicológicas actuales y psicoanalíticas.

Palabras claves: Anorexia – diada-tríada – madre-hija.

Descripción detallada:

Nos interesa abordar este tema debido a la difusión que tiene la anorexia en los medios de comunicación, la influencia de la moda, un cuerpo predeterminado

por la sociedad, que los adolescentes intentan alcanzar quedando atrapadas muchas de ellas dentro de esta patología.

Todo esto influye de manera particular en la adolescencia, ya que ésta se caracteriza por un período de asunción de roles, de búsqueda de identidad, y de desprendimiento de las idealizaciones de las figuras parentales.

Por ello, nos motiva indagar el vínculo entre la madre y la hija y cómo puede éste incidir a su vez en el desencadenamiento de esta patología.

Más allá de que ésta patología, la Anorexia, data de la Edad Media, y que el Psicoanálisis y la Medicina se han ocupado de ésta enfermedad, casi siempre transitando caminos divergentes, es en la actualidad que el término Anorexia se torna familiar, se ha popularizado pero no solo para los profesionales sino también para el conjunto social.

Sin embargo, y a pesar de éstas consideraciones generalizables en algunos aspectos, sólo las articulaciones entre la dimensión macrocontextual y una historia familiar y subjetiva, podrán dar cuenta de cada anorexia, ya que la singularidad excede siempre las estadísticas.

Actualmente hay una gran cantidad de trabajos basados en diferentes lecturas sobre el tema.

El primer caso de Anorexia se remonta a 1694, cuando un médico inglés llamado Morton, realizó las primeras descripciones clínicas de la anorexia nerviosa, que la describió como consunción nerviosa.

En la década de 1870 dos médicos, Gull en Londres y Lasegue en París, mencionaron casos de anorexia histérica. Describieron al desorden en términos médicos y psíquicos.

Gull fue el primero en nombrar a la enfermedad anorexia nerviosa, otorgándole un componente mental y señalando que en estas chicas existía una negación perversa a comer.

Lasegue observó que la enfermedad ocurría en mujeres adolescentes y comenzó a investigar la conducta de la familia ante el rechazo de la adolescente a ingerir alimentos.

Freud en 1892 se encuentra con el síntoma anoréxico en una paciente joven, caracterizado por la repugnancia a la comida y por la imposibilidad de retener los alimentos ingeridos.

Freud diagnostica este caso como una histeria de ocasión.

En el caso de Emmy Von N, en los historiales clínicos de los estudios sobre la histeria de 1895 y en los tres ensayos para una teoría sexual, la anorexia también aparece directamente relacionada con la histeria como un síntoma de esa estructura en particular.

En el manuscrito G. Melancolía de 1895, Freud dice que la anorexia nerviosa de las niñas jóvenes le parece una melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada.

En el Caso Dora, esta adolescente que perdió el apetito después de su encuentro con el Señor K, le permite a Freud luego de haberla estudiado, vincular el cuadro de anorexia a estructuras tanto edípicas como narcisísticas (cite)

Por otro lado, en 1914 Simmonds le atribuye a la anorexia causas orgánicas y la vincula con el Panhipopituitarismo.

De esta manera la anorexia nerviosa fue erróneamente confundida con insuficiencia pituitaria y se implementaron tratamientos invasivos con insulina y electro shock. (cite)

En 1936, Ryle en oposición a la caquexia pituitaria formula un concepto traumatogénico, preparando el camino para un punto de vista psicosomático, proponiendo la hipótesis que la anorexia nerviosa representa una represión de deseos de estar embarazada disparando mecanismos psicofisiológicos para provocar una amemorrea funcional.

A partir de la década de 1990, autores como Garfinkel, Garner, Schwartz y Thompson, plantean que las causas de la anorexia son múltiples y resultan de la interacción de factores propios del individuo, de su familia y de la sociedad, no obstante, cada caso debe ser examinado de forma individual.

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos sobre la anorexia, la décima revisión del manual de la Organización Mundial de la Salud (OMS 1992) destaca el miedo a engordar como variable fundamental del trastorno, haciendo especial hincapié en el que el trastorno involucra al eje hipotálamo -hipofisario-

gonadal, lo que da lugar a la amemorea en la mujer y a la pérdida de interés sexual en el varón.

En la actualidad la anorexia nerviosa se encuentra clasificada detalladamente en el manual estadístico de los trastornos mentales (DSM IV). En la enfermedad existe el persistente deseo de mantener un peso corporal debajo de lo sanamente recomendable, el miedo a engordar, la falta de menstruación y la distorsión de la imagen corporal.

En 1993, García Rodríguez, dedica un ensayo a las enfermedades de la alimentación, en el que sostiene que la Anorexia es una enfermedad psicosomática. La define como la fobia a la obesidad, como un deseo irracional de estar delgada y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social.

Way (1996) dice que la anorexia es una adicción como cualquier otra, en la cual ser delgada es la obsesión y perder peso en modo de satisfacerla. De modo que, la base de la anorexia nerviosa radica en un nivel insuficiente de autoestima personal.

En 1999, las descripciones sobre anorexia que parten de 1973, son hechas por Toro, quien que con el nombre de "Anorexia Santa", relaciona la enfermedad con las vocaciones religiosas de las jóvenes de la época. Ya que desde el siglo XIII al siglo XV el control del apetito connotaba religiosidad, convicción, obediencia, castidad y pulcritud.

Define a la anorexia nerviosa como un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal, habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar.

Dentro de los modelos explicativos sobre la anorexia encontramos al psicoanálisis que consideraba a la anorexia nerviosa como una forma de histeria de conversión que simbólicamente expresaba el repudio a la sexualidad, unido de fantasías de embarazo oral. Posteriormente, los modelos neopsicodinámicos, proponen como causa de este tipo de trastornos, la interacción íntima de la relación temprana entre el niño y sus padres. De modo análogo, el modelo sistemático, señala como relevantes las alianzas

encubiertas, la alternancia de la culpabilización, la falta en la resolución del conflicto y distorsiones en la comunicación, como factores predisponentes de patología familiar en las familias con alguna hija anoréxica.

En el enfoque conductual, propone que los trastornos alimentarios forman un complejo patrón conductual caracterizado por conductas que se adquieren y se mantienen en el tiempo como consecuencia de reforzadores y castigos (externos y/o internos).

Los planteamientos cognitivos/conductuales proponen que entre las variables estímulo y respuesta, median los pensamientos de los sujetos. Es decir, que las conductas características de los sujetos con trastornos alimentarios son de alguna manera la consecuencia de las distorsiones cognitivas y las alteraciones de la imagen corporal.

La mayor parte de estos enfoques proponen factores casuales únicos, sin embargo, los trastornos alimentarios constituyen un cuadro imposible de reducir a un único factor que de cuenta de toda la complejidad que los caracteriza. Por esta razón, la tendencia de los últimos años es considerar este tipo de trastornos como fenómenos heterogéneos y multifactoriales surgiendo de la interacción de diferentes factores psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos. Asimismo, las descripciones actuales subrayan el papel de la maduración y de la vulnerabilidad psicológica para iniciar el desarrollo de síntomas. De esta manera, aparecen los primeros modelos biopsicosocial para dar ^{cuenta} cuenta de este tipo de trastorno. El primer modelo conocido que trata de poner en evidencia todo este conjunto de factores es el modelo multifactorial de ^{de} de al anorexia propuesto por Lucas (1981) y posteriormente ampliado y modificado por Pirke y Ploog (1984, 1987). Dicho modelo parte de tres factores (predisposición biológica, predisposición psicológica y entorno social) que interactuarían entre sí para dar lugar al trastorno anoréxico.

En esta misma línea se encuentran Toro y Vilardell (1987) Williamson, David Duchman, Mckenzie y Watkins (1990) Striegel – Moore (1993).

Objetivo general:

Indagar el vínculo materno – filial, el peso que tiene esta díada dentro de la tríada, y como incide en la anorexia.

Objetivos específicos:

- Reconocer y diferenciar las distintas teorías psicológicas actuales y psicoanalíticas.
- Comprender y explicar el vínculo materno – filial desde estas teorías.
- Realizar una comparación crítica de las mismas.
- Reflexionar acerca de esta patología y sobre la díada madre – hija.

Como eje organizador de este estudio, el mismo será llevado a cabo a través de las distintas teorías psicológicas y/o psicoanalíticas.

Dentro de estas últimas, nos basaremos en autores tales como: Heckier, Marcelo; Celina Miller y Nasio, quienes nos aportan una mirada Lacaniana sobre la anorexia, considerada como una patología del deseo, y poder entender el vínculo entre madre – hija a partir de la necesidad – demanda – deseo propuesto por Lacan.

Por otro lado, recurriremos a Freud a partir de sus historiales clínicos: "Señorita Anna O"; "Señora Emmy Von N"; "Caso Dora"... los cuales dan cuenta de cómo en esa época los síntomas de la anorexia estaban justificados. Finalmente, nos remitiremos a Françoise Doltó, a través de sus concepciones de esquema corporal e imagen inconsciente del cuerpo, en relación a la etapa de la adolescencia, a partir de las transformaciones somáticas y psicológicas por las que atraviesa el adolescente en su entrada a la sexualidad y a la vida adulta.

Y desde las teorías psicológicas actuales, tendremos en cuenta a Bleger a partir de conceptos como vínculo simbiótico, indiscriminación, núcleo aglutinado, entre otros, que en cierta medida nos permitirá caracterizar la relación que se establece entre la madre y la hija.

Para citar a otros autores, haremos referencia a Salvador Minuchín a partir de las características que observó en las familias de las anoréxicas.

Y por último, autores pertenecientes a la psicología psicoanalítica del Yo, quienes trataron de profundizar el nexo entre el desarrollo del Yo y la formación de las primeras relaciones objetales privilegiando en particular la primitiva relación con la madre (Spitz – Kreisler – Fain y Soule – G. Ammon – L. Onnis, entre otros autores).

Habiendo sido explicitado los objetivos de esta investigación, la misma será de tipo bibliográfica exhaustiva.

Y las técnicas consistirán en documentos, citas, ^{fuente} comparaciones críticas. (1)

Será llevada a cabo en la ciudad de Mar del Plata, como trabajo de investigación en la Universidad Nacional.

En Resumen y para finalizar, se debe tener en cuenta, de acuerdo a lo que se ha mencionado, que el presente trabajo de investigación, se llevará a cabo en la ciudad de Mar del Plata, como trabajo de investigación en la Universidad Nacional.

Bibliografía:

- Bleger, J. (1997). Simbiosis y Ambigüedad. Estudio Psicoanalítico. Buenos Aires. Paidós. 307 pag.
- Doltó, F (1990). La imagen inconsciente del cuerpo. Barcelona : Paidós. 299 pag.
- Doltó, F. (1996). La causa de los adolescentes. Buenos aires. Seix barral . 283 pag.
- Freud, S (1978). Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1901 – 1905). Volumen VII. Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires. 314 pag.
- Freud, S; Brever, J. (1978). Señorita Anna O; Señora Emmy Von N. Estudio sobre la histeria (1893 – 1895). Obras completas. Volumen II . Amorrortu. Buenos Aires. 342 pag.
- Heckier, M; Miller, C. (1995). Anorexia – Bulimia. Deseo de nada. Buenos Aires. Paidós. 155 pag.
- Onnis, L. (1990). Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos. Barcelona: paidós. 143 pag.



