

ESTUDIO DE CASO:
EL CUERPO SIMBÓLICO EN UN SUJETO ANORÉXICO

DIANA SOFÍA GÓMEZ VILLEGAS

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2013

**ESTUDIO DE CASO:
EL CUERPO SIMBÓLICO EN UN SUJETO ANORÉXICO**

Trabajo de grado para optar al título de psicóloga

DIANA SOFÍA GÓMEZ VILLEGAS

Asesor

FREDY ROMERO

Psicólogo, Especialista y Magíster

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2013

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Fecha de entrega: Envigado, Mayo 30 de 2013

DEDICATORIA

A mi familia, Donald y María José, por creer en mí y ser mi fortaleza. A mis hermanos, padres y suegros, gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

AGRADECIMIENTOS

A mis asesores, de quienes recibí el apoyo y la orientación necesaria para entender y enriquecer mi formación profesional.

A Paola Estefanía, por permitirme un espacio en su cotidianidad.

A Soel, por sus valiosos aportes en este proceso.

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE APÉNDICES	3
GLOSARIO	4
RESUMEN	12
ABSTRACT.....	13
INTRODUCCIÓN	14
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
2 JUSTIFICACIÓN	22
3 OBJETIVOS.....	24
3.1 Objetivo General	24
3.2 Objetivo Específicos	24
4 METODOLOGÍA.....	25
4.1 Fase Exploratoria.....	27
4.1.1 Población.....	29
4.1.2 Muestra	29
4.1.3 Instrumentos y Técnicas de Recolección de Información	30
4.2 Fase de Selección de las Fuentes.....	31
4.3 Fase de Recolección y Generación de Información	32
4.4 Fase de Categorización y Análisis de la Información	33
5 PRESUPUESTO.....	35
6 CRONOGRAMA	37
7 MARCO REFERENCIAL	38
7.1 Antecedentes Investigativos	38
8 MARCO TEÓRICO	49
8.1 Antecedentes históricos para pensar la anorexia.....	49
8.2 Organismo, Imagen Corporal, y Cuerpo en la Anorexia.....	56
8.3 Cuerpo e Imagen	57
8.4 Cuerpo Simbólico.....	59
8.5 Cuerpo Real.....	60
8.6 Freud, el Cuerpo y Algunas Referencias a la Anorexia	61
8.7 El Cuerpo en Lacan y el Objeto “a”	64
9 MARCO CONCEPTUAL	71

10	IMPACTO Y RESULTADOS ESPERADOS.....	76
11	COMPROMISOS Y ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN.....	77
12	CONSIDERACIONES ÉTICAS	78
13	ANÁLISIS DE RESULTADOS	79
13.1	Categorías de análisis	79
14	DISCUSIÓN FINAL	90
15	CONCLUSIONES	93
16	RECOMENDACIONES.....	96
17	REFERENCIAS.....	98
18	APÉNDICES.....	104

TABLA DE APÉNDICES

APÉNDICE 1. ENTREVISTA ABIERTA: HISTORIA DE VIDA.....	104
APÉNDICE 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	120
APÉNDICE 3. FE DE ERRATAS	121

GLOSARIO

Es importante aclarar que este Glosario contiene definiciones de carácter psicoanalítico, para una mayor comprensión y análisis de este trabajo investigativo, que está basado en un estudio de caso cualitativo, con miras a un abordaje clínico de los trastornos alimentarios como la bulimia y anorexia.

A

Anorexia: La anorexia nerviosa como “un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo” (López-Ibor, et. al. DSM-IV, 2000), Otros autores hacen una descripción más específica, agregando que “hay una delgadez extrema, provocada por una devastadora pérdida de peso a través de la restricción alimentaria hasta alcanzar la inanición, el uso de laxantes y diuréticos, la provocación de vómitos y/o el exceso de ejercicio físico” (Bay y Herscovici, 1993; Coon, 1998).

B

Bulimia: Perturbación de la conducta alimentaria, consistente en el consumo solitario, en ciertos momentos de crisis, de grandes cantidades de comida, de manera rápida y aparentemente compulsiva.

La bulimia fue aislada como entidad clínica recién en 1979. Cabe preguntar, por otra parte, si las preocupaciones referidas a la obesidad en las civilizaciones occidentales, especialmente en los Estados Unidos, no tienen mucho que ver con esta elaboración. No obstante, no todos los bulímicos son obesos; algunos alternan las crisis de bulimia con las tentativas de régimen, y a menudo la crisis durante la cual es absorbida una gran cantidad de alimento es seguida de vómitos. (Chemama, 2004).

C

Cuerpo: Concepto tradicionalmente opuesto al de psiquismo. Este concepto y este dualismo fueron completamente transformados, en un primer momento, tras la introducción por Freud de los conceptos de conversión histérica y de pulsión, y, en un segundo momento, tras la elaboración por Lacan de los conceptos de cuerpo propio, imagen especular, cuerpo real, cuerpo simbólico, cuerpo de los significantes y *objeto a*. el cuerpo ha sido abordado por Lacan en los tres registros fundamentales de su enseñanza: lo real, lo imaginario y lo simbólico. (Chemama, 2004).

Cultura: Freud la define como el conjunto de las normas restrictivas de los impulsos humanos, sexuales o agresivos, exigidas para mantener el orden social. Aunque en el mundo cultural haya un sinfín de valores positivos, como la exaltación de la convivencia con sus múltiples relaciones sociales, o la producción y el goce del arte, sin embargo, estos mismos valores provienen de una sublimación, y en general, de una renuncia a la satisfacción de las pulsiones libidinosas que provocan siempre una indefinida inquietud. (Goma, 1977)

D

Deseo: Falta inscrita en la palabra y efecto de la marca del significante en el ser hablante. El lugar de donde viene para un sujeto su mensaje de lenguaje se llama Otro, parental o social. Pues el deseo del sujeto hablante es el deseo del Otro. Si bien se constituye a partir del Otro, es una falta [es una falta en el Otro] articulada en la palabra y el lenguaje que el sujeto no podría ignorar sin perjuicio. Como tal es el margen que separa, por el hecho del lenguaje, al sujeto de un objeto supuesto [como] perdido. Este objeto a es la causa del deseo y el soporte del fantasma del sujeto. (Chemana, 2004).

G

Goce: Diferentes relaciones con la satisfacción que un sujeto deseante y hablante puede esperar y experimentar del usufructo de un objeto deseado. Que el sujeto deseante hable, que sea, como dice Lacan, un ser que habla, un «ser-hablante», implica que la relación con el objeto no es inmediata. Esta no inmediatez no es reducible al acceso posible o imposible al objeto deseado, así como la distinción entre goce y placer no se agota en que a la satisfacción se mezclen la espera, la frustración, la pérdida, el duelo, la tensión, el dolor mismo. En efecto, el psicoanálisis lacaniano plantea la originalidad del concepto de goce en el hecho mismo de que nuestro deseo está constituido por nuestra relación con las palabras. Se diferencia así del uso común del término, que confunde el goce con las suertes diversas del placer. El goce concierne al deseo, y más precisamente al deseo inconsciente, lo que muestra que esta noción desborda ampliamente toda consideración sobre los afectos, emociones y sentimientos para plantear la cuestión de una relación con el objeto que pasa por los significantes inconscientes. (Chemana, 2004).

H

Histeria: La palabra histeria deriva del griego *hystera* (matriz, útero); se trata de una neurosis caracterizada por cuadros clínicos diversos. Su originalidad reside en el hecho de que los conflictos psíquicos inconscientes se expresan en forma de simbolizaciones, a través de síntomas corporales paroxísticos (ataques o convulsiones de aspecto epiléptico) o duraderos (parálisis, contracturas, ceguera). Las dos formas principales de histeria teorizadas por Sigmund Freud son la histeria de angustia, cuyo síntoma central es la fobia, y la histeria de conversión, en la que se expresan a través del cuerpo representaciones sexuales reprimidas. Hay que añadir otras dos formas freudianas de la histeria: la histeria de defensa,

que se ejerce contra los afectos displacientes, y la histeria de retención, en la cual los afectos no llegan a expresarse mediante la abreacción. (Roudinesco. Plon, 1998, pág.468).

I

Identificación: En psicoanálisis, se habla de identificación para señalar un mecanismo (y sus efectos), mediante el cual un sujeto adopta como suyos uno o más atributos, provenientes del Otro, que asume como propios, y halla un lugar en el mundo desde donde le es posible actuar. (Pérez, López, 2007, Pág. 16)

Ideal del yo: El ideal del yo es un elemento del superyó y se refiere a las valoraciones positivas que los educadores, en particular los padres, inculcan en la mente del individuo. Estas valoraciones positivas incluyen la descripción de las conductas que el sujeto va a catalogar como buenas y de la conducta ideal que el niño admirará y tenderá a realizar. Aunque, más exactamente, el ideal del yo no es tanto el conjunto de los valores que explícitamente le presentan los padres al niño como el conjunto de valores a los que sus propios padres están sometidos. (Roudinesco, Plon, 1998, pág.502)

Imagen del Cuerpo: Término creado por Paul Schilder en 1923 y tomado de la noción de esquema corporal enunciada en 1911 por el neurólogo inglés Hanry Haed (1861-1940). Paul Schilder emplea esta expresión para designar una representación a la vez consciente e inconsciente de la posición del cuerpo en el espacio, encarado en sus tres aspectos de sostén fisiológico, estructura libidinal y significación social. Sin referirse a Schilder, Françoise Dolto retomó la expresión en octubre de 1956, asociándola a la noción freudiana de estadio, para designar el proceso de "focalización" o inscripción en el cuerpo de percepciones arcaicas de naturaleza olfatoria, respiratoria o erógena, que delimitan la personalidad dinámica y

funcional del ser humano. A partir de 1957, Dolto empleó más bien la expresión "imagen inconsciente del cuerpo", primero con referencia a Daniel Lagache y a la noción de construcción de la personalidad, y después con un enfoque lacaniano. Se trataba entonces de definir "la encarnación simbólica del sujeto deseante", es decir, una representación inconsciente del cuerpo, distinta del esquema corporal, que sería su representación consciente o preconscious. (Roudinesco. Plon, 1998, pág.513)

Imaginario: Término derivado del latín imago (imagen) y empleado como sustantivo en filosofía y psicología para designar lo que tiene que ver con la imaginación, es decir, con la facultad de representarse las cosas en el pensamiento y con independencia de la realidad. Utilizado por Jacques Lacan a partir de 1936, este término es correlativo de la expresión estadio del espejo, y designa una relación dual con el semejante. Asociado a lo real y lo simbólico en el marco de una tópica a partir de 1953, lo imaginario en el sentido lacaniano se define como el lugar del yo por excelencia, con sus fenómenos de ilusión, captación y señuelo. (Roudinesco. Plon, 1998, pág.514)

N

Narcicismo: Término empleado por primera vez en 1887 por el psicólogo francés Alfred Binet (1857-1911) para designar una forma de fetichismo que consiste en tomar la propia persona como objeto sexual. La palabra fue utilizada en 1998 por Havelock Ellis para designar un comportamiento perverso relacionado con el mito de Narciso. En 1899, en su comentario del artículo de Ellis, el criminólogo Paul Nacke (1851-1913) introdujo este término en el idioma alemán.

En la tradición griega, se llamaba narcisismo al amor a sí mismo. La leyenda y el personaje de Narciso se hicieron célebres gracias al libro tercero de las Metamorfosis de Ovidio hijo del dios Cefiso, protector del río del mismo nombre, y de la ninfa Liríope, Narciso era de una belleza inigualada. Se atrajo el amor de más de una ninfa, entre ellas Eco, a la que rechazó. Desesperada, ésta cayó enferma y le imploró a la diosa Némesis que la vengara. En el curso de una partida de caza, el joven hizo un alto cerca de una fuente de agua clara: fascinado por su propio reflejo, Narciso creyó ver otro ser y, en pleno estupor, no pudo ya desprender su mirada de ese rostro que era el suyo. Enamorado de sí mismo, Narciso hundió entonces los brazos en el agua para estrechar esa imagen que no cesaba de sustraerse. Torturado por ese deseo imposible, lloró y terminó por tomar conciencia de que el objeto de su amor era él mismo. Quiso entonces separarse de su persona, y se golpeó hasta sangrar antes de decirle adiós al espejo fatal y entregar el alma. En signo de duelo, sus hermanas, las Náyades y las Dríadas, se cortaron los cabellos. Al querer cremar el cuerpo de Narciso en una hoguera, comprobaron que se había transformado en una flor. (Roudinesco, Plon, 1998, pág.727)

O

Objeto: Expresión empleada por los sucesores de Sigmund Freud para designar las modalidades fantasmáticas de la relación del sujeto con el mundo exterior, tal como se presentan en las elecciones de objetos que ese sujeto realiza. Para comprender la extensión que ha adquirido en psicoanálisis esta problemática durante la segunda mitad del siglo XX, es preciso partir de la concepción freudiana de la pulsión y su objeto, mediante el cual la pulsión trata de alcanzar su fin, "a saber: un cierto tipo de satisfacción -subrayan Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis-. Puede tratarse de una persona o de un objeto parcial, de un objeto real o de un objeto fantasmático." (Roudinesco, Plon, 1998, pág.758)

R

Representación: Para Sigmund Freud, la represión es el proceso que apunta a mantener en el inconsciente todas las ideas y representaciones ligadas a pulsiones cuya realización, generadora de placer, afectaría el equilibrio del funcionamiento psicológico del individuo al convertirse en fuente de displacer. Freud, que modificó varias veces la definición y el campo de acción de la represión, la consideraba constitutiva del núcleo original del inconsciente. (Laplanche, Pontalis, 1968, pág.367)

S

Simbólico: Función compleja y latente que abarca toda la actividad humana, incluye una parte consciente y una parte inconsciente, y adhiere a la función del lenguaje y, más especialmente, a la del significante. Lo simbólico hace del hombre un animal («ser hablante») fundamentalmente regido, subvertido, por el lenguaje, que determina las formas de su lazo social y, más esencialmente, de sus elecciones sexuales. Se habla, con preferencia, de un orden simbólico, en el sentido en que el psicoanálisis ha reconocido muy pronto su primacía en la disposición del juego de los significantes que condicionan el síntoma, por una parte, y, por otra, en tanto verdadero resorte del complejo de Edipo, que acarrea sus consecuencias en la vida afectiva. Por último, este mismo orden ha sido reconocido como organizador subyacente de las formas predominantes de lo imaginario (efectos de competencia, de prestancia, de agresión y de seducción). (Chemana, 2004).