LIC. BEATRIZ MARKIS
PSICANALISTA
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA
C.F. ADULTOS
MAY. PROF. 48017

NHoo



Firma del supervisor

Firma de la supervisora

Firma del/los alumnos

PI área de investigación

Resultado de la investigación (aprobado/rehacer)

Fecha: 19-11-04



Índice General

➤ Portada.....	II
➤ Uso del trabajo.....	III
➤ Evaluación de la supervisora.....	V
➤ Evaluación de la comisión asesora.....	VI
➤ Introducción.....	VII
➤ Plan de trabajo.....	8
➤ Capitulo I: Teoría Psicoanalítica freudiana.....	15
➤ Capitulo II: Teorías Psicológicas actuales.....	20
➤ Capitulo III: Teoría Psicoanalítica del yo.....	27
➤ Capitulo IV: Teoría Psicoanalítica Postfreudiana.....	31
➤ Capitulo V: Teoría Psicoanalítica Postlacaniana.....	39
➤ Capitulo VI: Teorías Psiquiátricas.....	46
➤ Síntesis final.....	52
➤ Bibliografía.....	62

Tema

Página

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Informe Final del Trabajo de Investigación

Correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. N° 143/89

Título

“Anorexia y la diada madre-hija”

Autoras: **Mora Noelia**- Matrícula 3847/96- D.N.I. 26.414.076

Spreafico Marcela- Matrícula 3950/96- D.N.I. 26.326.962

Supervisora: **Lic. Beatriz Markis**

Mar del Plata

Agosto 2005

Uso del trabajo de Investigación

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Mora Noelia y Spreafico Marcela de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras.

Aprobación de la Supervisora

La que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Mora Noelia y Spreafico Marcela matrículas N° 3847/96 Y 3950/96, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los....días del mes de agosto del año 2005.



.....

Beatriz Markis
Supervisora

Informe de Evaluación de la Supervisora

Dejo Constancia que la amplia difusión que la anorexia ha ido mereciendo, fue el punto de partida e interés de ambas alumnas me presentaron como tema y móvil de su proyecto unido a la necesidad de precisar la forma de abordaje en el campo profesional de la psicología.

Esta verdad última que demandaban obligó a acordar que el tratamiento posible habría de depender de la manera en que se entendiese la estructura psíquica y sus efectos.

Logrando este recorrido intentaron enmarcar ciertos determinismos en la relación madre-hija que se suele encontrar, recordando que a su vez estos, remiten a ciertas condiciones subjetivas en cada caso de la construcción de este vínculo.

Considero que la implicancia de esta patología en la historia de un sujeto requiere una fundamentación teórica comprometida y que esta revisión dará pie a las alumnas a continuar encontrando la respuesta que su experiencia clínica le ira permitiendo encontrar.

Mar del Plata, Noviembre 2005



Lic. Beatriz Markis

Presentación ante la Comisión Asesora

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Mora Noelia y Spreafico Marcela, matrículas N° 3847/96 y 3950/96.

.....

.....

.....

Fecha de Aprobación: de de 2005

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realiza con motivo de dar cumplimiento al requisito curricular requerido por la carrera de Licenciatura en Psicología, con el propósito de servir además de a las interesadas, a todos aquellos que hacen posible esta formación profesional.

Este trabajo se ha iniciado a partir de querer indagar sobre el vínculo materno-filial, el peso que tiene esta díada dentro de la tríada, y como incide en la anorexia. Para ello lo abordaremos a través de las distintas teorías psicológicas actuales y psicoanalíticas, que detallaremos a continuación. Realizando previamente una breve reseña histórica sobre dicha patología.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. 586/85 – O.C.S. 143/89

Apellido y Nombre: Mora Noelia

Spreafico Marcela

Matrícula y año: 3847/96

3950/96

Supervisor: Lic. Beatriz Markis

Título del Proyecto: Anorexia y la díada madre-hija

Indagaremos el vínculo materno-filial, el peso que tiene esta díada dentro de la tríada, y cómo incide en la anorexia. Ya que la interacción madre-lactante es entendida como un proceso en que la madre entra en comunicación con su bebé enviándole ciertos mensajes, mientras que el lactante a su vez responde a la madre con sus recursos propios.

Así la interacción madre-lactante se presenta como el prototipo primitivo de todas las formas de intercambio posteriores, abordado desde las distintas teorías psicológicas actuales y psicoanalíticas.

Nos interesa abordar este tema debido a la difusión que tiene la anorexia en los medios de comunicación, la influencia de la moda, un cuerpo predeterminado por la sociedad, que las adolescentes intentan alcanzar quedando atrapadas muchas de ellas dentro de esta patología.

Todo esto influye de manera particular en la adolescencia, ya que ésta se caracteriza por un período de asunción de roles, de búsqueda de identidad, y de desprendimiento de las idealizaciones de las figuras parentales.

Por ello, nos motiva indagar el vínculo entre la madre y la hija y cómo puede éste incidir a su vez en el desencadenamiento de esta patología.

Comenzaremos realizando un breve recorrido histórico sobre esta patología.

Más allá de que esta patología, la Anorexia, data de la Edad Media, y que el Psicoanálisis y la Medicina se han ocupado de esta enfermedad, casi siempre transitando caminos divergentes, es en la actualidad que el término Anorexia se torna familiar, se ha popularizado pero no sólo para los profesionales sino también para el conjunto social.

Sin embargo, y a pesar de estas consideraciones generalizables en algunos aspectos, sólo las articulaciones entre la dimensión macrocontextual y una historia familiar y subjetiva, podrán dar cuenta de cada anorexia, ya que la singularidad excede siempre las estadísticas.

Actualmente hay una gran cantidad de trabajos basados en diferentes lecturas sobre el tema.

El primer caso de anorexia se remonta a 1694, cuando un médico inglés llamado Morton, realizó las primeras descripciones clínicas de la anorexia nerviosa, que la describió como consunción nerviosa.

En la década de 1870 dos médicos, Gull en Londres y Lasegue en París, mencionaron casos de anorexia histérica. Describieron al desorden en términos médicos y psíquicos.

Gull fue el primero en nombrar a la enfermedad anorexia nerviosa, otorgándole un componente mental y señalando que en estas chicas existía una negación perversa a comer.

Lasegue observó que la enfermedad ocurría en mujeres adolescentes y comenzó a investigar la conducta de la familia ante el rechazo de la adolescente a ingerir alimentos.

Freud en 1892 se encuentra con el síntoma anoréxico en una paciente joven, caracterizado por la repugnancia a la comida y por la imposibilidad de retener los alimentos ingeridos.

Freud diagnostica este caso como una histeria de ocasión.

En el caso de emmy Von N, en los historiales clínicos de los estudios sobre la histeria de 1895 y en los tres ensayos para una teoría sexual, la anorexia también aparece directamente relacionada con la histeria como un síntoma de esa estructura en particular.

En el manuscrito G. Melancolía de 1895, Freud dice que la anorexia nerviosa de las niñas jóvenes le parece una melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada.

En el Caso Dora, esta adolescente que perdió el apetito después de su encuentro con el Señor K, le permite a Freud luego de haberla estudiado, vincular el cuadro de anorexia a estructuras tanto edípicas como narcisísticas.

Por otro lado, en 1914 Simmonds le atribuye a la anorexia causas orgánicas y la vincula con el Panhipopituitarismo.

De esta manera la anorexia nerviosa fue erróneamente confundida con insuficiencia pituitaria y se implementaron tratamientos invasivos con insulina y electro-shock.

En 1936, Ryle en oposición a la caquexia pituitaria formula un concepto traumatogénico, preparando el camino para un punto de vista psicosomático, proponiendo la hipótesis que la anorexia nerviosa representa una represión de deseos de estar embarazada disparando mecanismos psicofisiológicos para provocar una amenorrea funcional.

A partir de la década de 1990, autores como Garfinkel, Garner Schwartz y Thompson, plantean que las causas de la anorexia son múltiples y resultan de la interacción de factores propios del individuo, de su familia y de la sociedad, no obstante, cada caso debe ser examinado de forma individual.

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos sobre la anorexia, la décima revisión del manual de la Organización Mundial de la Salud (OMS 1992) destaca el miedo a engordar como variable fundamental del trastorno, haciendo especial hincapié en que el trastorno involucra al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, lo que da lugar a la amenorrea en la mujer y a la pérdida de interés sexual en el varón.

En la actualidad la anorexia nerviosa se encuentra clasificada detalladamente en el manual estadístico de los trastornos mentales (DSM IV). En la enfermedad existe el persistente deseo de mantener un peso corporal debajo de lo sanamente recomendable, el miedo a engordar, la falta de menstruación y la distorsión de la imagen corporal.

En 1993, García Rodríguez, dedica un ensayo a las enfermedades de la alimentación, en el que sostiene que la anorexia es una enfermedad psicosomática .

La define como la fobia a la obesidad, como un deseo irracional de estar delgada y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social.

Way (1996) dice que la anorexia es una adicción como cualquier otra, en la cual ser delgada es la obsesión y perder peso un modo de satisfacerla. De modo que, la base de la anorexia radica en un nivel insuficiente de autoestima personal.

En 1999, las descripciones sobre anorexia que parten de 1973, son hechas por toro, quien con el nombre de “Anorexia Santa”, relaciona la enfermedad con las vocaciones religiosas de las jóvenes de la época. Ya que desde el siglo XIII al siglo XV el control del apetito connotaba religiosidad, convicción, obediencia, castidad y pulcritud.

Define a la anorexia nerviosa como un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal, habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar.

Dentro de los modelos explicativos sobre la anorexia encontramos al Psicoanálisis que consideraba a la anorexia nerviosa como una forma de histeria de conversión que simbólicamente expresaba el repudio a la sexualidad, unido de fantasías de embarazo oral.

Posteriormente, los modelos Neopsicodinámicos, proponen como causa de este tipo de trastornos, la interacción íntima de la relación temprana entre el niño y sus padres.

De modo análogo, el modelo Sistémico, señala como relevantes las alianzas encubiertas, la alternancia de la culpabilización, la falta en la resolución del conflicto y distorsiones en la comunicación, como factores predisponentes de patología familiar en las familias con alguna hija anoréxica.

El enfoque conductual, propone que los trastornos alimentarios forman un complejo patrón conductual caracterizado por conductas que se adquieren y se mantienen en el tiempo como consecuencia de reforzadores y castigos (externos y/o internos).

Los planteamientos Cognitivos/Conductuales proponen que entre las variables estímulo y respuesta, median los pensamientos de los sujetos. Es decir, que las conductas características de los sujetos con trastornos alimentarios son de alguna manera la consecuencia de las distorsiones cognitivas y las alteraciones de la imagen corporal.

La mayor parte de estos enfoques proponen factores casuales únicos, sin embargo, los trastornos alimentarios constituyen un cuadro imposible de reducir a un único factor que de cuenta de toda la complejidad que los caracteriza. Por esta razón, la tendencia de los últimos años es considerar este tipo de trastornos como fenómenos heterogéneos y multifactoriales surgiendo de la interacción de diferentes factores psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos.

Asimismo, las descripciones actuales subrayan el papel de la maduración y de la vulnerabilidad psicológica para iniciar el desarrollo de síntomas. De esta manera, aparecen los primeros modelos Biopsicosocial para dar cuenta de este tipo de trastorno.

El primer modelo conocido que trata de poner en evidencia todo este conjunto de factores es el modelo multifactorial de la anorexia propuesto por Lucas (1981) y posteriormente ampliado y modificado por Pirke y Ploog (1984, 1987). Dicho modelo parte de tres factores (predisposición biológica, predisposición psicológica y entorno social) que interactuarían entre sí para dar lugar al trastorno anoréxico.

En esta misma línea se encuentran Toro y Vilardell (1987) Williamson, David Duchman, Mckenzie y Watkins (1990) Stregel – Moore (1993).

CAPÍTULO I

TEORÍA PSICOANALÍTICA FREUDIANA

3.1. Sigmund Freud

A partir de sus historiales clínicos: Señorita Anna O; Señora Emmy Von N; Caso Dora... da cuenta de cómo en esa época los síntomas de la anorexia estaban justificados. Comenzamos por el caso Dora.

3.1.2. Caso Dora

En el caso Dora, Freud asocia la anorexia con la histeria de conversión, la considera como un síntoma de esa estructura.

Los síntomas conversivos provienen de un trauma psíquico, que es la condición previa indispensable para la génesis de un estado patológico histérico. Sin embargo, es en la infancia donde hay que buscar influencias que pudieron producir efectos análogos a los de un trauma.

En la escena del beso con el Sr. K se observan indicios de anorexia, ya que esta adolescente perdió el apetito después de su encuentro con éste, a partir de lo que sintió Dora: asco, luego comía mal y confesaba cierta repugnancia por los alimentos.

Con lo cual le permite a Freud luego de haberla estudiado, vincular el cuadro de anorexia a estructuras tanto edípicas como narcisísticas.

Los síntomas de la histeria, son de origen psíquico y somático. Los síntomas se solucionan en la medida en que se explora su intencionalidad psíquica.

Una vez que se ha removido, lo que puede eliminarse mediante un Psicoanálisis, es posible formarse toda clase de ideas, probablemente acertadas, acerca de las bases somáticas, por lo general orgánico-constitucionales, de los síntomas.

La actual enfermedad de Dora, tos y afonía, respondían a motivos, tenía un fin que esperaba alcanzar mediante su enfermedad. Es decir, el síntoma tenía un beneficio secundario.

El propósito de enfermar puede ser: interno, como autocastigo, y externo, Dora quiere conmover a su padre y separarlo de la Sra. K.

El síntoma tiene más de un significado, uno de ellos son las fantasías sexuales. No es necesario que los diversos significados de un síntoma sean compatibles entre sí, vale decir, se complementen dentro de una trabazón. Basta con que esta última quede establecida por el tema que ha dado origen a las diversas fantasías. Un síntoma corresponde a varios significados simultáneamente.

3.1.3 Señorita Anna O

En cuanto a las puntualizaciones que hizo Freud sobre este caso, se observa que la anorexia siempre aparece ligada a una situación traumática, y por la represión de los afectos aparece como síntoma que posee un lenguaje simbólico, que se traduce en el cuerpo, y aparecen justificados.

En este caso, el acontecimiento traumático se debe a que el padre de Anna estaba muy enfermo, y durante los primeros meses de su enfermedad, Anna se consagró a su cuidado. En esa época comenzó a debilitarse y a sentir asco por los alimentos.

Otro acontecimiento traumático, el más grave trauma psíquico que pudiera afectarla, fue la muerte de su padre, a partir de lo cual Anna se rehúsa por completo a comer.

Frente a otro acontecimiento, que es la partida de Freud de viaje, Anna durante ese tiempo se abstiene totalmente de comer. También se le volvió imposible de beber, como si fuera una hidrofóbica, sólo vivía a fuerza de frutas, melones, etc, que el mitigaban su sed martirizadora. Asociada a una situación, referida a su dama de compañía inglesa, a quien no amaba, y que un día había ido a su habitación y ahí vio a su perrito beber de un vaso; ella no dijo nada pues quería ser cortés.

El tratamiento de este síntoma consistió en la cura de su Histeria.

3.1.4 Señora Emmy Von N

Era una histérica, fue educada con esmero, pero de manera muy compulsiva, por una madre severa e hiperenérgica.

Traduce en su cuerpo todas las situaciones traumáticas de su vida.

En relación con la comida, Freud le pregunta si alguna vez se vio obligada a comer en medio de una gran emoción. Así es, tras la muerte de su marido careció por largo tiempo de todo placer de comer, comía sólo por deber, y efectivamente los dolores de estómago empezaron por entonces.

Freud la visitó un día mientras almorzaba y al sorprendió arrojando algo envuelto en papel al jardín, donde lo recogían los hijos del portero.

Emmy confesó que era su pastel que cotidianamente solía seguir el mismo camino. Esto movió a Freud a considerar los restos de los otros platos, y halló que de ellos sobraba más de lo que podía haber comido.

Interpelada por su poco comer, respondió que no estaba acostumbrada a tomar más, y aún le haría daño; sostuvo tener la misma naturaleza que su difunto padre, quien igualmente había sido de poco comer: identificación con el padre.

Freud ligó la anorexia con la historia del sujeto. ¿Por qué no puede Ud. comer más?. Su respuesta consistió en indicar una serie cronológicamente ordenada, de motivos extraídos de su recuerdo: “Como, de niña, me sucedía a menudo portarme mal en la mesa y no quería comer mi plato de carne. Entonces mi madre se mostraba siempre muy severa y so pena de serio castigo, dos horas más tarde debía comer del mismo plato la carne que ahí había quedado. La carne se había enfriado por completo y la grasa se había vuelto del todo rígida (asco) ... y todavía veo frente a mí el plato con la carne y la grasa frías, y como, muchos años después, yo convivía con mi hermano que era militar y tenía el mal abominable, yo sabía que era contagioso, y tenía una angustia atroz de equivocarse los cubiertos y tomar su tenedor y su cuchillo (gesto de horror) y a pesar de ello comía junto con él para que nadie advirtiese que estaba enfermo.

Y como poco después he cuidado a mi otro hermano, tan enfermo de los pulmones, comíamos frente a su cama y el salivadero estaba siempre sobre la mesa y permanecía abierto (gesto de horror) y él tenía la costumbre de esputar ahí por encima de los platos, siempre me daba tantísimo asco”.

Si se escoge el término “conversión” para la trasposición de excitación psíquica en un síntoma corporal permanente, que constituye la característica de la histeria, se puede decir que el caso de la Señora Emmy Von N, muestra un monto pequeño de conversión; la excitación psíquica en su origen, permanece las más de las veces en el ámbito psíquico. Bien se advierte que por ello este caso se asemeja a aquellos otros de neurosis no histéricas.

Si come apenas es porque no gusta de hacerlo y no puede obtener gusto alguno del comer porque ese acto está en ella enlazado de antiguo con recuerdos de asco, cuyo monto de afecto no ha experimentado todavía aminoración alguna. Ahora bien, es imposible comer al mismo tiempo con asco y con placer.

Y el apuntalamiento del asco adherido de antiguo a las comidas no puede producirse porque ella siempre se vio precisada a sofocar en vez de librarse de él mediante una reacción; de niña, por miedo al castigo debía comer con asco la comida fría, y ya adulta, el miramiento por sus hermanos le impedía exteriorizar los afectos a que la sometían las comidas compartidas.

CAPÍTULO II

TEORÍAS PSICOLÓGICAS ACTUALES

2.1. José Bleger

El tema de la Simbiosis en Psicología y Psicopatología es relativamente nuevo bajo este título.

No se trata de dar un nombre nuevo a fenómenos ya conocidos, sino de reubicarlos en función de un concepto que se acerca más a la realidad: la simbiosis nos sitúa de pleno, y desde el comienzo del desarrollo de la personalidad, en la interrelación humana, y su estudio nos hace comprender otros fenómenos de la vida del adulto y su patología.

Tenemos en cuenta a Bleger a partir de conceptos como *simbiosis*, *discriminación*, *núcleo aglutinado*, que en cierta medida nos permitirá caracterizar la relación que se establece entre madre e hijo/a.

La simbiosis es un término biológico referido a la gestación y desarrollo del niño en el interior del vientre de la madre y a la interdependencia de vida o muerte que en esta relación se genera.

Es un vínculo o relación con un objeto que por sus características se lo denomina núcleo aglutinado, procede etimológicamente del griego y significa viscoso.

En la relación simbiótica, el cuerpo del niño en un comienzo no es reconocido ni sentido como suyo. Esto se da concomitantemente ligado al hecho de que la madre lo siente todavía como parte de su propio cuerpo.

Es la relación, la que permite y restringe a la vez la lenta adquisición de su identidad corporal de su comienzo de discriminación.

Suele ocurrir que este proceso en familias predominantemente simbióticas quede detenido en parte o empobrecido.

El cuerpo queda así incluido dentro del cuerpo estructura del grupo familiar, sin posibilidad de actuar con libertad, de sentir con plenitud atado a los valores establecidos para no permitirse nuevas sensaciones y goces y disminuido en las posibilidades que hubieran podido ser de un cuerpo en plenitud gozosa de su conocimiento de sí.

Una parte esencial del conflicto, en este tipo de familias, que no logran resolver y en el que se encuentran encerrados es que sus integrantes no pueden reconocerse sino como partes del otro. Están confundidos respecto de sí y lo están respecto del otro, por hallares fundidos en él.

El sujeto que logra romper la atadura, separarse, lo hace violentamente y violentándose y difícilmente logra recuperar todas sus partes, por lo general queda desgastado, empobrecido y con dificultades en sus nuevos vínculos.

En un grupo simbiótico hay tres roles que son fijos y están siempre presentes: el del protegido, el del protector y el del observador y controlador. Estos tres roles pueden distribuirse entre dos personas o más (madre-hija-padre).

La simbiosis se establece y opera fundamentalmente en el área del cuerpo y el mundo externo.

El área mental está fuertemente dissociada o escindida de las otras dos y asiste como espectadora de los sucesos y vicisitudes de la simbiosis en los cuales no puede intervenir ni encauzar.

La anoréxica tiende a negar todo cambio y se esfuerza por mantener rígidamente su organización psicológica. Los peligros comienzan cuando se siente separada de los objetos externos protectores (su madre) apareciendo soledad y abandono.

Cuando por el contrario, las familias tienden a la discriminación de sus integrantes, la identidad corporal es más total y sus posibilidades de expresión más plenas.

Una familia con un equilibrado desarrollo de sus integrantes es la que permite e incita preferentemente la discriminación de sus miembros. En ella, compartir es dar de sí aspectos que hacen a la relación pero no a la totalidad de uno mismo.

2.2. Salvador Minuchín

Uno de los aspectos en el estudio de la familia como sistema es Salvador Minuchín, se ha dedicado a estudiar a las familias psicósomáticas y su contribución al estudio, tratamiento y recuperación del paciente con anorexia ha sido fundamental en el estudio de este trastorno.

Cuando una familia acude a terapia lo hace con la premisa de que solamente un miembro de la familia, el que es portador del síntoma, síntoma que a la vez es causante de todos los problemas por los que pasa la familia, por lo tanto, es necesario

que en el tratamiento de la familia anoréxica se tome en cuenta y se especifique que aunque solamente uno de los miembros de la familia es el que presenta el síntoma somático, la anorexia nerviosa, es solamente un reflejo del problema del funcionamiento global de la familia. El problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia.

Las soluciones que ésta ha intentado no son más que repeticiones estereotipadas de interacciones ineficaces y sólo pueden reforzar los afectos sin producir cambios. Son precisamente estos estereotipos que se deben de cambiar, para que haya un cambio en el funcionamiento de la familia.