Síntoma: (fr. Symptôme, ingl. Symptom; al. Symptom). Fenómeno subjetivo que, para el psicoanálisis, constituye no el signo de una enfermedad sino la expresión de un conflicto inconsciente. Para S. Freud (1892), el síntoma toma un sentido radicalmente nuevo a partir del momento en el que puede plantear que el síntoma de conversión histérico, que la mayoría

consideraba una simulación, es de hecho una pantomima del deseo inconsciente, una expresión de lo reprimido. Concebido al principio como la conmemoración de un trauma, el síntoma se definirá más justamente en lo sucesivo como la expresión de un cumplimiento de deseo y la realización de un fantasma inconsciente que sirve al cumplimiento de ese deseo. En esta medida, es el retorno de una satisfacción sexual hace largo tiempo reprimida, pero también es una formación de compromiso, en tanto la represión se expresa igualmente en él. (Chemana, 2004).

Sujeto: Término corriente en psicología, filosofía y lógica. Es empleado para designar al individuo en tanto es a la vez observador de los otros y observado por los otros, o bien como nombre de una instancia con la cual se relaciona un predicado o un atributo. (Chemana, 2004).

2 RESUMEN

El presente estudio de caso busca comprender la relación entre el cuerpo simbólico y la anorexia, a la luz de la teoría y los conceptos psicoanalíticos, en una paciente de 19 años de edad, que padece anorexia y bulimia.

En primer lugar, se trabajó la relación entre el sujeto anoréxico y la imagen idealizada de su prima, que está inmersa en la lógica de la mirada del otro deseado, y que finalmente ella envidia. Y en segundo lugar, el ideal de la delgadez, que se convierte en un bien supremo, y un superyó tiránico y feroz, que se transmite a través del discurso de su madre desde la niñez, y del que ella toma una consistencia casi delirante: la anorexia, la nada, como objeto, que determina la diferencia estructural entre deseo, necesidad y demanda. En última instancia todos estos estragos y su culto a la nada, son padecidos por el sujeto para hacer surgir un signo de amor en el Otro, pero al mismo tiempo busca separarse de este Otro, su madre.

PALABRAS CLAVES: Cuerpo Simbólico, Bulimia, Anorexia, Imagen, Otro materno.

3 ABSTRACT

This case study seeks to understand the relationship between the symbolic body and anorexia, in the light of theory and psychoanalytic concepts in a patient of 19 years old, suffering from anorexia and bulimia.

First, we worked the relationship between the anorexic subjects and the idealized image of her cousin, who is immersed in the logic of the gaze of the other desired, and finally her envy. Secondly, the ideal of thinness, which becomes the highest good, and fierce tyrannical superego, which is transmitted through the discourse of his mother since childhood, and she takes a consistency almost delirious: anorexia, nothingness, as an object, which determines the structural difference between desire, need and demand. Ultimately all these ravages and worship to nothing, are suffered by the subject to bring up a sign of love in the Other, but also seeks to separate itself from the Other, his mother.

KEY WORDS: Symbolic Body, Bulimia, Anorexia, Image, Other maternal

4 INTRODUCCIÓN

“(El) cuerpo no se caracteriza simplemente por la dimensión de la extensión (ser res extensa): un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo. La dimensión del goce está excluida completamente de lo que llamo la relación epistemológica. Pues la ciencia no es capaz de saber que puede, pero al igual que el sujeto que engendra, no puede saber que quiere”.

(Comisión de publicaciones de la NEL, 2011)

Organismo y cuerpo, se diferencian entre aquello que sería propio de los animales y sus instintos; en contraposición con la construcción corporal del hombre, en donde lo pulsional y el lenguaje definen su condición. La corporalidad es pues un fenómeno estrictamente humano, pero sobre todo la construcción subjetiva es una construcción endeble en sí misma, y se puede manifestar en patologías que muestran lo compleja que es la construcción de lo corporal en la inserción de lo simbólico.

El cuerpo no es el organismo, el organismo es el conjunto de órganos coordinados en el ser viviente¹ para lograr la supervivencia en el medio y su reproducción. El organismo mantiene una relación de sistema con el medio natural en el que vive: nace, crece, se reproduce y muere. En el caso de los mamíferos humanos, el paso de organismo a cuerpo se da por un efecto del lenguaje. El infante humano pasa de organismo a cuerpo mediante el lenguaje denominado “lengua materna” la que en un comienzo es una lengua arraigada en las necesidades, la satisfacción placentera, y el goce que implican sus funciones vitales en

⁴El psicoanálisis introduce una diferencia de fondo entre el cuerpo humano y el organismo viviente. Este último está gobernado por leyes biológicas fijadas hereditariamente e inscriptas en el patrimonio genético de una especie. (Recalcati,1997)

relación con el Otro materno, las que se ampliarán hasta la inscripción en el lazo social.

(Uribe, 2008)

Tenemos así la diferencia entre organismo y cuerpo, el cual al inscribe en el lazo social, es amaestrado por los discursos que vienen del Otro² y están orientados a una domesticación del organismo para lograr su inscripción en la convivencia, y los diferentes modos de producción social.

La pulsión según Freud es un concepto entre lo psíquico y lo somático, es de cierta manera lo que resta del instinto al ser pasado por el lenguaje. Pero no toda la pulsión es tomada por el lenguaje. Siempre queda una porción, un resto inasimilable por lo simbólico, esta es la que se convierte en el campo fértil para la producción de síntomas.

Para Lacan, en el cuerpo anudan tres registros Real, Simbólico e Imaginario. Por un lado, una construcción simbólica-imaginaria, y por otro, un resto fuera de toda imaginación y que es del orden de lo no dicho, en este caso nos centraremos específicamente en el registro que es llamado simbólico, esa superficie de inscripción de la palabra, la prohibición, la Ley, y la castración simbólica que instauro la incomplitud fundamental y la falta. En lo simbólico, la palabra es la que hace cuerpo la carne, el significante mortifica al cuerpo y por obra del significante quedamos separados de esa materialidad corporal.

Así pues, Lacan nos muestra la importancia del orden simbólico, esta es la estructura del lenguaje, en donde se da la afectación del ser vivo por el significante, lo que permite explicar la falta en el corazón mismo del objeto. Lo que el sujeto busca nunca es lo mismo que

² El Otro del que se hace referencia con mayúscula es el Otro materno, el Otro cultural, el Otro de la imagen, el Otro del ideal.

encuentra, se buscan “las condiciones de una satisfacción pasada”. Y aquí se hace pertinente citar a Freud para hablar de primera experiencia de satisfacción: “la vivencia de satisfacción conduce a una facilitación entre las dos imágenes mnemónicas [la del objeto deseado y la del movimiento reflejo. I.] y las neuronas nucleares que han sido catectizadas durante el estado de urgencia. (Es de suponer que en [el curso de] la descarga producida por la satisfacción, también las imágenes mnemónicas quedan vacías de cantidad [Qh].) Con el restablecimiento del estado de urgencia o de deseo, la catexia pasa también a los dos recuerdos, reactivándolos. Es probable que el primero en experimentar esta activación desiderativa sea la imagen mnemónica del objeto. No tengo duda alguna acerca de que la activación desiderativa produce en primer término algo similar a una percepción, o sea, una alucinación. Si ésta lleva a la realización del acto reflejo, su consecuencia ineludible será la defraudación”. (Freud, 1895).

El anterior apartado es una construcción teórica que Freud utiliza para explicar la diferencia entre el deseo en el hombre y la satisfacción de la necesidad en el animal. Existiría según Freud un primer momento donde el aparato psíquico funcionaría como un arco reflejo.

Un polo perceptivo que percibió: hambre, una luz fuerte, y un polo motor, comer determinado alimento, pestañear. Sabemos que esto está perdido en el hombre desde que nace, es decir que no hay en el hombre momento alguno en que el aparato funcione como un arco reflejo, esta es una manera que tiene Freud, 1895 de explicar que no hay arco reflejo en el hombre porque ya nace a un mundo de lenguaje, ya nace a los primeros cuidados del Otro.

Lo que se trata de plantear a lo largo de este trabajo es la incidencia que tiene el inconsciente, y los efectos sociales sobre el cuerpo, representados a través de síntomas, como

es el caso de la anorexia; un cuerpo de goce femenino como lo plantea Lacan, que trata de ser invisible ante la mirada del Otro, que responde a un intento de auto posesión absoluta, y a una ilusión de autocontrol total sobre el propio cuerpo, de esta manera elimina cualquier sombra de apetito respecto al propio cuerpo, reduciéndose a la más mínima expresión. La imagen corporal no es suficiente para explicar el síntoma anoréxico, si influye, pero no explica la aparición del mismo, de fondo hay un conflicto que va más allá de la alimentación, es un conflicto en el vínculo, en las relaciones, es un conflicto entre la niña y su madre, entre la niña y su padre, entre la niña y la feminidad, entre la niña y su espejo.

Suele presentarse predominantemente en las adolescentes mujeres, que con la transformación “en ser mujer”, y ya no más niña, deben procesar en si la presencia de un cuerpo cargado de significaciones desde lo social, en una cultura que oferta la promesa de poder lograr la “completud”, la felicidad, si se acatan exigencias consumistas, complejidad que desde el psicoanálisis exige ahondar en el estudio de las vicisitudes que se plantean entre necesidad, demanda y deseo. (Lacan, 1958)

(Lacan, 1958) formula una relación entre necesidad, deseo y demanda, a partir de la concepción freudiana de la satisfacción alimentaria. En las primeras experiencias de satisfacción, el niño depende en su ser, de las exigencias de la necesidad manifestadas en un estado de tensión del cuerpo (en este caso es el hambre). Su incapacidad para satisfacerse requiere la presencia de un adulto. En un principio no hay intencionalidad del niño en movilizar su cuerpo con un valor de mensaje al otro; no puede decirse que utiliza esas manifestaciones para significar algo al otro, pero cobran sentido en el otro porque se ubica al niño en un estado de comunicación y la intervención del otro constituye una respuesta a algo considerado como una demanda; luego entonces tienen el valor de signos para ese otro que

las interpreta, tienen sentido en la medida en que el otro se lo atribuye, remitiendo al niño a su sistema de discurso, en sus referentes simbólicos, atribuyéndose el lugar de otro privilegiado con respecto al niño, el lugar del Otro. La madre lo somete al universo de sus propios significantes a través del aporte del objeto alimenticio, esta supuesta demanda puede considerarse entonces como una proyección del deseo del Otro. El proceso de la primera experiencia de satisfacción continúa en la medida en que la madre responde con el objeto de la necesidad y el niño reacciona con una distensión orgánica relacionada con la satisfacción de la necesidad. Además del alimento, la madre responde con gestos o palabras, que para el niño son una fuente de prolongada distensión; esta respuesta hará gozar verdaderamente al niño, más allá de la satisfacción de la necesidad, en donde el amor de la madre se suma a la satisfacción.

Así pues, se pretende hacer una lectura simbólica del cuerpo en este estudio de caso único, identificando una dimensión simbólica que actualmente emerge en las identidades de los jóvenes, identidades que se encuentran atravesadas por la transformación corporal mediante diversas prácticas, entre ellas la bulimia y anorexia, dos caras de una misma moneda.(Recalcati, 2004)

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos perceptuales sobre la imagen del cuerpo en la actualidad se instauran en una sociedad en la cual hay un discurso consumista, donde existe gran oferta en relación al mercado de la imagen, estableciendo ideales de delgadez que ayudan a estructurar con mayor resistencia este tipo de síntomas, basándose en el control de la corporeidad, y el sometimiento de toda clase de sacrificios: dietas estrictas, ejercicios físicos extremos, que mortifican el cuerpo para ajustarlo a estos cánones de belleza, alienándose a imágenes irreales, en la búsqueda de la imagen imposible a través de la conducta anoréxica.

Así pues, la anorexia es un síntoma psíquico que está en relación con la época, con el cuerpo, como imagen e ideal, este, el cuerpo, propicia en nuestra sociedad de consumo el “exceso de goce”, goce auto erótico y autista, debilitándose de tal manera el deseo del sujeto y el lazo social. Ese exceso es representado como una compulsión, un no parar de consumir, orientándose de tal manera el goce a la “nada”, expresándose el encierro narcisista en el rechazo al recibir algo del Otro, pensando así la anorexia como a la vez se enlaza a la fuerza de un “ideal” estético femenino de suma delgadez, expresión clara en la sexualidad del goce en exceso, presente en la civilización contemporánea.

Por tales razones, y la importancia que ha cobrado actualmente este fenómeno, surge el interés por revisar a partir de un caso clínico de una paciente con diagnóstico de anorexia, la relación entre la conducta anoréxica y el cuerpo simbólico. Para determinar y analizar este caso en específico se tuvieron en cuenta varias sesiones de consulta, en las cuales se logran identificar diversos elementos relevantes que se destacan a lo largo de este trabajo investigativo.

Este caso hace referencia a una adolescente de 19 años de edad, que consultaba en el Centro de Salud Mental de Envigado desde los 16 años de edad, para tratamiento psiquiátrico y psicológico con una frecuencia semanal, cabe mencionar que el análisis de este estudio de caso único, se realizó de forma paralela con cada consulta, es importante señalar que se le asignó un nombre simbólico para proteger su identidad y referirse a ella en relación al análisis desarrollado en este estudio de caso, permitiendo un ordenamiento del mismo y facilitar una lectura analítica, fue nombrada: “*el patito negro*”, dado que en la entrevista se refiere a su madre como “el patito negro de la familia conservadora”, este significante se tuvo en cuenta como siendo esta, una versión negativa del famoso cuento *El patito feo*.³ “Un patito del cual su madre esperaba con anhelo, y del cascaron fue saliendo un patito muy, pero muy feo. Todos los demás patos se burlaban de él porque era gordo, su pelo no era como la nieve, se parecía al musgo deshilachado y gris que se pegaba en los árboles y su pequeño pico no era de color anaranjado común; era de un color seco y frio que no llamaba la atención. Después de ver al patito feo, la mamá pata quedo muy triste, y aunque no lo demostraba, estaba un poco decepcionada, porque siempre había pensado que aquel huevo tan grande le daría un pato muy hermoso, que sería el orgullo y la envidia de todas sus vecinas”(Andersen,1843, Pg. 3).

A partir de los descubrimientos que acompañan a los cambios biológicos, las emergencias de lo real en el cuerpo, es decir la pubertad, y la imagen corporal, “el patito negro” se introduce en la adolescencia como posición subjetiva frente a la pubertad, en vez de llevarla hacia la afirmación de la personalidad femenina, le permite salirse un poco de la posición en que se

³ Basado el cuento Danés clásico “el patito feo” (*Den grimme Ælling*) escrito por Hans Christian Andersen, en 1843. El patito feo en determinado momento logra al fin encontrar una madre, quien lo recibe con júbilo y rápidamente lo integra en el núcleo familiar y en la cadena fraterna, reconociéndolo así como alguien que se pueda llamar hijo, hermano incluso perteneciente a una especie, dándole de este modo, un lugar en el mundo.

colocaba de niño, adjudicada por los otros, y pasa a volverse una “loca” extrovertida, una necia y esto se puede leer como una identificación con su madre “ mi mamá es como el patito negro de la familia porque es la más abierta mentalmente, mi mamá era un poquito más rayada” Ahora es posible plantear el interrogante por la relación entre el cuerpo simbólico y la conducta anoréxica en este estudio de caso.

2 JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas se ha incrementado el interés por los trastornos de la conducta alimentaria, generándose así diversas polémicas en los enfoques teóricos de la medicina, psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología.

Según la OMS, (Organización Mundial de la Salud) en el 2011 el grupo etario de mayor riesgo está comprendido entre los 14 y los 18 años, aunque existen estudios que amplían esta edad desde los 12 a los 25 años. Se calcula que la anorexia nerviosa afecta entre el 0.5 al 3% de la población mundial de adolescentes, convirtiéndose en la tercera enfermedad crónica más común, entre este grupo etario.

Dentro de grupos de adolescentes que se encuentran a dieta, se calcula que sólo alrededor del 20% padecen realmente sobrepeso, el resto está interesado en perder peso aún sin necesitarlo. Cerca del 90% de los adolescentes que realizan dieta son mujeres. Y se calcula que 1 de cada 100 niñas/adolescentes padece de anorexia, mientras que cerca del 3% desarrolla bulimia. (OMS, 2011)

Si se realiza una evaluación diferencial de casos de anorexia nerviosa en hombres y mujeres, el porcentaje sería de 5% y 95% respectivamente. Aunque en los últimos años, la incidencia de la anorexia entre ambos sexos se ha ido reduciendo. Del total de pacientes que reciben tratamiento para combatir la anorexia, después de 5 años, aproximadamente el 12% se cronifica, aumentado al 15% a los 10 años (OMS, 2011)

Los trastornos alimenticios y en especial la anorexia, se ha convertido en un fenómeno social, y un problema de salud pública, que requiere de una política especial. Este fenómeno está en aumento, incluso hay ciudades en el mundo como EE UU y España donde la anorexia nerviosa supone ya la tercera enfermedad crónica más frecuente entre mujeres adolescentes, después de la obesidad y el asma. (OMS, 2011)

Se puede referir a un comportamiento casi epidémico, pues el contexto discursivo, puesto en circulación por los *mass media*, son quienes transmiten un ideal del cuerpo esbelto, atlético y delgado.

Por consiguiente, el fenómeno de la anorexia cobra una importancia relevante para la salud en la década de los 70's, las primeras publicaciones sobre la categoría de anorexia se realizaron entre los años setenta, por artículos en revistas científicas, que definían un conjunto de rasgos de la enfermedad dirigidas a especialistas de la medicina (Toro y Vilardell, 1988). Pero considerado como tal esta conducta no es tan contemporánea, puesto que ya en la clínica de Freud 1905, la anorexia se constituye con una serie de síntomas que componen la histeria, en relación con la melancolía, así como con la pulsión oral. (Freud, 1905)

Estos datos estadísticos muestran cómo la anorexia en primer lugar no es un fenómeno nuevo, y en segundo lugar, evidencian un aumento progresivo de los trastornos alimenticios, en especial la anorexia y bulimia. Convirtiéndose este en un problema para la salud pública, esto justifica, que se tome el siguiente estudio de caso a partir del cual se pueden retomar elementos que aporten a la comprensión del problema entre el cuerpo simbólico y la conducta anoréxica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Analizar el significado de un cuerpo simbólico en una paciente diagnosticada con anorexia nerviosa del Centro de Salud Mental de Envigado.

3.2 Objetivo Específicos

Definir el concepto de cuerpo simbólico en el marco de la anorexia nerviosa.

Conocer a partir de un estudio de caso las manifestaciones anoréxicas subjetivas que presenta una paciente diagnosticada con anorexia nerviosa del Centro de Salud Mental de Envigado.

4 METODOLOGÍA

El presente ejercicio investigativo es un estudio de caso único que se enmarca en la tradición de la investigación cualitativa, el cual ofrece la posibilidad de acercarnos a la realidad para comprenderla, analizarla, transformarla, y finalmente desvelar su significado, por medio de la interpretación.

Es decir, el estudio de caso es, con toda probabilidad, una de las herramientas de evaluación más multiforme, cuyos objetivos y contenido pueden variar considerablemente; tanto, que los mismos expertos tienen dificultad en ponerse de acuerdo sobre lo que es o no es un estudio de caso. En el ámbito de la evaluación, y para ilustrar lo que los estudios de caso pueden ser, se presentan dos definiciones complementarias:

(a) Según la United States General Accounting Office (USGAO, 1990), que es una de las principales instituciones que han utilizado y racionalizado el uso del estudio de caso en materia de evaluación: " un estudio de caso es un método de aprendizaje, que parte de un ejemplo complejo considerado como un todo en su contexto, y se basa en la comprensión de conjunto de dicho ejemplo, a partir de una descripción y un análisis muy detallados". (USGAO, 1990, Pág.15)

(b) Según R. Yin, (1994) en su obra "Case Study reseach. Design and Methods", centrada en la investigación aplicada en las ciencias sociales, " un estudio de caso es una investigación empírica de un fenómeno contemporáneo, tomado en su contexto, en especial cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son evidentes".

(Yin, 1994, Pág.2)

En el ámbito de la investigación, la elección de una hipótesis es generalmente considerada como el punto de partida, que el estudio de caso intentará confirmar o invalidar. En el ámbito de la evaluación, en cambio, el estudio de caso es ante todo un medio para estudiar detalladamente un ejemplo, sin que existan necesariamente ideas preconcebidas.

Hacer uno o varios estudios de caso supone por tanto partir de uno o varios ejemplos reales, con el fin de obtener un conocimiento profundo del tema estudiado para, en la medida de lo posible, extraer lecciones para el conjunto de la evaluación.

En situaciones complejas, los estudios de caso pueden ser una buena estrategia para intentar responder a las preguntas "cómo" y "porqué", dado que pueden aportar un estudio detallado de casos concretos, elegidos con juicio según los objetivos de la evaluación. Esta herramienta sirve por tanto, para dar una información en forma de imágenes, generalmente más creíble, en las situaciones en las que la información de base es insuficiente.

El estudio de caso puede incluir el examen de documentos, de datos estadísticos o de la puesta en práctica, pero incluye, sobre todo, la observación directa del fenómeno estudiado y entrevistas a personas directamente implicadas en la puesta en práctica del programa o en sus efectos. El trabajo de campo de los evaluadores, en contacto directo con la realidad, es por tanto, una necesidad, y constituye una de las características fundamentales del estudio de caso.

Dada la diversidad de sus usos, el estudio de caso se revela un instrumento útil en todas las etapas de la evaluación: recolección de información, observación, análisis e incluso formulación del juicio.

4.1 Fase Exploratoria

Este momento, permite determinar la estructura metodológica que orienta el proceso investigativo, la exploración permite entrar en contacto con el problema o la situación que se investiga (Galeano, 2004). El reto que se plantea en este momento al investigador es centrar el tema que se va a trabajar, sin perder de vista las relaciones con otras dimensiones de la realidad. Por otra parte, hacer un análisis de los componentes del diseño cualitativo, que lleva a examinar tres niveles: lo teórico, que tiene que ver con la construcción del objeto de investigación y la visualización de las categorías, lo metodológico, como abordaje del objeto de investigación, que agrupa todos los componentes del diseño; y por último, lo técnico se expresa más fácilmente a la definición de las técnicas de recolección, generando así los registros, sistematización y análisis de la información.

Esta investigación comienza a partir del interés que se adquiere al iniciar un proyecto de práctica en una institución clínica, el Centro de Salud Mental de Envigado, donde me encontré por primera vez con un grupo de adolescentes diagnosticadas con desordenes de la conducta alimentaria, y recuerdo que no dejaba de preguntarme por qué existía una obsesión a bajar de peso, si no lo necesitaban, asombrada por la cantidad de jovencitas que consultaban por problemas con la comida, decidí empezar una investigación acerca de este fenómeno, es así como comienza la idea inicial de este trabajo. A través de un equipo interdisciplinar llamado staff compuesto por psiquiatras, psicólogos y nutricionistas comencé a conocer cada

uno de los casos registrados con este tipo de problemáticas, y resolví realizar un estudio de caso único que diera cuenta de mi pregunta investigativa sobre la anorexia con relación al cuerpo, luego se realizó una selección al azar para evitar algún sesgo investigativo y se comenzó por conocer la historia clínica de la paciente, y hacer acompañamiento en consulta compartida con la psicóloga de la Institución. Se logró realizar algunas entrevistas individuales que dieron cuenta de la historia de vida como proceso comunicacional, basada en una relación interpersonal, que dio pie a la transferencia entre el investigador y el entrevistado y así reafirmar la tesis del trabajo investigativo.

Por tanto, el estudio de caso pretende partir de cómo vive, siente y se expresa el sujeto implicado con su problemática o su síntoma. Es importante aclarar que este método más que preguntar, es escuchar y analizar, partiendo la relevancia del discurso, en los diferentes acercamientos que ella me hacía yo la escuchaba sin ninguna pretención clínica, y aislaba los elementos más importantes de su discurso. Los elementos que aislé en el discurso me sirvieron para establecer las categorías de análisis, que se presentan en la historia de vida del “patito negro”.

El análisis de este estudio de caso se realizó a partir de un enfoque analítico, se recurrió a la supervisión con un psicoanalista para discutir la parte teórica, y los datos obtenidos en la historia de vida. En las entrevistas se tuvo en cuenta no realizar ninguna intervención con miras a modificar la posición del sujeto, para que ningún agente externo distorsionará la realidad subjetiva del objeto a analizar, y dichas representaciones que este sujeto anoréxico construye, dieran cuenta de un enfoque cualitativo por medio de su experiencia, actitudes, pensamientos y reflexiones, lo que produce datos descriptivos del discurso relatado y la conducta.

Así pues, para el desarrollo de esta investigación, se realizó un barrido bibliográfico del tema y luego la realización de un análisis entre los conceptos teóricos y prácticos de la: bulimia y anorexia, luego se pasó a explorar datos históricos, para articular el tema con los conceptos pertinentes que se desarrollan en la historia de vida: el cuerpo simbólico en la anorexia, y finalmente, dar respuesta al planteamiento del problema, para hacer una redacción final, y socializar el trabajo terminado por medio de una ponencia.

4.1.1 Población

Mujer de 19 años de edad, soltera, estudiante universitaria, que padece anorexia y bulimia, desde los 14 años, es diagnosticada en el Centro de Salud Mental de Envigado con TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria), y TDAH (Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad), lleva 3 años de tratamiento psiquiátrico y psicológico. Es medicada con fluoxetina y quetiapina.

Es importante aclarar que el TDAH no es un criterio de inclusión o exclusión para la presente investigación, simplemente se pretende trabajar un estudio de caso único en relación a la anorexia.