A partir de las características que Minuchín observó en las familias de las anoréxicas, las cuales se desprenden de un estudio que realizó y que le permitió documentar que independientemente del síntoma psicossomático presentado, en este caso la anorexia, el sistema familiar es el que revelaba modelos interactivos y organizativos en los cuales se podían reconocer características disfuncionales típicas.

Estas características son:

1. *Aglutinamiento*: los miembros de la familia están superinvolucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. La autonomía y la privacidad son escasísimas, los límites generacionales e interindividuales son débiles, con la consiguiente confusión de roles y funciones.

2. *Sobreprotección*: todos los miembros de la familia muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco. Constantemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector.

En particular, cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para intentar protegerlo, sofocando a menudo en este proceso muchos conflictos intrafamiliares.

Por ello, vincularmente la enfermedad del paciente tiene una función protectora con respecto a la familia.

3. *Rigidez*: es el aspecto que caracteriza más constantemente los sistemas patológicos. La familia es particularmente resistente al cambio, tiende a menudo a presentarse como una familia unida y armoniosa en la que no existen problemas más allá de la enfermedad del paciente, niega en consecuencia la necesidad de un cambio en el interior del sistema. También las relaciones con el exterior son escasas y la familia permanece como aferrada a la conservación de la propia homeostasis.

4. *Evitación del conflicto*: las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se pone en acción toda una serie de mecanismos para evitar y no agravar el desacuerdo, para que quede oculto y no estalle nunca abiertamente. En este proceso para evitar el conflicto, el paciente juega un rol central y vital.

Al mismo tiempo, hace referencia al Juego de los Triángulos, esto ocurre cuando por lo general los hijos están en medio de los padres. Se trata de una posición estructural anómala y disfuncional, porque la ubicación de los hijos debería estar en el ámbito del subsistema de los hermanos, que se distingue del de los padres por la presencia de un claro límite generacional.

Pero si en la díada de los padres existe una dificultad para la comunicación directa que les ayude a afrontar el problema de la definición de la propia relación, un tercero es involucrado en la díada, generalmente uno de los hijos, para que pueda

funcionar como conducto o como mediador, de la comunicación de los cónyuges.

Así la díada conyugal se transforma en una tríada y cuando el mecanismo de triangulación y el estrés emocional que es su resultado persiste en el tiempo puede llevar a la estabilización de un síntoma como el psicósomático. Y la tríada se vuelve una tríada rígida.

Cómo existiendo un bloqueo de comunicación entre los cónyuges, los mensajes recíprocos utilizan un canal de comunicación indirecto que pasa a través del hijo triangulado y de su síntoma.

Por ello, ya sea porque los cónyuges se alían desviando sobre el hijo enfermo sus propias tensiones sumergidas (mecanismo de desviación) o porque se verifica una alianza estable entre uno de los padres y el paciente (mecanismo de coalición), el efecto del juego de los triángulos es siempre el mismo, el de permitir a los cónyuges evitar definir su propia relación: preocupación por la anorexia de la hija.

Existe en estas familias otra característica común que es el miedo al conflicto.

La aparición de cualquier tensión, la exteriorización de cualquier desacuerdo, la alusión a cualquier posibilidad de discusión o de litigio, son vistas como extremadamente peligrosas y sentidas evidentemente como una amenaza de disgregación de la unidad familiar que es el mito que hay que custodiar y proteger a cualquier precio.

La imagen que la familia tiende a dar de sí es por lo tanto, la de una familia armoniosa y sin tensiones. Desde este punto de vista, el síntoma del paciente tiene una potente función protectora para evitar el conflicto: la enfermedad del hijo es aducida para justificar la “puesta entre paréntesis” de cualquier otro problema y en

particular, la dificultad de los cónyuges para tener momentos y espacios privados de intimidad.

El juego de los triángulos se convierte entonces en un juego eternamente renovado de “no definiciones y de desresponsabilizaciones” permite a los padres deducir a modo de común acuerdo, la responsabilidad de afrontar su propio problema de definición de la relación, porque la enfermedad del hijo oculta cualquier tensión, justifica cualquier dilación.

El paciente participa activamente en los modelos interactivos de la familia, y si bien éstos pueden influir en la estabilización de su síntoma, también es verdad que el síntoma influye a su vez con una retroacción circular (feed-back) sobre el mantenimiento de aquellos modelos interactivos disfuncionales.

Aquí se evidencia por lo tanto la circularidad del proceso. Y se revela la ambivalencia del síntoma que si, por una parte, es la expresión de una disfunción general de la organización familiar, y plantea entonces la exigencia de un cambio, por otra parte representa activamente el más potente refuerzo a la rígida homeostasis familiar.

De esta manera el hijo paciente es triangulado por los padres que no quieren definir su propia relación, pero también desde el momento en que él ocupa aquel lugar entre los padres, un lugar que otorga también privilegios, será imposible para ellos cualquier intento de definición.

La experiencia de proteger a la familia del riesgo de tensiones a través del síntoma, que el paciente realiza de manera más o menos conciente, representa por otra parte un notable refuerzo al síntoma mismo para que éste sea reutilizado para el mismo fin.

CAPÍTULO III

TEORÍA PSICOANALÍTICA DEL YO

Los autores pertenecientes a la Teoría Psicología Psicoanalítica del Yo (Spitz-Kreisler-Soule-G. Ammon) trataron de profundizar el nexo entre el desarrollo del yo y la formación de las primeras relaciones objetales, privilegiando en particular la primitiva relación con la madre. Comenzamos por los conceptos que plantea Spitz.

4.1. René Spitz

Dio mucha importancia a la relación madre-hijo en el desarrollo de la personalidad del niño y en particular en la génesis de las enfermedades psicosomáticas de la infancia.

Para el autor, las perturbaciones de la personalidad de la madre pueden reflejarse negativamente en el hijo, ejerciendo sobre él una influencia psicológica nociva que se encuentra en la base de los síntomas del niño.

Distingue dos tipos de perturbaciones:

1. Aquellas debidas a las inapropiadas relaciones madre-hijo.
2. Las debidas a la insuficiencia de tal relación.

En la relación madre e hijo, aquélla es la parte activa y dominante. El niño, al menos en los comienzos, es el recipiente pasivo.

Las perturbaciones de la personalidad maternal se reflejarán en perturbaciones del infante.

Las influencias psicológicas dañinas son la consecuencia de relaciones insatisfactorias entre la madre y el hijo. Tales relaciones insatisfactorias son patológicas y pueden dividirse en dos categorías:

- a) relaciones madre-hijo incorrectas.
- b) relaciones madre-hijo insuficientes.

Dicho de otro modo, en el primer caso la perturbación de las relaciones de objeto se debe al factor cualitativo, mientras que en el segundo es causada por el factor cuantitativo.

a) Relaciones madre-hijo incorrectas

Éstas pueden llevar a una diversidad de perturbaciones del niño. El autor ha sido capaz de distinguir varios cuadros clínicos de tales perturbaciones: cada uno de ellos parece estar vinculado a una incorrección específica de la relación madre-hijo; en efecto, el cuadro clínico parece ser consecuencia de un patrón de conducta maternal dada.

Como lo ha afirmado antes, Spitz considera que la personalidad de la madre es la dominante en la diada. Así pues, se puede dar por supuesto que, donde prevalezcan relaciones madre-hijo incorrectas, la personalidad de la madre es incapaz de ofrecer al niño una relación normal, o que por razones de su personalidad, la madre es compelida a perturbar la relación normal que ésta debe mantener de ordinario con su hijo.

En uno u otro caso, se puede decir que la personalidad materna actúa como agente provocador de la enfermedad, como una toxina psicológica. Por esta razón, ha dado en llamar a este grupo de perturbaciones en las relaciones de objeto, o más bien a sus consecuencias, enfermedades psicotóxicas de la infancia.

b) Insuficiencia de las relaciones madre-hijo

Privar a los infantes, en el primer año de vida, de las relaciones de objeto es un factor dañino de importancia que lleva a graves perturbaciones emocionales.

Tales infantes presentan un cuadro clínico impresionante, dan la impresión de haber sido privados de cierto elemento vital para la supervivencia.

Cuando privamos a los infantes de sus relaciones con las madres, sin ofrecerles un sustituto adecuado, que el niño pueda aceptar, les privamos de los suministros libidinales. En el caso de la privación parcial, obtienen ese suministro insuficientemente.

Por eso el autor ha denominado a esta segunda categoría *enfermedades defectivas psicogénicas* o, recíprocamente, *enfermedades defectivas emocionales*.

4.2. Kreisler-Fain-Soule

Sostienen que la madre tiene un papel esencial en la comprensión y satisfacción de las necesidades de su hijo, ofreciéndole así la posibilidad de compensar mecanismos de integración mental que debido a su inmadurez, son aún insuficientes en el niño. Esta función es asumida por la madre en virtud del instinto maternal.

Pero si existe una carencia total o parcial de ese instinto, o si el comportamiento materno es desorganizante (es decir, con cuidados excesivos y nivel inconciente que refleja una hostilidad hacia el hijo) entonces en lugar de un desarrollo normal, el niño debe hacer frente a una obra de integración que él es incapaz de cumplir.

La evolución resulta entonces inarmónica y puede comportar un componente psicossomático. El aspecto interesante de esta teoría es que al perturbación psicossomática representaría el síntoma aparente de un síndrome más complejo debido a la disfunción de la díada madre-hijo.

4.3. G.Ammon

Formula el concepto de “madre psicossomatógena” para definir el perfil de una figura materna que a causa de sus propios conflictos no resueltos y por un problema de identidad propio no logra funcionar como yo auxiliar para el hijo, y no suministra al niño la catexis narcisista necesaria sobre los límites del yo, en cambio, reacciona con la libido ante sus enfermedades, catectizando al cuerpo sufriendo del niño, que para esta madre termine por existir solo en cuanto enfermo.

Como síntesis de estas teorías podemos observar que cada uno explica el nexo entre el desarrollo del yo y las formaciones de las primitivas relaciones objetales desde su mirada, detalladas con anterioridad. Si bien Spitz, hace hincapié en las perturbaciones de la personalidad de la madre, las cuales se reflejan negativamente en el sujeto. Mientras que Kreisler Fain Soule, apuntan a una madre que sea capaz de comprender y satisfacer las necesidades del niño, para un mejor desarrollo e integración mental y Ammon se basa en su concepto de madre psicossomatogena.

Se puede percibir que estos autores mas allá de su mirada convergen y ponen el acento, en la primitiva relación entre la madre y el niño, para alcanzar una favorable integración mental del mismo.

CAPÍTULO IV

TEORÍA PSICOANALÍTICA POSTFREUDIANA

5.1. Jacques Lacan

En nuestra condición de alumnas de la carrera de Psicología nos hemos visto llevadas a revisar algunos conceptos de J. Lacan que nos parecieron necesarios para ampliar la teoría de la importancia de la díada madre-hija en torno al diagnóstico de anorexia.

No ignoramos que nuestros conocimientos sobre los aportes de Lacan son parciales e insuficientes para abarcar la complejidad de la teoría. De todos modos, nos permitimos subrayar especialmente algunos de ellos que encontramos en la parcial bibliografía consultada.

Con relación a Freud, Lacan deja de lado lo somático, y se rige únicamente por lo que sucede a nivel psíquico.