4.1.2 Muestra

La elección del caso, se realizó a partir de la revisión de las historias clínicas del Centro de Salud Mental de Envigado, en mujeres con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, como se mencionó anteriormente se tenía acceso a estas, a partir de las consultas compartidas asistidas por el psicólogo del Centro de Salud, la paciente y la practicante, como

era mi caso, también se realizaban reuniones periódicas (1 vez por semana) de carácter interdisciplinario, tipo Staff, donde se apoyaba, asistía y asesoraba sobre el diagnóstico de cada una de estas mujeres. Es importante mencionar que luego de la consulta compartida ocasionalmente la paciente: “el patito negro” me buscaba fuera de consulta dentro del Centro de Salud para hablar de su caso, y así posibilitar otra escucha, lo que finalmente ayudo a precisar y a interesarme más por la elección del caso del: “patito negro”.

4.1.3 Instrumentos y Técnicas de Recolección de Información

El instrumento utilizado para este trabajo fue la entrevista (acompañada de la observación) y el respectivo consentimiento informado, puesto que sirvieron para la construcción de los análisis que constituyeron los capítulos del texto final.

Según Sampieri (2006) la entrevista es una conversación entre un investigador y una persona que responde a preguntas orientadas a obtener la información exigida por los objetivos de un estudio. Como técnica de recolección, va desde la interrogación estandarizada hasta la conversación libre, en ambos casos se recurre a una guía que puede ser un formulario o esquema de cuestiones que han de orientar la conversación.

Para concluir con esta metodología es pertinente remitirse a “registros y sistematización de información cualitativa” que plantea Galeano (2004), la cual menciona que, estos son procesos mediadores entre la recolección.

Entrevista abierta: Historia de vida: narración de la experiencia de vida, conseguida mediante entrevistas sucesivas. (Ver apéndice)

Para analizar las historias clínicas y la información de las entrevistas (historia de vida), con la paciente se formularon varias categorías de análisis: (a) Subjetividad y sexualidad, (b) Identificación con la madre, (c) Posición anoréxica, (d) Complejo familiar, (e) Relación con la madre y deseo de la madre, (f) Acontecimientos relevantes, (g) Autopercepción, y (h) Ideal del yo

4.2 Fase de Selección de las Fuentes

Las fuentes son verificadores a través de los cuales se constatan los signos, las señales y se obtiene información; pueden ser primarias o secundarias, orales o escritas (Galeano, 2004). El desarrollo de este trabajo se basó en tesis doctoral, monografías, tesis de pregrado, artículos y libros que se articulan al trabajo de grado, citadas en el marco referencial.

Se eligió a Maximo Recalcati, por su trayectoria clínica y teórica con los problemas Alimenticios, por ser un psicoanalista reconocido en su trabajo con Anoréxicas y Bulímicas, lleva en esta labor más de 20 años. Pertenece a la AME de la SLP, *Scuola Lacaniana de Psicoanalisi*. Es director de la sede de Milán del Instituto Freudiano y Presidente de JONAS: Centro de Clínica Psicoanalítica para los nuevos síntomas.

Enseña en la Universidad de Bérgamo. Es autor de numerosas publicaciones, entre ellas: *el vacío y el resto. Lacan y el problema de lo real* (Milán, 1995), *La clínica del vacío: Anorexia dependencias y psicosis* (Milán, 2002). *La ultima cena: Anorexia y Bulimia* (Milán, 1995) Colabora con el periódico el manifiesto.

Del mismo modo, se retomó a Jacques Lacan pues casi todos los analistas que estudian el problema de la anorexia y la bulimia con relación al cuerpo se remiten a él como fuente primaria. Psiquiatra, y psicoanalista francés. Basó su obra en una revisión de las teorías de Freud y fue una de las figuras más importantes del estructuralismo francés contemporáneo. Como teórico y médico suscitó casi siempre adhesiones y rechazos radicales. Su relación con el movimiento freudiano contrastaba con sus fuertes tensiones con la IPA, la Asociación Psicoanalítica Internacional. Lacan introdujo a pensar el cuerpo de tres maneras, real, simbólico e imaginario. Por eso su pertinencia como fuente primaria en este trabajo que se titula: “El cuerpo simbólico en un sujeto anoréxico”

4.3 Fase de Recolección y Generación de Información

Este momento de la investigación señala cuales son las estrategias de recolección de datos más adecuada, así mismo como las características del plan de recolección de información.

(Galeano, 2004):

Para este trabajo fue importante lo referencial, permitió la ubicación de lo explorado, como fuentes bibliográficas y la entrevista sobre historia de vida, en relación con el estudio de caso, lo flexible, fue dando forma de acuerdo al avance que se obtuvo en el estado del arte, para así aproximarse a dar respuesta a la pregunta de investigación, y en tercer momento emergieron algunos cambios pertinentes que se encontraron en el desarrollo del trabajo, a partir de la teoría. Y finalmente, la estructuración que se obtuvo en la entrevista abierta (historia de vida) para el estudio de caso único, se evidenció información muy relevante, proveniente del sujeto entrevistado, en relación con la pregunta de investigación.

4.4 Fase de Categorización y Análisis de la Información

En los diseños de investigación cualitativa, lo teórico se concibe como un sistema de relaciones expresamente construido en el proceso de investigación que guía la investigación y apoya el análisis (Galeano, 2004). Las teorías se confrontan con una realidad; se trabaja con teorías de alcance intermedio que ayudan a la comprensión de realidades específicas.

En este caso se partió de la teoría psicoanalítica de Lacan, (1949) para explicar cuerpo simbólico, cuerpo real, cuerpo imaginario, el estadio del espejo. Otros autores como Recalcati, (2004) un autor especializado en la investigación y en el tratamiento de la Anorexia-Bulimia, que claramente toma partido contra la segregación médico-psiquiátrica de este fenómeno. Sauval (1957) Un autor que se ha encargado de escribir una serie de artículos que parten del análisis de algunas de las operaciones que han buscado ubicar a la anorexia como un "nuevo" campo, y prosiguen con una revisión de las referencias a la anorexia en las obra de Freud y en la enseñanza de Lacan; Asimismo Izcoich (2003), en el libro "El cuerpo y sus enigmas" donde habla del cuerpo y su relación con el otro y con la historia. Entre otros textos en los que me he basado para hablar de la anorexia y la bulimia como un síntoma que toma importancia en la actualidad, y logra transformar un cuerpo real, simbólico e imaginario.

La construcción de las categorías de análisis para este trabajo se hizo a partir de los siguientes criterios:

Revisión permanente y sistemática de la información recolectada o generada, que consistía en la lectura reiterada de los datos arrojados y relacionar los textos consultados con los conceptos de cuerpo simbólico, Anorexia y Bulimia.

Se elaborará como proceso en primera instancia una definición de temas relevantes en los que se orienta el estudio, luego se hará una recolección de datos por medio de las historias clínicas, entrevista abierta, historia de vida. A partir de esto se propuso unas categorías de análisis, elementos que permiten ordenar algunos fenómenos de este caso en particular.

Posición subjetiva hacia la sexualidad, Identificación con la madre, Identidad anoréxica, Amenorrea como síntoma concomitante a la anorexia, Actitud hacia el cuerpo y su femineidad, Imago cultural, Ámbito familiar, Deseo de la madre, Función del padre, Acontecimientos traumáticos, Autopercepción, Cuidado de sí (quién cuidó de ella cuando más lo necesitaba), Sociabilidad, Proyecto de vida y capacidad de sublimación y el sentido del síntoma

5 PRESUPUESTO

PRESUPUESTO GLOBAL DEL TRABAJO DE GRADO				
Rubros	Fuentes			Total
	Estudiante	Institución – IUE	Externa	
Personal	\$ 2.600.000	\$ 2.600.000		\$ 5.200.000
Material y suministro	\$ 500.000			\$ 500.000
Salidas de campo	\$ 800.000			\$ 800.000
Bibliografía	\$ 19.000			\$ 19.000
Equipos	\$ 2.000.000			\$ 2.000.000
Otros				\$ -
Total	\$ 5.919.000	\$ 2.600.000	\$ -	\$ 8.519.000

DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL							
Nombre del investigador	Función en el proyecto	Dedicación		Costo			Total
		horas	semanas	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Docentes	Asesores	1	48	\$ 2.600.000			\$ 2.600.000
Diana Sofía Gómez	Investigador	5	48		\$ 2.600.000		\$ 2.600.000
Total				\$ 2.600.000	\$ 2.600.000	\$ -	\$ 5.200.000

DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y SUMINISTRO				
Descripción de tipo de material y/o suministro	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Transporte a biblioteca, asesorías	\$ 500.000			\$ 500.000
Fotocopias	\$ 250.000			\$ 250.000
Visitas a consulta CSM	\$ 400.000			\$ 400.000
Total	\$ 1.150.000	\$ -	\$ -	\$ 1.150.000

6 CRONOGRAMA

Período académico	2011-2				2012-1				2013-1			
	Mes				Mes				Mes			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planteamiento y estructura del anteproyecto												
Búsqueda de la bibliografía pertinente												
Análisis de los conceptos de la bibliografía respecto del tema a desarrollar												
Socialización de avances												
Ajustes, luego de la socialización, al Planteamiento del trabajo de grado												
Avances en la lectura para estado del arte y marco teórico												
Elaboración de entrevista, consentimiento informado												
Avance en la producción y redacción del texto												
Entrega de avances												
Avance y análisis de las lecturas, estado del arte, marco teórico y marco conceptual												
Análisis de las entrevista												
Discusión final												
Conclusiones y recomendaciones												
Entrega final del trabajo de grado a asesor												

7 MARCO REFERENCIAL

7.1 Antecedentes Investigativos

Para la realización de este marco referencial se recurrió a diversas fuentes bibliográficas, relacionadas con la propuesta de investigación presentada en este trabajo en relación con el cuerpo simbólico y la anorexia.

Según la Revista de: “Psicología General y Aplicada: Índice de Masa Corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes” (Maganto, 2002), un estudio realizado en Suecia de toda la población femenina de una pequeña ciudad, al final de los años sesenta, reveló que el 26% de las jóvenes de 14 años se percibían como gordas; y entre las mayores de 18 años, más del 50% se clasificaron como gordas. En los años setenta un estudio de 1.000 adolescentes que iban a la escuela secundaria en los Estados Unidos demostró que las chicas estaban especialmente preocupadas por su forma corporal y su peso. Alrededor de la mitad se clasificó como obesa, aunque las medidas antropométricas revelaron que sólo un 25% lo era según los criterios utilizados por los autores, que se basaban en las tablas normalizadas de peso, altura y edad utilizadas en aquel país.

Otro estudio realizado en los Estados Unidos en 1999, publicado en la misma revista (Maganto, 2002) encontró que el 60% de los estudiantes con 16 años se describieron con sobrepeso, el 75% querían perder peso y el 80% dijo que tenía más peso del que desearía.

Tres estudios australianos realizados en los años 1990 (Maganto, 2002) de más de 1.200 chicas adolescentes presentaron resultados similares. Las investigaciones mostraron que entre un tercio y la mitad de las adolescentes cuyo peso era normal se percibía con sobrepeso. Lo evidente de estos estudios es que las actitudes de las jóvenes en estos tres países desarrollados sobre su figura y peso no han cambiado en las últimas tres décadas. Preocupadas por su línea y su peso, parece que entre uno y dos tercios de todas las adolescentes en Estados Unidos y países desarrollados similares siguen un régimen, y una mujer de cada seis lo sigue seriamente. Algo similar pasa en los países latinoamericanos, especialmente en Colombia, donde en los últimos años se ha venido incrementando la presencia de los trastornos alimenticios en la población adolescente.

En el programa académico de salud mental en Colombia del año 2002, se encontró que los trastornos de la conducta alimentaria pertenecen a un grupo de enfermedades en las cuales existe una preocupación constante por el peso y la silueta, se tiene una imagen corporal negativa, que se convierte en el centro de la existencia e interfiere con el desarrollo normal de los proyectos de vida.

Los estudios realizados en distintos países (Maganto, 2002) demuestran que la anorexia nerviosa se presenta entre el 0.1% al 1.9% de la población general. Las mujeres occidentales padecen mucho más frecuentemente estas enfermedades y sufren el más alto riesgo las adolescentes y las adultas jóvenes. De cada 100 personas afectadas 98 son mujeres y 2 son hombres. Todavía son más frecuentes entre mujeres de clase media y alta y mayor nivel educativo, pero la tendencia es que afecte todas las clases y condiciones. Un grupo estaría conformado por las adolescentes con una preocupación injustificada por el peso y la silueta,

quienes desde la pubertad comienzan a manifestar su desagrado con el cuerpo que poseen y a evitar actividades sociales donde sean visibles, interfiriendo claramente con su proceso de socialización y crecimiento personal.

También están los casos llamados subclínicos, que no llegan a presentar todos los síntomas permanentemente, pero podríamos decir que están en la cuerda floja. Buena parte de su vida gira alrededor de cuánto pesan, la dieta de moda, el gimnasio, los masajes, la ingesta de agua todo el día, la “comida sana”, la mesoterapia, la lipoescultura y la liposucción. En el abismo estarían los casos detectables clínicamente que se convierten en la exageración, como una caricatura, habitualmente silenciados por vergüenza.

En los Estados Unidos The Eating Disorder Referral and Information Center (El Centro de Información y Referencia sobre Desórdenes de la Alimentación) 1997, cree que cerca de 10 millones de Norteamericanos padecen hoy en día de desórdenes alimentarios -90 % mujeres y 10 % son hombres-; mientras que The Harvard Eating Disorders Center (Centro de Trastornos Alimentarios de la Escuela Médica de Harvard) estima que el total de afectados es de aproximadamente 5 millones. El Instituto Nacional de Salud Mental no tiene cifras exactas, pero confirma que sea cual sea el número total de afectados por desórdenes de la alimentación, entre los afectados por anorexia, 1 de 10 muere finalmente por inanición, suicidio o complicaciones médicas tales como fallas en los riñones u otros (Lang, 1997).

En algunas muestras hasta el 6% de las jóvenes que están terminando educación secundaria tienen más de un síntoma de anorexia nerviosa. Las mujeres que se desempeñan

en profesiones que requieren delgadez (bailarinas, modelos) son más propensas a desarrollar el padecimiento. En relación con la bulimia algunos estudios ingleses y norteamericanos señalan prevalencias del 2 al 4% en mujeres jóvenes, también con tendencia al incremento (Buckroyd, 1997).

En España, según Morandé (1995), jefe del servicio de Psiquiatría del Hospital Niño Jesús de Madrid, los datos sobre prevalencia de anorexia y Bulimia hasta el año 1996 mostraban que los ingresos hospitalarios aumentaron de 86 en el período 1990-1 a 225 en 1996, según el conjunto mínimo básico de datos hospitalarios del INSALUD. (NSALUD, 1995).

De estas, el 83,1 % son anoréxicas, el 14,7 % son bulímicas y el 2,2 % restante corresponden a cuadros mixtos. El 92 % de estos episodios se produjo en jóvenes de 15 a 29 años, de los cuales el 92,8 % eran mujeres. La prevalencia de anorexia nerviosa en la población femenina de la Comunidad de Madrid se ha estimado en 0,04 % en mujeres entre 15 y 24 años y de 0,025 en mujeres entre 25 y 29 años. (Morande, 1995).

Lo anterior contrasta con los datos que maneja la Asociación para la Defensa de la Anorexia Nerviosa ADANER, 2000. Para quienes la cifra de personas afectadas con anorexia, en España, solo en el año de 1998, fue alrededor del medio millón, un número muy alto en comparación con los datos oficiales que presentan ochenta mil casos detectados, quinientos ingresos hospitalarios y más de 100 muertes. Hay que señalar que entre 1998 y 1999 España se situó como el país europeo con mayor incidencia de anorexia y bulimia.

En Japón, la Anorexia, fue documentada por primera vez en los años sesenta, afecta a un estimado de 1 de cada 100 mujeres japonesas, y se ha difundido a otras partes de Asia, incluyendo Corea, Singapur y Hong Kong tiene la mayor incidencia en adolescentes con desórdenes alimenticios: una de cada diez sufre de anorexia o bulimia. Y a escala mundial: 7 millones de mujeres y 1 millón de hombres... que tampoco se ven exentos de este mal. "Si bien la gran mayoría de pacientes son mujeres (90%), el número de hombres ha ido aumentando debido a que el cuerpo para ellos se ha vuelto un tema importante en la estética contemporánea", sostiene Carmen Gloria Quiroz, psicóloga y coordinadora de la carrera de Psicología de la Universidad de Las Américas. "También se han visto casos en niñas de hasta 7 años obsesionadas por no ser gordas". Por el momento no hay estadísticas de lo que ocurre en Chile, pero la situación no está distante de lo anterior. Centros de estudios (colegios y universidades) ven en la anorexia y la bulimia un problema de salud importante. Tanto es así que algunos colegios idearon sistemas de vigilancia para detectar conductas alimenticias sospechosas. (Rodríguez, 1999).

En México, el periodista Nonantzin Martínez afirma en su artículo "Trastornos alimenticios; Obsesiones que pueden ser mortales" escrito para planeta vida México, (2000). Que los trastornos de la alimentación son un problema cada vez más frecuente en México. De acuerdo con la psicóloga Laura Elliot, directora de psicoterapia de la clínica "Eating Disorders México", el 0.5 % de las mujeres jóvenes padecen anorexia nerviosa, entre el 1.5 a 2.5 % bulimia, mientras que entre el 50 y el 70% de las personas con sobrepeso son comedores compulsivos. Alrededor del 5 y 15% de las mujeres jóvenes tienen algún síntoma que apuntan hacia un trastorno alimentario. Indica que el inicio de estos trastornos se da alrededor de los 16 años, pero el rango oscila entre 11 y 25, aunque no se puede descartar la presencia de estos problemas después de esta edad.

En Colombia las cifras sobre anorexia y bulimia no son contundentes, pero según estudios de la Universidad de Antioquia y de la Universidad Nacional de Colombia, 2003. Realizados con 474 jóvenes entre 14 y 19 años, el 0.78% cumple con los criterios para el diagnóstico de anorexia. Es más frecuente en adolescentes que en adultos y más común en las mujeres que en los hombres. En el caso de la bulimia, el mismo estudio reportó que de las 474 jóvenes encuestadas, el 2.3% cumplían criterios diagnósticos de bulimia.

Por su parte en Medellín, en el año 2006 la Alcaldía, lideró una investigación: 'Prevalencia de factores pronósticos de trastornos de la conducta alimentaria en universitarias de Medellín Metropolitana, en el año 2006, sobre una muestra a 8.377 universitarias entre los 16 y 30 años, en 17 universidades. Fue presentada por la primera Dama de Medellín, Lucrecia Ramírez, 2006 y por la Asociación Colombiana de Universidades (Ascún).

El artículo publicado en el periódico EL TIEMPO el 25 de Julio del 2007 dice al respecto: A la presión materna, se le suman las ya conocidas ansiedades de las jóvenes por sentirse aceptadas, y por el temor que les causa ser criticadas por sus amigas. Lo peor es que de no hacerse un trabajo de prevención en cada una de las universidades a las que pertenecen las jóvenes, entre el 40 y el 60 % de ellas podría estar enferma de alguno de los dos males alimenticios en los próximos cinco años (2012). "*Es una bomba de tiempo que debemos frenar*". Dijo el director científico del estudio epidemiológico del CES. Manrique, R. (2007). Artículo de EL TIEMPO: "Anorexia y bulimia estarían en riesgo de sufrir 1.200 universitarias paisas".

"Y lo más grave es que ese mito de que a la gordita solo la quiere la mamá está desvirtuado porque precisamente son las madres las que más presionan a las jóvenes por su apariencia. Un factor para llevarlas a riesgos de anorexia o bulimia". (Ramírez, 2007) advirtió la primera dama de Medellín.

La anorexia nervosa, como se conoce, se caracteriza por un rechazo marcado a mantener el peso corporal por encima del valor saludable por edad y talla. Se llega a ella a través de dietas extremas. La bulimia nerviosa se caracteriza por una excesiva preocupación por la forma corporal, con episodios de ingesta de comida en abundante cantidad seguidos por vómito provocado y uso de laxantes como respuesta a la culpa.

Para llegar al fondo de los factores de riesgo para estos trastornos alimentarios la investigación tuvo en cuenta tres conceptos: impulso por la delgadez, conductas bulímicas e insatisfacción corporal.

"Preocupa que de las participantes en el estudio, el 40,8% presenta al menos uno de estos tres factores de riesgo y un 4,7% comparte las tres tendencias", explicó Manrique, (2007).

La investigación también mostró que los factores de riesgo no están asociados a los estratos socioeconómicos de las jóvenes, y que en casi todas las 17 universidades encuestadas se presentan problemas de miedo a la edad madura y baja autoestima.

Otros resultados relevantes de la investigación fueron:

- (a) El 6,5% se ha hecho cirugías (b) El 32% de las jóvenes presentan rasgos de perfeccionismo. (c) Un 25% no tienen confianza en sí mismas. (d) El 6,5% se ha hecho una cirugía estética, especialmente en el abdomen y los senos. (e) El 50% le tiene miedo a la edad madura (f) El 30,9% manifestó haber tenido exceso de peso al menos una vez en la vida. (g) Un 21,8% aumentó de peso en los últimos seis meses.

Según lo anterior estadísticamente la anorexia se presenta más en mujeres que en hombres, en edades entre los 7 y 30 años de edad. Y prevalece con mayor incidencia en países desarrollados. Existe un incremento y se está convirtiendo en un asunto de salud pública. A continuación se retomará la investigación de Contreras (2008) sobre “Anorexia nerviosa en adolescentes mexicanas: un punto de vista psicoanalítico” se encontraron posturas interesantes que desarrolla el autor, y pueden servir de sustento teórico, en la relación del cuerpo anoréxico con la cultura.

En su trabajo asegura que la anorexia y la bulimia no necesariamente son padecimientos actuales, en el sentido en que surgieran apenas hace pocos años, pero sí lo son porque tienen peculiaridades que solo en esta época se podrían presentar. El autor hace referencia a la llamada época victoriana del siglo XIX, y a la cinematografía del siglo XX épocas donde existían modelos de una belleza ideal, estilizada, arquetipos de un cuerpo femenino idealizado.

Contreras, hace una relación de la época medieval con la actualidad y supone que los síntomas y las razones que llevaron a estas mujeres a ser anoréxicas sea posiblemente la misma que la de mujeres del hoy.

En los datos epidemiológicos encontrados en este trabajo se revela la falsedad del supuesto "incremento exponencial" de casos de anorexia en el mundo civilizado. Son datos que en verdad contradicen la opinión más generalizada de que el fenómeno de los trastornos alimentarios está incrementándose de manera alarmante en todo el mundo. Pero, de hecho, estos datos muestran incluso un leve decremento de la incidencia de anorexia y bulimia en países Europeos. Los trastornos alimenticios emergen distribuidos de manera no uniforme entre la población: en países desarrollados, del total de pacientes que acuden con síntomas de bulimia o anorexia hoy día, más de 90% son mujeres, casi todas son de raza blanca y 75% son adolescentes (Tinahones, 2003). En países de Europa donde se ha investigado el fenómeno (Holanda, Dinamarca, Suecia, Inglaterra, Portugal, España, Hungría e Italia), los estudios en población abierta estiman una incidencia promedio de apenas 6 casos de anorexia por cada 100,000 habitantes, y de 10 casos de bulimia por cada 100 mil personas. Entre la población en riesgo, las cifras aumentan notablemente: entre 10 y 100 casos de anorexia por cada 100 mil adolescentes, y entre 5 y 65 casos de bulimia por cada 100 mil jóvenes (mujeres en su mayoría). (2) Por su parte, la prevalencia de anorexia es mínima, entre 0.1 y 0.26%, mientras que la bulimia aumenta entre 0.1 y 2.4% en población susceptible. Algunos investigadores (Nielsen, Lancet, Fomboonne, Tinahones, Rojo Moreno) opinan que no hay datos contundentes para suponer un incremento real de casos de anorexia/bulimia en el mundo (al menos en Europa), y que en algunos países se ha producido sólo en apariencia un incremento debido a: 1) mayor atención y difusión de parte de los medios de comunicación hacia el fenómeno; 2) mejoría en la detección oportuna debido en parte a mayor

disponibilidad de los servicios médicos; 3) criterios diagnósticos más laxos, menos estrictos; 4) cambios en la pirámide sociodemográfica; 5) cambios migratorios.

En síntesis, esta investigación cuenta con la información suficiente para concluir que:

- (a) No hay evidencia real de que exista un aumento en la incidencia de anorexia en la era moderna en países desarrollados. (b) La bulimia tiene levemente una mayor prevalencia que la anorexia, y se investiga si hay un incremento real de ese trastorno en los últimos años.

Por otra parte, Burgos, Grases y Requejo (2004), publican el artículo: “Anorexia y narcisismo. Fenómenos de alteración de la imagen del cuerpo” que surge a partir de la pregunta con respecto a la ubicación de la anorexia en relación con la historia, donde se hacía entonces evidente, que la anorexia de hoy de cierto modo denunciaba el auge del discurso capitalista, y es así como en este artículo se plantea desde una perspectiva histórica de la anorexia, poner en relieve lo característico del síntoma en la época de la postmodernidad, esto es, su relación con el cuerpo como sustancia gozante⁴ y el rechazo del Otro.

Partieron de preguntarse por el Otro desde dos niveles, el Otro social, revelado como ese gran Otro completo, que tiene todo aquello que el sujeto puede necesitar, este Otro que se muestra sin falta, es omnipotente, y que en sustitución de la caída de la ley de esta época, empuja al sujeto hacia el goce. “¡Goza!. Respecto al Otro materno, que es el Otro de la anoréxica, se trataba de otro que no podía ofrecer al hijo su falta. Cuando las demandas del

⁴ La referencia cartesiana le permite a Lacan introducir la vida/goce, lo que llama explícitamente la sustancia gozante. (Miller, 2003)

hijo son interpretadas siempre como necesidades y respondidas por tanto en este plano. El camino hacia el deseo queda obturado, y al niño no le queda otro remedio que abrir la boca y tragar, o decir ¡no! a la cuchara.” (Burgos, Grases, Requejo, 2004)

Del mismo modo, el artículo de, (Vila, 2012). Titulado: “el sujeto anoréxico y el Otro. La soledad del anoréxico”. Desarrolla su tesis a partir de un recorrido desde la enseñanza de Jacques Lacan, para entender el síntoma anoréxico, orientado desde una intervención analítica, donde se argumenta que desde cualquier terapia, que aborde esta problemática, debe centrar su intervención en como la madre alimenta a su hija, ¿cuál es la posición del sujeto anoréxico frente al Otro materno? De lo contrario el terapeuta quedara frente a la anorexia en la más absoluta de las impotencias, que en ultimo termino resolverá con internamientos hospitalarios que implican ciertas intervenciones extremas, “ese Otro institucional se convierte en el Otro que quiere hacer vivir el sujeto a toda costa, sin considerar que en ultimo termino, el sujeto encontrará la manera de responder a ese interés del Otro con su acto, generalmente intentos de suicidio, a veces muy efectivos”(Vila, 2012).