Extraemos esta idea de los conceptos freudianos sin olvidar que sus historiales clínicos provienen de la así llamada Psicopatología primitiva. Nos referimos a la primera etapa en la que Freud se encontraba organizando su teoría sobre el psiquismo en relación a la histeria en sus intentos de pasar de su condición de médico a la de psicoanalista.

Lacan quita su peso a lo somático y continuando con todas las revisiones freudianas privilegia el lugar del psiquismo como también lo termina haciendo Freud, sin negar tanto uno como otro que el cuerpo puede hacerse sostén de modos diferentes. En la histeria el modo es el simbólico. La psicósomática presenta otras formas.

Es sabido que la cría humana al nacer se encuentra en un estado de desamparo inicial que hace que su supervivencia dependa exclusivamente de otro. Otro a quien el niño deberá modular pedidos a través del llanto y del grito para obtener la satisfacción de sus necesidades. Pero ese Otro es un ser parlante, está inserto en un sistema simbólico y obligará al infans a expresar en significantes sus propias necesidades, que pida, que demande.

En esta hiancia abierta entre demanda y necesidad se ubicará el deseo, margen de no satisfacción.

Lacan describe a la madre, que con su hija mantiene una relación de estrago, gráficamente como un cocodrilo, en cuyas fauces puede quedar la presa, y le otorga a este partenaire la función de satisfacerla completándola con su argumento.

El sujeto establece un vínculo como de “quedar a merced”. “Mientras viva nada te va a faltar” es el derecho oracular que la madre enuncia.

Es entonces que la “única respuesta posible a todo, es no “ es el modo como la sujeto encuentra de crear la falta en relación con Otro totalizante, la madre. Esta se presenta como completa, ofreciendo todo, con lo cual la sujeto queda atrapada sin poder reconocer su deseo ni qué demanda cuando algo demande en ella.

La relación planteada en estos términos puede ser definida como una relación enigmática y hasta mortífera.

La madre ubica a la hija como un objeto de goce. Madre oracular cuyas respuestas ante cualquier pregunta que pueda surgir en la hija son absolutas. Las respuestas que suelen dar son injuriantes pues pulverizan, aniquilan a la sujeto en su ser deseante.

Son madres que por su particular posicionamiento no pueden ubicar a esta hija en la ruta del deseo. ¿Cómo lo logran?. Atiborrándolo de “papilla asfixiante” y la hija jugando con su rechazo como si fuera su propio deseo.

El posicionamiento del sujeto (hija) vía identificación con el padre, también devorado con un rasgo de éste.

El sujeto responde en el dominio de la necesidad, confunde el registro del deseo con el de la necesidad y bloquea de este modo la dialéctica del deseo.

En lo referido al paciente con anorexia, la demanda gira en torno a la aspiración de que el cuerpo desaparezca, para que el deseo como tal subsista.

En la negativa a alimentarse sostienen su deseo, defiende un derecho que férreamente insiste en pertenecerle. Por lo tanto, la anorexia en este contexto, es el único modo que el paciente pesquisó para llegar a surgir como sujeto deseante fuera del deseo de la madre.

La necesidad al ser tamizada, filtrada por los desfiladeros del significante, arribamos a la demanda. Precisamente la demanda es el pasaje de la necesidad por el aparato del lenguaje. Así es como la demanda al traducir aliena las necesidades. Más precisamente al sustituir vía significante a la necesidad se constituye en metáfora.

Planteado así sería la demanda de un sujeto a otro de quien se supone que posee el complemento por el que clama, por ende, otro completo.

Sería la demanda de algo a alguien del que se sostiene la posibilidad de darlo.

La demanda deja al margen las satisfacciones que reclama, gira en torno a una presencia o una ausencia del Otro materno y en tanto sustitución radical de la necesidad, implica incondicionalidad. La demanda es incondicional precisamente por su marca significante, siempre es otra cosa lo que se demanda.

Queda delimitado el deseo como el resultado de la demanda sobre la necesidad, el deseo es entonces la metonimia de la metáfora.

En el año 1969/70 Lacan sostiene: "...el deseo de la madre no es algo que uno pueda soportar así nomás, y que eso les sea indiferente: entraña siempre estragos. Un gran cocodrilo en cuya boca están ustedes, es eso la madre. No se sabe si de repente se le puede ocurrir cerrar el pico, eso es el deseo de la madre. Lo que traté de explicar que lo que tenía de tranquilizante es que tenía un hueso...un rodillo de piedra...eso retiene, eso atranca, es lo que se llama el Falo, el rodillo que los protege si de golpe se cierra".

A partir de esto, es que Lacan postula que la anorexia es un síntoma de deseo, un deseo de nada. En la negativa a comer hay una verdad en juego, una relación constante de lo vacío y lo lleno.

Por otro lado sostiene, que no se trata del objeto-comida en su sustancia, sino de la crisis en relación con lo imposible de decir, vinculada a las patologías del acto. La particularidad de estos padecimientos radica en su dimensión de actos irrefrenables de los riesgos físicos que acarrearán.

El acting out es un llamado que se hace al otro, es un llamado desesperado, pero no es un llamado desde la palabra, sino desde la conducta.

Allí donde en acto impera, en el sentido de que se le impone coercitivamente, el sujeto queda entre paréntesis. Este sujeto es caracterizado por Lacan en términos de una subjetivación acéfala, un ser sin yo.

5.2. Françoise Dolto

En base al concepto de imagen del cuerpo, y remitiéndose una y otra vez en la experiencia analítica, Dolto sigue fase por fase la elaboración de la imagen del cuerpo, demostrando que, cada vez, el umbral es superado por una castración. Lo cual la conduce a describir la patología de la imagen del cuerpo, que revela ser, etapa por etapa, un fracaso de la simbolización: a saber, insuficiencia del lenguaje dirigido al niño e incumplimiento de la prohibición.

El yo se asienta en la imagen del cuerpo, pero ésta, a su vez, se elabora a través de una serie de castraciones que no ha de vacilarse en reconocerlas como simbológenas. Y ésta es la clave de la “humanización”.

En la patología de las imágenes del cuerpo después de la castración edípica, y luego en el período de latencia, al comienzo de la vida responsable en sociedad, los adolescentes presentan con gran frecuencia, desde el punto de vista clínico, problemas de anorexia, a veces leves pero que pueden hacerse gravísimos.

Es preciso comprender este síntoma en relación con la imagen del cuerpo. No se remonta a la etapa del Edipo sino a mucho antes, entre los tres y seis años. Nos remitimos a Françoise Dolto, a través de sus concepciones de esquema corporal e imagen inconsciente del cuerpo, en relación con la etapa de la adolescencia, a partir de las transformaciones somáticas y psicológicas por las que atraviesa el adolescente en su entrada a la sexualidad y a la vida adulta.

El concepto de esquema corporal al que alude, especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales fueren el lugar, la época o las condiciones en que vive. Este esquema corporal será el intérprete activo o pasivo de

la imagen del cuerpo, en el sentido de que permite la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje, relación con los otros y que sin él, sin el soporte que él representa, sería para siempre, un fantasma no comunicable.

Sí, en principio, el esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana, la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia.

De ello resulta, que el esquema corporal es en parte inconciente, pero también preconciente y conciente.

Gracias a nuestra imagen del cuerpo portada por, y entrecruzada con, nuestro esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro. Todo contacto con el otro, sea de comunicación o de evitamiento de comunicación, se asienta en la imagen del cuerpo, soporte del narcisismo, que el tiempo se cruza con el espacio y que el pasado inconciente resuena en la relación presente.

El esquema corporal se estructura mediante el aprendizaje y la experiencia, mientras que la imagen del cuerpo se estructura mediante la comunicación entre sujetos y la huella día tras día memorizada, del gozar frustrado, coartado o prohibido. Por lo cual ha de ser referida exclusivamente a lo imaginario, a una intersubjetividad imaginaria marcada de entrada en el ser humano por la dimensión simbólica.

Un ser humano que no presenta anomalías neuromusculares o neurovegetativas, puede haberse encontrado con la imposibilidad de estructurar su primera imagen del cuerpo e incluso sostener su narcisismo fundamental. Basta con que haya padecido rupturas dañinas del lazo precoz con su madre, sea en el curso de

la vida fetal simbiótica, sea en el de su vida lactante, período en que el equilibrio de la díada madre-hijo es esencial para su devenir humano, cuyos efectos en la pubertad se manifiestan a través de perturbaciones en la imagen del cuerpo.

La aparición de esta enfermedad relacionada con la alimentación se da especialmente en la adolescencia, ya que el adolescente transcurre por una etapa del ciclo vital caracterizada por múltiples cambios. El rápido cambio corporal no puede ser en ocasiones integrado a su imagen del cuerpo.

Muchos adolescentes practican dietas no saludables, como ayuno, saltar comidas, ingestas hipocalóricas vegetarianas, a veces acompañadas del uso de laxantes, píldoras anorexígenas, o vómitos intencionales. Es frecuente el consumo el consumo de comidas rápidas. Ambos sexos tienen, en ocasiones atracones con o sin fluctuaciones de peso.

Dolto postula que es preciso comprender a la anorexia en relación con la imagen del cuerpo. No se remonta a la etapa del Edipo sino a mucho antes, entre los tres y los seis años.

Son síntomas que encuentran sus raíces libidinales en torno a la época de una castración primaria que fue muy mal sostenida por la educación de la madre.

En las chicas, la anorexia aparece en el momento del empuje puberal, y aún después. Esto se debe a que las pulsiones genitales de la niña retoman una organización económica un tanto semejante a la de las pulsiones orales.

El interés por la relación con la madre y el deseo sexual en sentido amplio, quedan en estas niñas que se vuelven anoréxicas, totalmente reprimidos, sin mutarse en relaciones interhumanas con la madre y las mujeres.

Con la pubertad, el interés que está puesto en los pechos hace que el empuje puberal, el crecimiento de los pechos, la presentación de las reglas, signifiquen para la joven conciente e inconcientemente su posible fecundidad.

Su obsesión conciente es engordar. Viven una especie de magma conflictivo en el cual la sexualidad de adulto se observa, marcada por un signo negativo, el horror de tener pechos grandes, el horror de ser gorda.

Se trata de una perturbación en las relaciones reales entre la niña y su madre, entre la niña y la comida, entre la niña y su padre, entre su femineidad imaginaria y su inexperiencia de los varones, entre la niña y su espejo.

Engordar, palabra inconcientemente referida a la de embarazo, peligro para la estética de una joven que quiere seducir, esto supuestamente le impediría gustar. Pero a quien quiere gustar es sobre todo a ella misma, en el espejo, a ella misma en su propia mirada borrando todas las redondeces femeninas de su cuerpo, incluso las más discretas.

El deseo por el padre se disfraza entonces de afecto complicado y conflictivo, o bien, al contrario, de manifiesta huída de su vista y negativa a responder cuando él le habla. Su problema tiene raíces en un conflicto de amor y de deseo respecto del padre, y en un conflicto de femineidad rival con la madre.

La madre, se preocupa por ella pero nunca la consideró verdaderamente como una jovencita deviniendo mujer.

Vive la joven, conflictos inconcientes por completo autónomos, que datan de sus tres a seis años y muy poco tienen que ver con la conducta actual de sus padres a su respecto, conducta en realiad secundaria ligada a su justificada inquietud en lo que atañe a su estado de salud deteriorado.