8 MARCO TEÓRICO

8.1 Antecedentes históricos para pensar la anorexia

A continuación se presentará una discusión en la articulación de un tema tan particular como lo es la anorexia, más de cien años de estudio, pero que en los últimos treinta años ha cobrado más vigencia. El siglo XIX termina con el aumento de una psicopatología femenina anclada en el cuerpo, la histeria y el siglo XX se cierra con una epidemia de desórdenes alimentarios, “trastornos” también anclados al cuerpo.

Este fenómeno ha estado atravesado por la opinión de diversas corrientes de pensamiento, en los siglos XIII y XIV por la iglesia católica, hasta ser polémica de las corrientes feministas y socioculturales en el siglo XX.

Entre los siglos XII y XV el control del apetito tenía una connotación religiosa, de convicción, castidad, obediencia y pulcritud. Las mujeres de la edad media que seguían el modelo del ascetismo, comían muy poco en un intento de trascender los placeres terrenales, de intensificar su espiritualidad y de auto sacrificarse. En esta época practicar el ayuno era una bendición suprema de Dios, y era considerado como penitencia, afirma Matzkin citado en Zusman (2004).

Según Holtz (1955), a finales del medioevo las mujeres eran famosas por dejar de comer, pasaban semanas en la cama sufriendo de una parálisis histérica.

Silverman, y Moore citan a R. Morton (1868), como el autor, que publicó en Londres el primer caso de anorexia; Describió las características de lo que hoy se define como anorexia nerviosa, entre la sintomatología se refería a la pérdida severa de peso y amenorrea, estableció la existencia de una forma de inanición autoinducida que no se identificaba con categorías religiosas, ni con formas políticas de protesta, y tampoco con exhibiciones; lo que determinaba en definitiva su asociación con factores psicológicos.

Ya para el siglo XIX, se afirma que existen mujeres jóvenes que en la época de la pubertad caían en una suerte de inapetencia subjetiva que podía llevarse hasta límites impensados, llegando a convicciones delirantes que les impedían comer. Es así como un perfil con desorden gástrico-nervioso de la época, se transformaba en un desorden del cerebro, de carácter nervioso. Pero A finales del siglo XX, se consideró que la anorexia también se presentaba en hombres, se dice que existía una negación perversa a comer y se recomendó que fueran alimentados en intervalos regulares, rodeados por personas que tuvieran cierto control moral sobre ellos, y no por personas que estuvieran vinculadas afectivamente. Este autor considera que el deseo y el apetito existían, pero por causas de un estado mental, la destrucción del apetito era notoria, y cercana a la perversidad. (Gull, 1874).

Sin embargo, para esta época era evidente que existía una fuerte relación entre la anorexia y la histeria, especificándose que la primera era una inanición de tipo histérica, explica el autor, (Gull, 1874) en la anorexia desaparecen las quejas respecto al alimento, pues se presenta una perversión insólita del apetito, dada la malignidad de los síntomas que no provocan sufrimiento sino, por el contrario, contento. Igualmente se detectó que la enfermedad presentaba una modificación en el entorno familiar, la insistencia y desesperación de las familias, de pacientes histéricas-anoréxicas exigían que comieran como

prueba de amor, y ellas por el contrario, cada vez comían menos y exhibían sus cuerpos cada vez más demacrado. (Antebi, 2000).

Sin embargo Minuchin y Pallazolli, citado en Zusman (2004) señalan que la terapia de familia en pacientes anoréxicas, enfatizaría la participación del síntoma en el entorno familiar. Y argumentan que se trata de familias que tienden a sostener los síndromes a través de sus transacciones, o de los circuitos cerrados viciados por la estereotipia.

A finales del siglo XIX, los estudios de Worthington y Charcot pusieron en evidencia los motivos psicológicos que subyacen a este tipo de patologías. Charcot revolucionó la nosografía de la histeria al dar credibilidad al sufrimiento en ella, aun cuando no se constatará un compromiso orgánico, creando así un espacio de relación intersubjetiva entre el médico-paciente, donde el médico dejaba de ser el sujeto del saber, en la consulta, porque había algo que la paciente sabía de sí misma.

Por su parte Bruch, citado en Zusman (2004), fue la expositora más reconocida en la investigación de los casos de anorexia, en las décadas del sesenta y setenta, desde la perspectiva psicoanalítica puso énfasis en el mundo interno de sus pacientes, así como en las interacciones familiares, intentando rescatar de estas las trabas comunicacionales que reforzaban el síntoma. Para ella, los problemas alimentarios, representaban un esfuerzo considerable de parte de estas jóvenes para resolver o camuflar problemas vitales, que de otra manera parecían no tener solución; resalto que la comida tiene la facilidad de conseguir este objetivo, porque comer es, desde el inicio de la vida, una actividad entremezclada con las primeras experiencias fisiológicas, emocionales y psicológicas.

De sus trabajos predominan tres áreas de funciones destacadas: (a) Una perturbación delusional de las proporciones del cuerpo y de la imagen corporal: la paciente se identifica con su cuerpo esquelético, rechaza la anormalidad y la mantiene activamente; (b) Una perturbación en la percepción o en la interpretación cognitiva de los estímulos que rodean el cuerpo, siendo la deficiencia más pronunciada la falta de reconocimiento de las necesidades nutricionales, y (c) el sentido paralizado de ineficiencia o futilidad que prevalece en su pensamiento y en sus actividades, ellas perciben a su self actuando solo en respuesta a las demandas que vienen de otras personas (Zusman, 2004).

Finalmente, la anorexia ha sido objeto de grandes controversias. Las opiniones médicas y psiquiátricas que especificaban su condición de enfermedad no conseguían definir su tipo, ni mucho menos los criterios de validación. Es por esto que haciendo este recorrido histórico de la anorexia nos encontramos con varias causas y nombramientos a través de la historia:

Nervous consumption (Norton), Atrofia nerviosa (Whytt), Hipocondrial delirium (Marcé), Histeria vinculada a una atrofia nerviosa (Laségue), perversión del ego (Gull). Los trabajos de Gull en Inglaterra y Laségue en Francia se consideraron los paradigma de la nueva comprensión de la anorexia nerviosa, y como punto de partida de los estudios modernos, sin embargo su alta prevalencia, en la segunda mitad del siglo XX determinó la necesidad de buscar explicaciones en otros ámbitos del conocimiento científico (Zusman, 2004).

Los reportes históricos tempranos de mujeres que ayunan y mueren tras un estado de inanición son considerados por algunos teóricos como las primeras muestras de anorexia nerviosa. Coincidió con la posición de Habermas (1986) en la que se discute que las mujeres,

antes de mediados del siglo XIX, no tenían propiamente anorexia nervosa, ya que faltaba un ingrediente básico: que los ayunos fueran motivados por un terror mórbido a engordar. Así, los informes históricos antiguos difieren de los casos modernos de varias maneras.

Por ejemplo, en la Edad Media tardía las mujeres, siguiendo un modelo de ascetismo, comían muy poco porque creían que era una de las maneras para desprenderse de sus lazos terrenales e intensificar su espiritualidad. Restringir su consumo de alimentos era sólo una forma más de autosacrificio entre muchas otras, como dormir sobre piedras, aislarse de la sociedad, automortificarse, etcétera. Así, muchas mujeres ayunaban a fin de facilitar experiencias místicas.

Muchas de las mujeres del posmedievo, famosas por sobrevivir sin comer, pasaron muchos años en la cama, generalmente sufriendo de una parálisis histérica. Estas mujeres, sin embargo, se parecen más a las mujeres histéricas modernas, quienes dejan de comer por el valor que simbólicamente le dan a la comida, que a las anoréxicas modernas, quienes en contraste, tratan de negar su demacrado estado y fragilidad, manteniéndose exageradamente activas durante el mayor tiempo posible.

Así, probablemente el primer reporte que se puede considerar como un ejemplo temprano de la anorexia como la describimos hoy, es el de Morton. En 1864, la primera paciente registrada como padeciendo anorexia, una adolescente inglesa de 18 años, desarrolló amenorrea por "una multitud de ansiedades y pasiones de su mente". Al paso del tiempo, ella comía menos, perdió mucho peso y sufrió de ataques sincopales. En 1868, en "el último grado de un marasmo", buscó la ayuda de Richard Morton. Su descripción sobre la apariencia de la adolescente es la siguiente:

No recuerdo haber visto nunca en toda mi práctica a una paciente que conversara con los vivos y estuviera tan emaciada, en el grado más grande de consumición (como un esqueleto solamente revestido con piel); sin embargo no había fiebre, sino al contrario, una frialdad en el cuerpo entero; ni tos, ni dificultad en respirar, ni ninguna señal de ningún otro desorden en los pulmones o en las vísceras... Sólo su apetito estaba disminuido y su digestión era difícil, con ataques de desmayos que le ocurrían frecuentemente.

A pesar de los cuidados y el tratamiento de Morton, su paciente no cooperó en hacer nada para recuperar la salud; empeoró, perdió aún más peso y murió.

Morton, un especialista en tuberculosis, llamó a esta enfermedad consumición nerviosa y estableció correctamente, mucho antes del nacimiento de la psicología, que este desorden, ahora llamado anorexia nervosa, "casi siempre procede de la tristeza y la ansiedad".

Numerosos teóricos, incluyendo a los miembros de la American Psychiatric Association, pasan por alto el informe de Morton y consideran que Charles Laségue en 1873 y William Gull en 1874 son realmente los primeros que dieron reportes médicos completos sobre anorexia nervosa. Quizá la razón de esto es que por primera vez en sus reportes se observaba el aspecto más importante por el cual la anorexia nervosa se distingue del ayuno en las mujeres que vivieron en épocas anteriores a 1850. Es decir, por primera vez se mencionaba el criterio central de diagnóstico que diferencia a la anorexia de otras formas de enflaquecimiento psicogénico: el miedo anormal a estar o llegar a estar obesas, a pesar de estar emaciadas.

El miedo anormal a volverse obeso aparece claramente en 1875 en el estudio de Worthington y en 1890 en el de Charcot. Charcot describe un caso en el que él trató a una joven anoréxica en un estado muy demacrado. Un día, mientras la desvestía, encontró que ella tenía un lazo muy apretado alrededor de su cintura. La paciente le confesó que ese lazo era la medida que su cintura nunca debía exceder: "prefiero morir de hambre antes que volverme tan obesa como mi madre". Desde ese momento Charcot comprendió la fuerza motivante y el síntoma constitutivo de la anorexia nervosa. (Villaseñor, 2007, Pág.18)

A partir de esas fechas aparecieron numerosos reportes sobre anorexia en Estados Unidos, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia. Mencionar todos los reportes sería innecesario. Sólo resta decir que muchos de los reportes que se dieron ya asociaban a la anorexia con síntomas bulímicos y a la par que se hacían investigaciones sobre la anorexia, fueron descubriendo la bulimia. Por ello, es difícil separar los reportes sobre anorexia de aquellos sobre la incipiente bulimia, y hay que notar que se consideraba a la misma como un mero síntoma de la anorexia; por lo tanto también su historia se entrelaza, para separarse finalmente en 1980, con la edición del DSM-III y posteriormente en la edición revisada del DSM-III-R. En esa edición los criterios diagnósticos de la anorexia nervosa son los siguientes:

(1) Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la estatura. Por ejemplo, pérdida de peso hasta 15% por debajo del peso teórico, o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el periodo de crecimiento, resultando un peso corporal de 15% por debajo del peso teórico. (2). Miedo intenso a subir de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. (3). Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta; por ejemplo, la persona se queja de que se encuentra obesa aun estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta

desproporcionada, incluso estando por debajo del peso normal. (4). En las mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Hay que distinguir este tipo de anorexia, la anorexia nervosa, de aquella anorexia, generalmente temporal, que se da conjuntamente con algunas enfermedades como en la indigestión, gastritis, úlceras gastroduodenales, cáncer de estómago, tuberculosis y enfermedades febriles; así como distinguirla de la posible anorexia que se puede desarrollar a raíz de psicopatología severa, como en algunos casos de esquizofrenia, en donde hay falta de apetito pero no un miedo mórbido a engordar.

El cuerpo humano no es un hecho natural, sino un acontecimiento del lenguaje y por esta razón queda inscrito en diferentes formas discursivas, estas tienen como objeto la regulación del goce de cada uno de los individuos y por consiguiente en el lazo social. El instinto es modificado por el lenguaje, en este orden de ideas se puede explicar el efecto del lenguaje sobre el instinto, el paso de organismo a la construcción del cuerpo.

8.2 Organismo, Imagen Corporal, y Cuerpo en la Anorexia

Hablar del cuerpo lleva a una infinidad de campos del conocimiento y de la experiencia: el cuerpo productivo y el reproductivo, el del performance atlético, el de la biología y la genética, el del niño y el del anciano, el de la sexualidad, el placer, el goce y el cuerpo anoréxico, el de los obesos, también los mutilados por la guerra, los enfermos, los estériles, los desnutridos. Pero tanto los cuerpos abyectos como “los que importan” (Butler, 2002), siempre y en cualquier situación, son cuerpos sexuados y genéricos.

Pensar el cuerpo sin considerar el inconsciente, pareciera no ser suficiente (Lamas, 2002). El psicoanálisis nos lleva al escenario del cuerpo deseante, pulsional y de goce, al del

inconsciente, al de la diferencia sexual. El inconsciente encarna en el cuerpo desde su dinámica pulsional y sus formas de goce. La noción de pulsión que hace trascender al cuerpo biológico, sacándolo de los dominios de la necesidad para llevarlo al intrincado espacio de la subjetividad, de sus paradojas y torceduras topológicas.