CAPÍTULO V

TEORÍA PSICOANALÍTICA POSTLACANIANA

Resulta interesante incluir a un grupo de autores Psicoanalistas Post-Lacanianos, (Juan J. Criscaut- Teresa Bellini- Manuel Fernández Blanco- Liliana Szapiro) quienes nos aportan una mirada lacaniana ofreciendo así claridad sobre esta enigmática patología .dando lugar en un principio a las concepciones de Criscaut.

6.1. J. J. Criscaut

Hace referencia a Eric Laurent por parecerle útil su nosografía, ya que agrupa las anorexias en relación con los conceptos de alineación y separación, los cuales Jacques Lacan elabora en tres trabajos: El Seminario, Libro 11, “Posición del Inconciente”. Ya que esta división resume con claridad las diferentes intenciones de abordar la clínica de las anorexias.

1. *Anorexias de alineación*. Son todas aquellas en las que se puede rescatar la ubicación del sujeto con relación al Otro del significante. Donde entraría todas aquellas situaciones sintomáticas que pueden provocar o que forman parte del síndrome de anorexia mental. Pero jerarquizando que lo esencial de este cuadro es su estructura dinámica de acting, todo lo referente a la búsqueda de creación de un deseo en el Otro para el sujeto.

3. *Anorexias de separación*. Tomando como referencia el texto de Dirección de la Cura, pero apoyado en la referencia a la “papilla asfixiante”, donde

se confunde el don de amor con la satisfacción de la necesidad, y ahí el sujeto queda atrapado en el fantasma de la madre, tal como está descrito por Lacan en “Dos notas sobre el niño”. Es el amor reducido a la presencia del objeto de la necesidad lo que marca esta dinámica.

En los escritos, Lacan presenta dos modos muy distintos de anorexia mental, dando cuenta sí de las anorexias de alineación y separación, planteadas anteriormente.

Lacan pone el acento desde 1935 en las identificaciones fálicas en la anorexia de alineación.

Más lejos en la Dirección de la Cura hay una presentación diferente de la anorexia mental, situada a partir del problema alimentario del niño.

“Si el Otro, que a su vez, tiene sus ideas sobre sus necesidades, se entremezcla y en lugar de lo que no tiene, le atiborra con la papilla asfixiante de lo que tiene...es el niño a quien se alimenta con más amor el que rechaza el alimento y juega con su rechazo como con un deseo (anorexia mental).

Aquí, las cosas no son tomadas a partir de la cadena significante sino a partir del objeto. No es el falo reducido al pene, sino el objeto de amor reducido a la presencia del objeto de la necesidad.

La primera presentación de la anorexia mental por Lacan, nos ha dado el concepto de “comer nada”. Tenemos un síntoma que “representa la verdad” del sujeto, de la “pareja familiar”.

En el segundo modo, la anorexia de separación, el niño está “abierto a todas las capturas fantasmáticas. Deviene el objeto de la madre y no tiene otra función revelar la verdad de ese objeto”.

6.2 Teresa Bellini

Intenta situar a la anorexia. La anorexia lejos está de ser un trastorno de la alimentación. Para el Psicoanálisis no hay un objeto alimento, no se trata ni de cosas ni de seres, no es un mundo de objetos en el sentido común del término, sí de objeto como obstáculo.

Porque se trata de la falta del objeto, de eso que está más allá del objeto, del símbolo, esa presencia hecha de ausencia, es la nada como objeto, es a.

La anorexia para la Medicina es un trastorno o desorden psicosomático del apetito y el hombre come guiado por sus apetencias instintivas un menú acorde a lo que su organismo requiere.

Para el Psicoanálisis lo natural está perdido, ningún objeto de ninguna necesidad satisface a la pulsión, la boca que se abre o que se cierra en su registro no se satisface con la comida sino con el placer de la boca: ordena el menú. Los animales comen regularmente porque no conocen el goce del hambre.

Teresa Bellini, sostiene que las anorexias son siempre mentales, porque de lo que se trata en Psicoanálisis es del deseo.

La anorexia es un no comer, es un comer nada que se traduce: comer nada. Nada como objeto es algo que existe en el plano simbólico. La ausencia como objeto.

El niño hace uso de esta ausencia que saborea, gracias a esta nada consigue que la madre dependa de él, esta operación de inversión es lo que cabe revelar. La madre es por estructura primordialmente toda potencia. No se trata de una madre dominante, no hay pulsión de dominio, el único poder contra la omnipotencia es decir que no, en el plano de la acción, pero se elabora en el plano del objeto bajo el signo de la nada.

6.3. Manuel Fernández Blanco

Habla de la posición anoréxica e intenta demostrar que no es necesario hacer referencia a la moda o a los ideales de belleza actuales, representados por las “top models” para dar cuenta de la anorexia.

Nos referimos con frecuencia a la anorexia como un síntoma de moda, la creciente incidencia actual de los llamados trastornos de la alimentación es innegable y justifica esta consideración.

Es posible que ese Ideal de belleza actual permita encontrar, en el Ideal, una justificación para la conducta anoréxica, para el goce autodestructivo anoréxico, pero nunca lo explica.

Por ello, el autor intenta explicar la anorexia desde lo que Lacan plantea, a partir de que las anoréxicas “comen nada”, porque la nada es el objeto que interponen frente a la demanda del Otro. Otro que, nos recuerda Lacan, “confunde sus cuidados con el don de su amor”. Y “esta ignorancia es lo que el sujeto anoréxico no perdona”.

Por esto se niega a satisfacer la demanda de que como, que lo dejaría reducido a ser tratado en el plano de la necesidad. “Juega con su rechazo como un deseo”, nos dice Lacan en “La Dirección de la Cura”, confunde así, la anoréxica, deseo con rechazo. Pero, sobre todo, se instala en su causa, causa que supone negar la necesidad. Sólo se siente culpable si traiciona su causa.

Por eso el sujeto anoréxico cada vez come menos, se fija un límite cada vez menor y se siente culpable si lo traspasa. Esto supone la principal dificultad para el tratamiento ya que la anoréxica no tiene problema por no comer, sino por hacerlo.

Dificultad para la Psiquiatría, pero también para el Psicoanálisis. Ya que se sabe de la importancia de que el síntoma sea vivido como tal por el sujeto para que se decida a interrogarse sobre él, para obtener en el Psicoanálisis una respuesta sobre lo que causa su sufrimiento. Una respuesta sobre el conflicto que está al origen de todo síntoma.

Lo que realmente pretende la anoréxica es eliminar la necesidad, anularla. Por eso la culpa aparece cuando cede a la necesidad y come. Cuando supera el límite, cada vez menor, que se impone. En realidad la anoréxica niega que es un animal vivo, todo lo entrega a la sublimación. El placer corporal es negado y se entrega a la sublimación. Se produce un rechazo a la sexualidad en la anorexia.

La anoréxica hace objeción al placer, al deseo de vida y a la transmisión de ese deseo en las generaciones. No se puede perder de vista que una de las consecuencias más evidentes de la anorexia es la eliminación de todos los rasgos sexuales secundarios, en la mujer, y la retirada de la menstruación. Igualmente se puede apreciar como el cuerpo se desfaliciza, pierde todo brillo y capacidad de operar como instrumento femenino de seducción. Por el contrario, pasa a evocar un signo de muerte, del triunfo de la pulsión de muerte.

Muchas anorexias se desencadenan en la pubertad, coincidiendo con el paso a “ser mujer” y el encuentro con la sexualidad adulta. Encuentro con el goce que resulta traumático e inasimilable.

Esta operación, donde la anoréxica se empeña en reducir el registro de la necesidad a cero, la lleva a actuar en lo real, encarnando el objeto resto, la separación del Otro.

6.4. Liliana Szapiro

Nos habla de la cuestión de la anorexia. El rechazo a comer, es un signo fenoménico que se puede presentar en cualquier estructura psíquica.

Este fenómeno, es interpretado desde la Psiquiatría como una estructura.

La postura de la autora como Psicoanalista es que la anorexia se trata de una posición con relación al Deseo del Otro, articulada al rechazo de la demanda del Otro.

En la anorexia, el rechazo dirigido al Otro, a la demanda del Otro es el único camino (fallido) que el sujeto encuentra para acceder a su deseo a partir, de cavar la falta en el Otro, como lo va a decir Lacan.

Szapiro postula que se puede pensar la posición frente al deseo en la anorexia articulada de alguna manera a la operación de separación, tal como lo postulara Eric Laurent, en tanto que rechazo del Otro, y el advenimiento del deseo articulado a la falta. Operación fallida en tanto y en cuanto deja muchas veces al sujeto en la anorexia preso del fantasma del Otro materno.

Frente a esta invasión de la Demanda del Otro, la respuesta subjetiva del sujeto es cerrar la boca, no comer, no pensar, como única manera de poner un coto a esa se podría decir en términos de Lacan de la Dirección de la Cura, “papilla asfixiante” del Otro. Respuesta que denuncia en última instancia, la falla de la función paterna que fracasa en tanto y en cuanto la deja apresada en su sufrir.

Como síntesis de estas teorías, podemos decir, que si bien , cada uno hace referencia a esta patología desde sus conceptos propios, explicados con anterioridad,

todos ponen el acento en el deseo y la necesidad que tiene el sujeto de separarse de la demanda del otro, para poder surgir como sujeto deseante. Estas teorías explican de que forma el sujeto al no comer, anula la necesidad y juega con su rechazo como un deseo. Haciendo referencia a que el advenimiento del deseo en el sujeto anoréxico , esta articulado a la falta, cavar la falta en el otro , es el único camino, que encuentra el sujeto para acceder a su deseo.

CAPÍTULO VI

TEORÍAS PSIQUIÁTRICAS

En el campo de la psiquiatría, podemos mencionar a Vicente J. Tujon, el cual hace referencia de la manera de proceder ante un cuadro patológico como la anorexia y cuales son los síntomas que presenta dicha patología.

El médico psiquiatra hará un diagnóstico del estado físico y mental de la persona enferma, y según el resultado aconsejará un tratamiento ambulatorio o su ingreso a un hospital o clínica.

El tratamiento consiste en corregir las anomalías metabólicas y normalizar la alimentación, junto con un tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico. La familia y las personas íntimas de la enferma también deben recibir orientación y ayuda.

Los síntomas de la anorexia según la psiquiatría son:

- Las anoréxicas usan frecuentemente ropa grande para ocultar su extrema delgadez.
- Depresión. Se las ve retraídas y su máxima preocupación gira en torno a la comida.
- Extrema dependencia a pautas impuestas por otros.
- Exceso de amor a su propio cuerpo, haciéndolas olvidar, el amor a la vida de relación, llevándolas al aislamiento.
- Distorsión de la imagen corporal: se ven gordas en el espejo y se sienten gordas.

- Estrictas reglas de alimentación como no tomar líquidos o no comer sin haber hecho ejercicios antes.
- Lento desarrollo físico y social.
- Cese de la menstruación o postergación de su iniciación.
- Piel seca y fría, con vello en brazos, cara y espalda.
- Insomnio e hiperactividad.
- La autoestima pasa por la balanza.

Encontramos dentro del campo de la psiquiatría a De Ajuriaguerra, quien intenta integrar la práctica con la teoría, conjugando la experiencia clínica cotidiana, la cual apunta a que estas patologías, son indisociables, de las interacciones familiares y sociales. La misma comienza haciendo hincapié en la primera infancia.