Estos discursos que se transmiten por el mundo de las pantallas globales transmiten la imagen de un cuerpo ideal, bajo el cual muchas anoréxicas se identifican.

El cuerpo es acontecimiento del lenguaje y discurso, es el escenario donde se constituye y se produce una variedad de fenómenos clínicos en diversas dimensiones, y síntomas contemporáneos, son estos los espacios donde la clínica encuentra nuevos retos, se recibe en consulta a sujetos que sufren de y con su cuerpo, anoréxicas, bulímicas, adictos a las cirugías. La relación entre el desarrollo de la ciencia y las tecnologías tomadas por los mercados a través de la publicidad se convierten en un campo fecundo para la proliferación de diversos síntomas. Es allí donde adquiere mayor precisión y función clínica lo que Lacan, citado por Miller (1995) llamo la función del síntoma como acontecimiento del cuerpo. La definición de Síntoma en la última enseñanza de Lacan, la encontramos en la conferencia "Joyce, el Síntoma II"(1975): el goce de un cuerpo viviente, goce propio del cuerpo como tal, del goce del ser hablante. En el cuerpo del ser hablante el goce sufre también la incidencia de la palabra, o sea que el goce es producido por el significante, y es por esto que el goce del síntoma se convierte en un acontecimiento de cuerpo.

8.3 Cuerpo e Imagen

Existe una progresión en cuanto a la doctrina del cuerpo en Lacan. Es la manera como aborda la relación del cuerpo con lo imaginario, lo simbólico y lo real, que es coherente con la progresión en cuanto a la definición y al estatuto que Lacan da a cada uno de estos tres registros.

Lacan en su primer seminario en el año de 1953, se le percibe la adhesión a una concepción biológica del ser humano, con el texto “estadio del espejo”, (Izcovich, 2009) es a partir de esta idea que el desarrolla la concepción de la prematuridad del nacimiento en el ser humano. La idea de Lacan es plantear la existencia de un recurso en el ser humano frente a la prematuridad con la que llega al mundo. Dicha prematuridad induce a una necesidad de compensar, un recurso necesario, es lo que atribuye Izcovich citando a Lacan (2009) a la función de la imagen, la imagen de completud que viene del Otro, constituyendo una resolución compensatoria a lo que al individuo le aparece como desfalleciente de su propia imagen.

El ser viviente, en este caso el prematuro se constituye a través de la ilusión de la imagen completa que percibe en El Otro, se anticipa forjando un horizonte a partir de la futura propia completud. Y de este modo se resuelve la carencia biológica propia de la especie humana, la imagen es fundadora de lo imaginario⁵ y procura una unidad satisfactoria, ya que induce una promesa, la de una completud sin falla. (Izcovich, 2009). La imagen del otro ser humano es referencia para la propia imagen, pues es así como la experiencia perceptiva de la imagen que viene del otro, se agrega e instaura como una experiencia subjetiva, lo que da lugar a una experiencia de satisfacción. Existiendo una correspondencia inicial entre imagen-satisfacción,

⁵ Allí reside todo el campo de la narcisización como fundadora de la imagen del cuerpo del niño y de su estatuto narcisista a partir de lo que es primero el amor de la madre y el orden de la mirada dirigida al niño. Pero, al mismo tiempo que reconoce su imagen en el espejo, el niño la ve y la capta ante todo como la de otro. “El yo es el otro” paráfrasis de una frase de Rimbaud citada por Lacan (Pessoa, 2007, pág. 3).

dando lugar a lo que más tarde se llama la relación entre lo imaginario y el goce del cuerpo, es así como el sujeto cree captar ahí lo que será su identidad fragmentada.

8.4 Cuerpo Simbólico

Después del año 1953, se presenta un cambio de perspectiva en Lacan que se hace notar en su texto: “función y campo de la palabra y del lenguaje”. Aparece la introducción de lo simbólico, un concepto clave para el desarrollo de este trabajo investigativo. Lacan introduce una expresión, se refiere al lenguaje como “cuerpo sutil”. Ya no se trata entonces de un cuerpo puramente imaginario. (Izcovich, 2009)

Su concepción central cuando introduce lo simbólico es formalizar el estatuto del sujeto, determinado por la estructura del lenguaje. Es decir, el concepto de sujeto no implica la referencia al cuerpo, por el contrario, lo excluye. El cuerpo es algo extraño para el sujeto.

Así, Lacan construye un significado de sujeto, a partir de la constitución de la estructura mínima de dos significantes, uno que reenvía al otro. Como afirma Luis Izcovich (2009) en su libro: “el cuerpo y sus enigmas”, Lacan pasa de lo imaginario a lo simbólico, y lo simbólico es determinante para constituir el sujeto. Así pues, el cuerpo es un espacio donde pueden confluir muchos discursos, y los términos que nos plantea Lacan (el cuerpo real, cuerpo simbólico y cuerpo imaginario) son diferentes registros de un mismo cuerpo.

El cuerpo real hace referencia a esa estructura anatómica, es decir, la carne, los huesos, y los músculos, es lo que Lacan nombra como el viviente. El cuerpo simbólico, como el calificativo lo dice, simboliza algo para el individuo mismo y para los demás, la belleza, la

sensualidad, la sexualidad, estos calificativos oponen algo al cuerpo, permiten dialectizarlo Y el cuerpo imaginario es la representación mental, es la imagen que tenemos de nuestro propio cuerpo. La imagen que tenemos cada uno de nosotros mismos dependerá, más que nada, de cómo nos ven los demás, porque es desde la mirada del otro como se va construyendo una imagen corporal, lo que nos imaginamos ser es lo que nos regresa la mirada del otro.

8.5 **Cuerpo Real**

El cuerpo biológico, el viviente solo llegara a ser una persona, en la medida en que sea representado por una imagen, y sostenido por una identidad, que nos otorgue el otro. El nombrar a un sujeto asigna un lugar, en la diferencia de los sexos y en la sucesión de las generaciones. Esta operación construye el cuerpo simbólico, tomando como materia prima el cuerpo real, que le dará consistencia al deseo y mirada del otro, es sobre lo viviente se construye el cuerpo. El deseo se fusiona con la carne, con el viviente para estructurar lo imaginario, lo real y lo simbólico. Las palabras, la cultura y el deseo de nuestros padres organizaron y acondicionaron un lugar en el mundo para nosotros, el sujeto es hablado por el discurso de los padres.

La pulsión para Lacan, es un efecto de la demanda del otro, el pasaje en la infancia, entre él bebe y sus necesidades y la demanda que él dirige al otro, esta modelado por el modo en el que el otro le habla. El plano de base en el ser humano es el de la necesidad, que es del orden de lo fisiológico, condición de vida de un organismo (el apetito, o la sed).

(Izcovich, 2009, pág.54)

La pulsión implica como el término lo indica, la necesidad de recurrir a la relación con el Otro. La pulsión, que es la relación del sujeto con la demanda, que es demanda del Otro, implica que el sujeto está conectado en su relación con el Otro, en una modalidad que es un intento por atrapar en el cuerpo del Otro el goce que le ha sido sustraído. Y no solo del sujeto como pura relación con el significante, sino de la relación del sujeto con el goce.

(Izcovich, 2009, pág.44)

Lo imaginario se produce de la unión de un cuerpo, que se interesa con sus propios deseos, ideales y valores, y los deseos que creemos nuestros y nos permiten llegar imaginariamente a un estado de realización, de plenitud, que nunca llegará a ser total, pues para seguir deseando, necesitamos sentir que “algo” nos falta. Condición indispensable para seguir viviendo más allá de una existencia puramente biológica.

La forma en que se anudan los registros del cuerpo, real, simbólico e imaginario, determinan la relación del sujeto con su cuerpo, porque no se es un cuerpo se tiene un cuerpo. (Freud, 1915 Pág.114-117)

8.6 Freud, el Cuerpo y Algunas Referencias a la Anorexia

Freud (1893), fue el primero en notar que ciertos comportamientos de los sujetos obedecían a una formación de compromiso entre la pulsión que busca su satisfacción y lo que el sujeto reprime por inaceptable en su relación con los demás.

Desde muy temprano, Freud (1893) se interesó mucho más por describir con detalle y precisión los síntomas de cada caso y no por realizar cuadros nosológicos. Prefirió inclinarse por establecer los mecanismos psíquicos que la componen. Por ejemplo, cuando pormenoriza el caso de una mujer que presenta repugnancia por la comida cada vez que daba a luz, entonces determinó que se trataba de una “histeria de ocasión”.

En *El Hombre de los Lobos*, (1918), uno de sus casos principales, establece como la primera organización sexual la carnaválica u oral. Quedó ahí apuntalada la pulsión de nutrición. Al amor lo enlazó con la organización oral. De manera más generalizada enuncia en algún momento que en las niñas púberes suele presentarse una neurosis que revela la desautorización de lo sexual mediante una anorexia (Pereira, 2001).

Freud (1895), asoció la neurosis alimentaria (anorexia nerviosa de las niñas jóvenes), con la melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada: (1) Melancolía: Duelo por la pérdida de la libido. (2) Anorexia: Pérdida del apetito=libido (Pereira, 2001)

Aunado a lo anterior, Freud (1895), asienta la anorexia como un mecanismo histérico. La histeria es un dispositivo en el cual ante una representación penosa viene una escisión; la representación queda inhibida pero sale de otro modo que en apariencia nada tiene que ver con la representación rechazada.

Emmy Von (1893), una paciente de Freud, presentaba angustia por comer “en exceso” o beber agua (sólo tomaba chocolate con leche y bebidas muy espesas). Esta repugnancia por la comida o a cierto tipo de bebidas, como el agua mineral, eran acompañadas por expresiones de asco y horror.

Freud (1895), utilizaba todavía en ese tiempo la hipnosis. Mediante la aplicación de este método, ella dijo que cuando era niña y no quería comer su plato de carne, su madre, una mujer muy severa, la obligaba a zampárselo aun y cuando ya hubieran pasado dos horas. Así, la carne estaba fría completamente y la grasa se había vuelto rígida (hacía en ese momento expresión de asco); las expresiones de horror aparecieron cuando habló de tener que comer junto a sus hermanos que padecían enfermedades contagiosas, uno de ellos escupía constantemente pues estaba tuberculoso. En cuanto al agua, (otro gesto de horror se deja ver) relata que cuando tenía 17 años, estando de vacaciones la familia, todos bebieron agua mala. Ella fue quien se enfermó más seriamente.

A partir del momento en el que la paciente Emmy von N, 1889 habla de estos episodios, desapareció la dificultad para alimentarse y beber agua. Freud narra brevemente otro caso, en el cual un jovencito no podía abrir la boca para comer, pues un hombre en un baño público le pide que chupe su pene.

En síntesis, para Freud la anorexia se constituye con una serie de síntomas que componen la histeria y que también se relacionan con la melancolía así como con la pulsión oral (Freud, 1905).

Si los síntomas son analizados caso por caso, es más correcto ubicar el término “anorexias” porque no se trata de una sola manera de manifestarse sino que responden a la singularidad de cada sujeto.

8.7 El Cuerpo en Lacan y el Objeto “a”

Sauval, cita a Lacan (1957), en el seminario IV "La relación de objeto y las estructuras freudianas" dice que la frustración es el rechazo del don. Como el don es de un orden simbólico, separado ya del objeto de satisfacción (el que sacia las necesidades básicas de un bebé como hambre, sueño, etc.), no causa sino una decepción. La satisfacción a nivel simbólico sólo es un sustituto, pues el objeto está perdido. Es la dolorosa dialéctica el objeto ahí y jamás ahí, presencia-ausencia, como cuando el niño estalla en júbilo al esconderse y reaparecer.

Una nieta de Freud, muy pequeña, se enfermó del estómago por lo que no podía comer lo que más ansiaba: unas ricas frambuesas. Sin embargo, sueña que las come. Sueña con lo imposible, eso es el orden simbólico, ya que es una nada, ahí no hay frambuesas. Es el deseo de lo imposible. El objeto real toma valor de símbolo, ese es el deseo inconsciente.

El seno de la madre erotiza la zona oral, pues fue un objeto de satisfacción, rol esencial que ha hecho que pase a ser colocado en el plano del deseo en tanto que pasa a ser del orden simbólico. En la anorexia mental, como Lacan la llama, el síntoma da una satisfacción sustitutiva en lugar de simbólica a lo que no falta, es decir, el objeto de satisfacción. Se le ve a la madre como toda potencia, conteniendo en su cuerpo todos los objetos primitivos reunidos, los síntomas son el intento por simbolizarlos, es por eso que la anorexia es un deseo de comer nada y no de no comer nada.

Mientras que a la madre se ve como toda potencia, el niño se refleja en el espejo como impotencia, suscitándole depresión. En este punto, el niño genera un poder, el único posible

contra toda potencia con el que produce la dimensión del negativismo en forma de acción, que se dirige a atacar esa dependencia del niño hacia la madre, de ahí su negativismo a comer.

La madre todopoderosa fracasa en su poder pues es el niño quien ejerce ahora el dominio: se alimenta de nada. Se erige como amo de la madre, que está a las órdenes de su capricho. El niño se convierte pues en toda potencia. Juárez, et. al (2006) afirman:

El reconocimiento del propio cuerpo y la imagen del mismo, ¿son necesarios para la adecuada interacción del sujeto con los demás? ¿Cuál es el impacto de dicho reconocimiento en la relación con el otro? ¿Es necesario que exista congruencia entre el cuerpo real y la imagen mental que el sujeto tiene de su propio cuerpo? ¿Por qué los cuerpos reales son representantes de ciertos símbolos? ¿El cuerpo integral del individuo solo ha sido deseado por el mismo? ¿Los trastornos físicos y psicológicos, tales como anorexia, bulimia, vigorexia, están relacionados con la incongruencia entre cuerpo real, el cuerpo simbólico, y el cuerpo imaginario? ¿Nuestro cuerpo es generador de autoestima?" (pág. 108).