7.1. Primera Infancia

El recién nacido puede sufrir de anorexia, es la anorexia esencial precoz, la cual es relativamente rara. Puede aparecer en las primeras semanas de vida o el primer día. Al principio muestran una pasividad ante la comida, y pasados algunos meses se muestran reacios a comer.

La anorexia del segundo semestre es más frecuente, aparece en el quinto y octavo mes, al suprimirse paulatinamente la leche cuando todavía es lábil el apetito y todavía se producen grandes cambios en el desarrollo infantil.

Según el comportamiento infantil ante la comida se señalan dos tipos de anorexia:

- la anorexia inerte, cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera; a veces ni siquiera ingiere se le escapa la leche por la comisura de los labios o incluso vomita la poca que haya podido tomar.

- la anorexia de oposición, auténtico enfrentamiento. Reacciona de manera casi caracterial ante la comida, con chillidos, agitación, intensa rotación tónica, no queriendo comer, rechazo, vómitos, métodos de que se vale para rechazar la comida que le ofrecen a los padres.

Se entabla la relación madre-niño por vía oral, como rechazo o aceptación. La pasividad o rebeldía ante la comida son las únicas formas de manifestar su personalidad en oposición al adulto; inicialmente su rechazo o su pasividad corresponderá a la manera de comportarse la madre (rigidez o complacencia excesivas, extrema ansiedad) preocupada por su alimentación, importantísimo problema de esos años.

Al cabo de algún tiempo el niño se habrá acomodado a las costumbres de sus padres, que se podrán descompensar.

Se crea un círculo vicioso en que algunos padres se dejan encerrar y tiranizar por el niño, mientras que otros reaccionan con una hostilidad que va en aumento, tiranizando al niño para vencer en la pugna.

En el segundo semestre se distinguen dos tipos de anorexia:

1. La anorexia simple, que al comienzo semeja una reacción al destete, ante el cambio de alimentación o ante un incidente patológico benigno o de carácter serio causante de una pasajera anorexia orgánica que, a su vez, da origen a una interacción entre la madre, empeñada en imponerse, y el niño en franca oposición.

Fundamentalmente es una conducta de rechazo en un nivel elemental y no se considera como pérdida de hambre o el apetito.

2. La anorexia compleja, caracterizada por la intensidad de los síntomas. El niño manifiesta en su actuación que la comida no le interesa. Y surge la pregunta de si no se habrá alterado el mecanismo del hambre.

El anoréxico se distingue del niño que constitucionalmente es poco comedor, en que el último lo manifiesta mucho antes.

Los casos de anorexia más graves casi siempre responden a un conflicto en la relación con la madre.

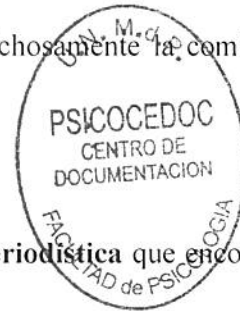
Es raro que los bebés anoréxicos no se retrasen en aprender a regular el esfínter, no tengan el sueño alterado, no lloren espasmódicamente y no manifiesten en su comportamiento dificultades caracterológicas.

La anorexia infantil no es un síntoma ni hay que tratarla como tal sin antes considerar al detalle todo lo referente a su manera de comer: las condiciones en que se efectúa, horarios y número de comidas, cantidad de comida, ambiente en que ha de comer, etc. En cierto modo, la comida del niño es un rito, ya que éste ha de estar parcialmente condicionado. Más únicamente ha de tender a satisfacer las necesidades infantiles, y no la mentalidad posesiva de ciertas madres o las imperiosas exigencias de otras que organizan comidas precipitadas y atragantadoras.

7.2. Segunda Infancia

La anorexia de la Segunda Infancia, suele seguir a la de la primera, pero también suele darse en niños que se han alimentado con normalidad en su primer año

y cuyos mecanismos de rechazo son causados tras cierta ritualización de su comida en el ambiente familiar. Es o bien una oposición a la rigidez paterna, exigencias cuantitativas o cualitativas, un orden rígido en las comidas, obligación de mantener el mismo ritmo que los adultos. O bien un elegir caprichosamente la comida, con indicios fóbicos.



A continuación haremos referencia a una **nota periodística** que encontramos realizando nuestro trabajo de investigación

Así como consideramos las referencias a Lacan, nos van a obligar a seguir ajustando conceptos de aquí en más; también sabemos que las referencias a la Psiquiatría no nos permiten una reflexión crítica desde nuestro lugar.

Los mencionamos y agregaremos algunos otros conceptos que llegaron a nuestra lectura por información periodística, mientras nos encontrábamos realizando la síntesis final de nuestro trabajo, y que se agrupaban bajo el título “Preocupa el aumento de la anorexia en Pre-adolescentes”. Esta publicación hace referencia a que la anorexia es una patología que los médicos antes diagnosticaban en adolescentes mayores de 12 años, pero que ahora es común entre chicas más pequeñas.

Ya que se considera, según especialistas en Nutrición y Psiquiatría, una inquietante tendencia según la cual ha aumentado en los últimos tiempos la cantidad de consultas por anorexia de niñas menores de 12 años.

Estos especialistas están alarmados ante estas consultas, cada vez más frecuentes, de niñas (y en menor medida, niños) que presentan estos trastornos entre los 5 y los 9 años y advierten que esta tendencia puede agravarse.

Los médicos entienden que los factores que determinan esta negación voluntaria a ingerir alimentos es multicausal pero, en la mayoría de los casos, la vinculan con cierto rechazo a la imagen física, en coincidencia con la llegada de la menstruación y el paso de la niñez a la adolescencia.

Médico Psiquiatra, director de la Asociación de Lucha Contra la Bulimia y la Anorexia (Aluba), detalló que alrededor del diez por ciento de los niños y adolescentes en edad escolar sufren algún trastorno alimentario y afirmó que “la presión social se corrió hacia abajo”. “La publicidad de ropa y dietas apuntan a consumidores cada vez más jóvenes”, y señaló que el cuerpo también se muestra a edades más tempranas y que “los chicos se visten como si fueran grandes”. “Las chicas empiezan a hacer dieta en la escuela primaria, porque lo escuchan, lo ven en la tele, o imitan a los padres que tienen la patología”.

Una integrante del comité de nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) remarcó las presiones sociales, “como los talles de ropa que cada vez vienen más chicos y dejan afuera del mercado a las chicas que son un poco más corpulentas que la media”.

SÍNTESIS FINAL

De toda esta revisión se desprende el énfasis que cada uno de los autores, pertenecientes a las distintas teorías psicológicas y psicoanalíticas ponen sobre el vínculo madre-lactante, ya que esta interacción es entendida como un proceso en que la madre entra en comunicación con su bebé enviándole ciertos mensajes, mientras que el lactante a su vez responde a la madre con sus recursos propios.

Sin embargo, las alteraciones de la comunicación entre ambos, pueden ser consideradas importantes para el desarrollo de la anorexia.

Consideramos que la anorexia presentada en niñas de cada vez de menor edad, nos remite a focalizar aún más en el vínculo materno-filial, siendo como lo hemos planteado el vínculo prototipo primitivo de todas las formas de intercambio posteriores.

No consideramos a la anorexia como un síntoma de moda, aún cuando la creciente incidencia actual de los trastornos de la alimentación es innegable y justifica esta consideración.

Recurrir a los ideales de belleza, a las presiones sociales, a las publicidades de ropa y dietas, justifican la conducta anoréxica pero el goce autodestructivo anoréxico no lo explica.

Y por ello es nuestra responsabilidad enriquecernos con estos conceptos para que nuestra práctica futura nos permita hacer de ellos y con ellos un camino posible y eficiente a su curación.

Utilizaremos el material cinematográfico “Víctima de su cuerpo” como ejemplo práctico, para poder dar cuenta de las distintas teorías psicológicas actuales y psicoanalíticas contempladas a lo largo de la investigación.

Realizando en principio una breve síntesis de la película, la misma gira en torno a una familia estadounidense, integrada por una madre, un padre y tres hermanos, dos de ellos varones, y Nancy la protagonista de la película, quienes se consideran así mismos, como una “familia norteamericana normal”, cuyo único problema grave es la negativa de Nancy a comer.

Ya que Nancy fue hospitalizada con un diagnóstico de anorexia nerviosa, cuyo principal síntoma está constituido por una gran pérdida de peso debido a la no ingestión de comida.

A lo largo de la película, se va mostrando el proceso de esta enfermedad.

El desenlace de la misma, se produce cuando los padres de Nancy deciden apelar a un tercero, en este caso la justicia, para que haga de corte, de ley, de poder poner un límite, al llevar a su hija a juicio declarándola como incompetente, para tomar decisiones, en el área de su salud, siendo que ella ya es mayor de edad. Como única manera de evitar que su hija se muera.

La película finaliza en que Nancy, está en recuperación, sin embargo admite que, nunca va a curarse de esta enfermedad, ya que siempre está al “acecho”. Pero está en ella las fuerzas de poder vencerlas.

La temática de dicho material hace referencia a esta enigmática patología anorexia desde la díada materno-filial.

Una posible lectura desde las teorías psicológicas actuales es analizar el tipo de vínculo que caracteriza a la madre y la hija. Siendo un vínculo simbiótico, el cual es viscoso y por ende no hay discriminación. En varias escenas de la película se hacía presente este tipo de vínculo, siendo propio no sólo de la díada madre-hija sino también como forma de vinculación del grupo familiar de la protagonista del filme.

Pudiendo dar cuenta por lo tanto de la dinámica y modo de interactuar de los miembros de esta familia, siendo una familia que además se caracteriza por la evitación al conflicto, la sobreprotección, el aglutinamiento, la rigidez, características de las que dio cuenta Minuchín al estudiar a las familias de las anoréxicas.

Ya que en la película, todos giraban alrededor de Nancy, y todos estaban pendientes si ella comía o no. También se puede observar el aglutinamiento, en donde los miembros de la familia, se encuentran excesivamente implicados entre sí y responden en exceso a esta situación.

Los límites interpersonales son difusos, y los miembros de la familia se inmiscuyen, en los pensamientos, sentimientos y comunicaciones de los otros. Los límites de los subsistemas, también son difusos, lo que da lugar a una confusión de roles, la autoestima individual se encuentra, severamente limitada por el sistema familiar.

Siguiendo esta línea teórica, en la película se puede observar, la evitación del conflicto en la familia, señala que posee un bajo umbral, para poder enfrentar a los mismos. Algunas familias como en este caso, simplemente niegan la existencia del conflicto, esto se puede percibir en una de las escenas del material cinematográfico, cuando le festejan el cumpleaños a la madre de Nancy, ante un señalamiento de uno

de los hermanos, referido a que Nancy no come, se da un clima de tensión entre los miembros de la familia, y rápidamente se produce, la evitación del conflicto, a través de la madre, tratando de cambiar de tema, y justo en ese momento llega la torta y comienzan a festejar.

Esta enfermedad, la anorexia, repercutió de tal forma en el grupo familiar, que por un momento provocó, que este sistema perdiera el equilibrio, su homeostasis, afectando de manera diferente a cada uno de los miembros de esta familia. Por ejemplo en una escena de la película, uno de los hermanos, al regresar de la universidad, se encuentra sentado en el auto frente a la casa, y cuando la madre se acerca y le pregunta porque no entra, el responde por temor a entrar y encontrar a Nancy muerta.

Por otro lado, se observa en el funcionamiento de esta familia la desmentida, como mecanismo, para defenderse de esta situación intolerable, como es la anorexia de su hija. Esto se hace evidente en un momento de la película, en que aun la madre de Nancy, no había advertido la enfermedad de su hija, sin embargo , cuando una de sus amigas, en el gimnasio le insinuó, que Nancy podía tener anorexia, la madre reacciona muy mal, enojada y diciendo que si bajo de peso, es porque esta cansada y estresada por la facultad, pero que ya va a volver hacer la que era.

Aquí se evidencia , que si bien, no niega que Nancy, su hija bajo de peso, le atribuye otra percepción, que le permita de esta manera, justificar la perdida de peso de su hija, y hacer mas tolerable esta situación. Además era una familia que constantemente hacia referencia, a que su manera de interaccionar, entre ellos era armoniosa, y que no había problemas.

Por eso una vez, que pudieron advertir la enfermedad de su hija, no dejaban de preguntarse que habían hecho ellos, contestándose así mismos, que nada es perfecto, y quizás dios se los recuerda a través de Nancy.

Por lo tanto, se vera en todo momento de la película, en la incapacidad de esta familia, de reconocer su responsabilidad, en al enfermedad de su hija. Ya que si bien todos estaban, preocupados por esta situación, ninguno contemplaba la posibilidad, de que la anorexia era el síntoma de la dinámica familiar, y mas precisamente el vinculo simbiótico y dependiente y por ende viscoso.

En el vinculo, en la díada madre –hija, este es muy estrecho, dependiente, simbiótico .

A lo largo de la película este vinculo se evidencia en varias escenas, la madre es sobrecontroladora, intrusiva, sobreprotectora.

En escenas tales como: la fiesta de egresados de Nancy, quien había elegido el color rojo para su vestido, y su madre le hizo saber que no es el color que ella elegiría, ya que consideraba que el negro era el indicado, haciéndola dudar a Nancy de su elección.

Otra de las escenas, es cuando al día siguiente de la fiesta, su madre le había sacado turno con el dentista sin consultarle, provocándole enojo a Nancy, argumentando que eran sus dientes, de todas maneras termino accediendo al deseo de su madre.

En otro momento de la película, fue cuando Nancy ingreso a la universidad y fue acompañada por su madre, quien inmediatamente , procedió a organizarle el cuarto y la distribución de los muebles de la habitación, mientras Nancy solo se limitaba a observarla.

En otra escena, mientras la madre dialoga con el padre, le hace el comentario de que dicen, que ella y Nancy se parecen físicamente.

La crisis adolescente obliga a la niña a desprenderse de sus padres, ante ese riesgo, la rotunda negativa a comer, con su alarmante adelgazamiento, aparece como un recurso eficaz, para concentrar sobre si, todas las atenciones y cuidados infantiles.

La sobreprotección materna, con toda carga de ambivalencia implícita, sobre el acto de comer hace, que las pacientes concentren, toda su hostilidad en el alimento.

Las pacientes se presentan como sobreadaptadas, con un desempeño intelectual práctico y exitosas, hiperactivas, obsesivas, perfeccionistas.

Existe un funcionamiento simbiótico o simbiotizado con la madre, la niña va siendo ubicada, por la madre como proveedora de gratificaciones. Por lo tanto debe ser complaciente, perfecta, sometida, no hay cabida para los sentimientos agresivos y de rechazo, que paulatinamente va siendo, transferidos hacia la alimentación.

Tampoco hay lugar para la angustia, como reconocimiento de ella a nivel dialógico, ni de ningún deseo. Todo es enviado al cuerpo sin procesar.

Si seguimos por la teoría psicoanalítica postfreudiana, Lacan definiría a este vínculo materno –filial, como una relación de estrago, gráficamente como un cocodrilo, en cuyo fauces puede quedarse la presa y le otorga a este partenaire, la función de satisfacerla contemplándola con su argumento. El sujeto establece un vínculo, como de “quedar a merced”.

Lacan nos dirá que es una patología del deseo, un deseo de nada, con lo cual se podría pensar que la negativa a alimentarse, por parte de la protagonista es el único, modo o forma en que encuentra, para que su deseo subsista como tal, el cual aparece en varias escenas de la película, como obturado por el deseo de su madre.

Caracterizando a este vínculo entre madre-hija, como de quedar a merced.

Siguiendo la teoría psicoanalítica postlacaniana, esta línea hace referencia a que toda respuesta posible del sujeto es no. En la negativa a alimentarse sostienen su deseo, defiende un derecho, que férreamente insiste en pertenecerle.

Por lo tanto la anorexia, en este contexto, es el único modo en que el paciente, en este caso Nancy, pesquiso, para llegar a surgir como sujeto deseante, fuera del deseo de su madre.

A partir de este vínculo simbiotizado madre-hija, no hay espacio para el aporte del padre, fundamentalmente como ser sexuado. Puede ser sostenido y exigido como proveedor de bienestar material. De hecho el vínculo entre los padres es gemelo, el padre hace lo mismo que la madre, se da la especularidad.

Una diada que no da lugar a la tríada, al menos cuando las cosas funcionan aparentemente bien, en esta familia. Es decir, el padre solo intervenía desde lo económico, brindar un soporte material, y en el momento de la anorexia de su hija, solo intervienen cuando la madre le da el lugar, como en una escena de la película, en que la madre advierte, el cuerpo delgado y desnudo de su hija, frente al espejo y corre horrorizada hacia el padre.

Otra escena que hace referencia a la intervención del padre, es cuando la madre lo obliga a recurrir a la justicia, para que intervenga en esta situación, ya que el padre en un principio se negaba.

Por ende, el padre solo entra en escena, cuando la madre siente que la situación la supera.

Algunas otras características de esta patología, y corroboradas en la película son:

El no comer no es la enfermedad, sino el síntoma, al enfermedad es como Nancy, se siente consigo misma. Y que consiste en la necesidad de tener todo bajo control, esto, se observa en algunas escenas, como por ejemplo en las escenas de los peines, que los ordena de menor a mayor, y las latas de comidas en hileras, unas tras otras. Y el hecho de decidir si comer o no, es una manifestación de control, ella controla lo que ingiere y lo que no. Es lo único que puede controlar.

El control de la ingesta se instala en el momento, que las vivencias internas son significativas como desbordantes, al mismo tiempo que no se sienten dueñas de su propio cuerpo, situación que intenta revertir a través de un rígido control, que pasa a constituirse, en barrera impenetrable.

“...yo ya no controlo nada, y menos mi cerebro”. Esto lo manifiesta Nancy en una parte de la película, cuando la anorexia había avanzado de tal forma que ella ya no la controlaba, sino que la anorexia la controlaba, la dominaba a ella “...yo quiero...la verdad que quiero, no puedo”.

Por otro lado la teoría psicoanalítica Freudiana planteará que la anorexia está ligada a una situación traumática, a partir de la cual se reprimen los afectos y en consecuencia surge el síntoma, en este caso uno al abstenerse de comer, como algo simbólico que se traduce en el cuerpo y el cual posee un lenguaje, un sentido que se posible descifrar.

Si nos remitimos nuevamente a la línea teórica psicoanalítica postfreudiana, encontramos a Dolto, la lectura que se desprende puede hacerse a través de sus concepciones acerca del esquema corporal e imagen inconsciente del cuerpo, ambas distorsionadas por la protagonista, atravesando su etapa de la adolescencia a partir de sus transformaciones somáticas y psicológicas, en su entrada a la sexualidad y a la vida adulta, y remitiéndose a una perturbación en las relaciones entre madre-hija.

La incomodidad con el esquema corporal, esta incrementada, produciéndose en ocasiones, una distorsión importante en la interpretación del tamaño y forma corporal.

Suelen presentarse conductas bizarras o rituales alrededor de la comida. A veces el adolescente la esconde la desmenuza, separa la grasa, trata de no comer en compañías de otros, tienen amplios conocimientos sobre el contenido en calorías y creencias mágicas. En ciertas escenas de la película, como por ejemplo ,cuando Nancy esta internada, se puede observar como esconde la comida , la trata de tirar, para evitar ingerirla sin que nadie lo sepa.

Continuamente en la película podemos observar a Nancy lo incomoda que se siente con su cuerpo, como de a poco disminuye su vida social y la manera de vincularse con los otros.

Mientras que en el campo de la psiquiatría, encontramos los síntomas, propios de la anorexia, los cuales están relacionados , con la amenorrea, la perdida de peso, dolor abdominal, constipación, lipotimia, caída del cabello, intolerancia al frío, cambio de conducta.

Esta última esta habitualmente asociada, a aislamiento social y/o depresión, además de la férrea negativa a ingerir alimentos o aumentar de peso.

En la mayoría el rendimiento académico no disminuye, la actividad física aumenta de forma significativa. A lo largo de la película podemos observar como todos estos síntomas se van presentando en Nancy a medida que evoluciona la patología.

Se puede ver como Nancy corre todo el tiempo , a veces de forma desmedida, sin poder salir de su casa, sin poder relacionarse con el afuera.

Si seguimos la teoría psicológica psicoanalítica del yo, esta línea hace hincapié, en el comportamiento de la madre, en el vínculo madre-hija y como este influye en la formación del yo del sujeto, se puede observar en la película, que la personalidad de la madre, presenta aspectos negativos, los cuales perjudican la integración mental de Nancy, impidiendo que la misma pueda alcanzar un desarrollo óptimo.

A través de esta lectura, podemos percibir, como cada una de estas líneas teóricas, tienen una ideología, y por ende conceptos distintos al explicar dicha patología, pero hay una mirada en la cual todas las teorías coinciden y fundamentalmente ponen el acento y ese acento está puesto, en la relación madre-hija, en este vínculo primitivo, que es esencial para el desarrollo posterior, de la vida de todo ser humano.

BIBLIOGRAFÍA

- Bleger (1997). “Simbiosis y ambigüedad”. Estudios Psicoanalíticos. Bs.As. Piados. 307 pág.
- De Ajuriaguerra (1996). Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Piados. Bs.As.
- Doltó, F. (1990) “La imagen inconciente del cuerpo”. Barcelona: Piados. 299 pág.
- Doltó, F. (1996). “La causa de los adolescentes”. Bs. As. Seix Barral. 283 pág.
- Freud, S. (1978). “Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1901-1905)”. Volumen VII. Obras completas. Amorrortu. Bs.As. 314 pág.
- Freud, S; Breuler, J. (1978). “Señorita Anna O; Señora Emmy Von N”. Estudios sobre la histeria (1893-1895). Obras completas. Volumen II. Amorrortu. Bs. As. 342 pág.
- Hechier, M; Miller, C. (1995). “Anorexia-Bulimia. Deseo de nada”. Bs.As. Piados. 155 pág.
- Lacan, J. (1984). “La dirección de la Cura y los principios de su poder”. Escritos II, México, Siglo XXI.
- Lacan, J. (1987). “El Seminario. Libro XI. Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis, Barcelona, Piados.
- Lacan, J. (1992). El Seminario, libro XVII. El reverso del psicoanálisis, Barcelona. Piados.

- Onnis, L. (1990). "Terapia familiar de los trastornos psicósómáticos. Barcelona: Paidós. 143 pág.
- Spitz, R. (1985). El primer año de vida del niño. Imprenta de los Bs.As. S.A.I y E.
- Vera, G. (). "Estudios de Anorexia y Bulimia. Ed. Atuel. Argentina. Bs.As.