La frustración puede siempre abrir la puerta a la regresión, los síntomas anoréxicos sustituyen la posibilidad simbólica. En la anorexia hay una ausencia importante: la intervención del padre, que pueda marcar en la madre el que ella no es todopoderosa sino que es también sujeto que desea, pues está también en falta.

Todo esto nos lleva a plantearnos la relación de los fenómenos de alteración de la imagen con lo expuesto en el estadio del espejo, en concreto con la anorexia, y refiriéndonos a la

pubertad tomándola como el momento en que en muchos casos se desencadenan, en especial en este, “el del patito negro”, si por ser este acontecimiento una salida de la latencia de la relación con la cuestión de la relación con el espejo, y por tanto una reedición en la cuestión del yo y del narcisismo, citando a Recalcati se puede preguntar, si no se tratará de una deformación de la especularización narcisista debido a que el espejo no ofrece al sujeto el soporte pacificador del ideal del yo, sino solo la mirada cargada del superyó materno, una mirada implacable y obstinada del goce femenino y el estrago que causa, el superyó aparece ordenado por un carácter cruel, infinito y absoluto que toma su cuerpo. Como se percibe específicamente en “el patito negro”.

Graciela Sobral, (2011) en su artículo “La papilla asfixiante de mamá”⁶ examina la relación entre esa problemática y el vínculo madre-hija, insertado a su vez en “la tendencia al goce inmediato” referida a objetos de consumo en la sociedad actual.

El tratamiento psicoanalítico de madres que consultan por la anorexia de sus hijas o por problemas en la relación con los hijos particularmente con las hijas nos muestra una dificultad con relación a lo femenino, la misma que, en la hija, se esconde detrás del síntoma anoréxico-bulímico. Y nos invita a reflexionar sobre una característica del Otro contemporáneo, representado en nuestro caso por las madres (Sobral, 2011) “el patito negro” se encuentra posicionada en el deseo de su madre, una madre completa que confunde la necesidad con el amor y trata así de obturar permanentemente el vacío estructural con el objeto alimento. Atiborra toda la demanda “del patito negro” con la papilla y no deja lugar alguno a la demanda de amor.

⁶ Término que utiliza Lacan en 1950, haciendo referencia a la madre que no transmite la falta y pone en juego un deseo devorador, donde el sujeto es tomado como objeto y fijado a una posición de goce que adolece de la falta. Ésta permitiría al sujeto orientarse en relación al deseo. Frente a este Otro, la anorexia es una maniobra para introducir un vacío que da lugar a un falso deseo

El objeto tecnológico, que parece estar al servicio de las personas, determina la subjetividad de la época. Ya no sólo es imposible prescindir de él, sino que va organizando, de manera imperceptible, la forma de relación con los otros, la temporalidad y la manera de disfrutar. Dicho objeto se introduce cada vez más en la vida y la intimidad, y toma subrepticamente el lugar del partenaire. Su proliferación promueve un goce solitario y autista, (Sobral, 2011) este goce solitario y autista del que habla la autora puede relacionarse con la satisfacción que se presenta en “el patito negro” cuando se retira a vomitar y la dificultad que tiene para hacer este tipo de prácticas en lugares públicos, entonces diseña estrategias “mis papás felices viéndome comer, yo feliz porque comía, los veía contentos, pero también contenta porque iba y lo vomitaba, entonces se volvió una dicha, pero delicioso era una satisfacción tan grande, pero a la vez una tortura, cuando estaba en un establecimiento público o algo así, era muy difícil, pensar que hacer, si digo que voy al baño ya saben, pero necesito sacarme esto ya” “uno siempre tiene su estrategia, su plan, ¿qué voy hacer para satisfacer la enfermedad? es en este sentido que cada vez se puede prescindir más de los otros como en el sentido de que el objeto deja de ser un medio para el encuentro. Un fin en sí misma, aunque sea en compañía de otros. Se ha desplazado el acento del otro al objeto. El objeto es el compañero más fiel y menos problemático: brinda una satisfacción inmediata que no necesita pasar por las vicisitudes y dificultades que suponen las relaciones. Es como si el sujeto intentara realizar su fantasma sin ninguna mediación. La época privilegia la dimensión imaginaria y el goce autista y estimula la ilusión de que la completitud o la satisfacción total son posibles (Sobral, 2011)

Ya en los años '50, Jacques Lacan decía que, en relación con la anorexia, se debe pensar en la madre que “confunde sus cuidados con el don de su amor” y, por lo tanto, ahoga al niño

con su “papilla asfixiante”.(Sobral, 2011) la madre “del patito negro” siempre fue muy asfixiante, mas con la comida, “ella siempre fue muy limitante con esa parte, ella si me decía: amor pilas, pilas por eso me mantenía en deportes, pero siempre estuvo detrás de mí diciéndome eso, y yo creo que por eso mi casa ha sido lo más vegetariano y lo más light del mundo, todo es integral, no hay grasas, solo aceite de oliva, o sea es impresionante” esto resulta asfixiante, lo cual no sucede cuando se trata del don del amor.

Lacan, (1950) citado por Sobral, (2011) define el amor como “dar lo que no se tiene (el falo) a quien no es (el falo)”, es decir, que en el amor se trata de dar la falta (más que un bien) a quien toma el lugar del objeto del deseo. Lacan habla de la madre para quien lo importante es satisfacer las necesidades del niño y que descuida el hecho de que, para que un niño crezca sano, es necesario que se lo ame y que se desee algo para él, más allá de la satisfacción de sus necesidades.

Este aspecto del amor no es el aspecto narcisista, de completitud mutua, donde el niño llena imaginariamente la falta fálica de la madre. Hablamos de otro aspecto, que lleva a la madre a poner en juego un deseo que no se agota en el niño. Sólo desde la dimensión del deseo tiene la posibilidad de dar un amor que transmita la falta.

El objeto constituye para el niño un don del amor de la madre. El objeto vale, más allá de la necesidad, porque es un don de amor del Otro materno. Entonces, por ejemplo, el niño aceptará o no la demanda del Otro de ser alimentado, no tanto por la comida, por el objeto en sí, sino por el hecho de decir sí o no al Otro. Es de esta manera que “el patito negro” logra oponerse a los deseos de delgadez que su madre le impone en primer lugar, se produce una obesidad, entendida como la negación a ese deseo de su madre de verla delgada, ella sale de

su casa dice: “Salí a buscar lo que yo quería, y como mis primos comían lo que yo quería, entonces salía con mis primos, me volaba de mi mamá y comía todo lo que yo quería, pero a escondidas de mi mamá, y así como que me tenía que desatar de esa presión que tenía de mi mamá empecé a desahogarme con la comida, pero no lo hice intencionalmente” en segundo lugar se produce una identificación al dicho de la madre “sea delgada”. Y finalmente la bulimia.

El Otro, sin embargo, por distintos motivos, puede estar en esa posición desde la cual privilegia la satisfacción de la necesidad ignorando la dimensión de la falta. Cuando falta la falta y el objeto deviene fundamentalmente objeto de satisfacción de la necesidad, el Otro, que ya no opera como Otro simbólico, fija a esta posición de goce, no sólo al objeto, sino al sujeto mismo.

Podemos relacionar la epidemia de anorexia-bulimia con la tendencia al goce autista, característica del mundo actual, que, con objetos, obtura la falta y elude la dimensión del deseo. Para ello es necesario aclarar la relación entre alimento y objeto tecnológico. “Dar lo que no se tiene” esa definición que, como vimos, Lacan dio para el amor nos conduce al objeto nada, el objeto simbólico en su expresión más pura, en contraposición con el objeto tecnológico. En la época del objeto siempre a mano y apto para la satisfacción inmediata, la anoréxica-bulímica pervierte el alimento y muestra de forma paradigmática su dimensión de objeto de goce, igualándolo al objeto tecnológico y utilizándolo como tal. De esta forma, constituye el mejor ejemplo de que, para el ser humano, la dimensión de la necesidad está abolida. (Sobral, 2011)

Con la anorexia, el sujeto intenta abrir un hueco en la compacidad del Otro; es un intento de apertura que funciona como un pseudo deseo, porque no se trata verdaderamente de un deseo, sino de un “No” a la demanda del Otro, a todas las demandas que le ofrecen soluciones para obturar ese vacío en el estómago que comienza a construir en el lugar de la falta. La falta simbólica es degradada a vacío real, sobre el cual se puede operar con maniobras de vaciado y llenado.

El sujeto intenta restituir al objeto su estatuto simbólico pero, a la vez, el desarrollo de la anorexia y en particular de la bulimia, que es su forma más extendida, pone en juego la dimensión del objeto como objeto de goce. El sujeto goza de su nuevo objeto: primero la nada, luego el atracón y el vómito, y el goce que obtiene con estos nuevos objetos lo fija a esa posición, donde encuentra algo que lo asegura.

El síntoma de anorexia-bulimia que se manifiesta en la adolescencia, en el despertar de la vida sexual de las jóvenes, toma hoy en día una forma epidémica. Encontramos su desencadenamiento en torno de la menarquia, a la aparición de los caracteres sexuales secundarios, a los primeros encuentros y dificultades en la vida sexual con el partenaire. En este sentido, la anorexia funciona como una respuesta fácil, al alcance de las jóvenes de esta época, con relación a la pregunta: ¿qué es ser una mujer (para un hombre)? (Sobral, 2011)

9 MARCO CONCEPTUAL

Para empezar a desarrollar este marco conceptual, es necesario definir los conceptos importantes que aparecen en este trabajo de grado.

Anorexia: (fr. anorexie mentale; ingl. anorexia nervosa; al. Anorexia nervosa). Trastorno sintomático de la conducta alimentaria que se traduce principalmente en una restricción muy importante de la alimentación y cuya determinación, paradójica, parece unir una muy fuerte afirmación de un deseo amenazado y una negación de la identificación sexual que podría dar una salida a tal deseo. A diferencia de la bulimia, la anorexia mental ha sido aislada como tal desde fines del siglo XIX (Gull, Lassègue, Huchard). Aparece principalmente en adolescentes o jóvenes adultas, antes de los 25 años, y es muy rara en los hombres. Se traduce en restricciones de la alimentación que a menudo tienen como pretexto, al menos al principio, un régimen fundado en razones estéticas. Estas restricciones pueden acompañarse de vómitos provocados y de ingesta de laxantes y de diuréticos. Producen el desvanecimiento de las formas femeninas, la reducción de los músculos, diversos trastornos somáticos, amenorrea, y a veces ponen la vida en peligro. Para los psicoanalistas, además de la responsabilidad que puedan tener en tanto terapeutas, cuando son consultados, la anorexia plantea diversos problemas clínicos, en primer lugar, el de su definición. ¿Se trata de un síntoma que puede ser asociado a algunas estructuras neuróticas, o incluso psicóticas o perversas, y, en tal caso, a qué estructura en particular? ¿O se trata de un trastorno específico que plantea a su manera la cuestión del deseo? Los psiquiatras y psicoanalistas que se han interesado en la anorexia han visto en ella a veces una patología parapsicótica. Este es el caso, por ejemplo, de M. Selvini-Palazzoli (*L'anoressia mentale*, 1963), que ve en ella una psicosis monosintomática. En una perspectiva vecina, H. Bruch (*Les yeux et le ventre*, 1984) subraya las distorsiones casi delirantes de la imagen del cuerpo (percibido por ejemplo como un cuerpo de obeso

cuando es extremadamente delgado), las distorsiones en la interpretación cognitiva de los estímulos que provienen del interior del cuerpo así como el rechazo en reconocer la fatiga. Sin embargo, podría objetarse a esto que tal concepción reposa en la idea de que la realidad, para el sujeto no psicótico, es reconocida generalmente de manera objetiva. De hecho, la realidad, para cada uno, está organizada por el fantasma, y en numerosos sujetos no psicóticos encontramos distorsiones considerables con relación con lo que aparecería como real para un observador exterior. En suma, las referencias a la psicosis no son más convincentes de lo que serían, por lo demás, las referencias a la neurosis obsesiva: es cierto que la anoréxica piensa constantemente en la comida, pesa y calcula, controla sin cesar su peso o el grosor de sus muslos, etc. Pero tal determinación se quedaría en un formalismo demasiado exclusivamente descriptivo. Anorexia e histeria. Clásicamente, por otra parte, la anorexia más bien es considerada cercana a la histeria. Esta era generalmente la posición de Freud, aun cuando se preguntara eventualmente qué lazos podía haber entre anorexia mental y melancolía (Manuscrito G.) Pero debe entenderse que esta referencia estructural no tendría casi interés si condujera a aplicar mecánicamente interpretaciones estereotipadas de la fantasmática de la anoréxica. Así, apoyándose en K. Abraham, que trajo a la luz el lazo entre ingestión de alimentos y «fecundación oral», ciertos autores pusieron la anorexia en relación con la represión de este fantasma. Se ve fácilmente lo reduccionista que puede ser tal concepción. Pero si la anorexia puede ser abordada a partir de la histeria, es sin duda en una perspectiva totalmente distinta. Sabemos que el deseo siempre está ligado a una falta. De este modo, como lo señala J. Lacan, el niño atiborrado por la madre puede rehusar alimentarse para recrear una falta que esta ha taponado en su intento de satisfacer solamente sus necesidades. “Es el niño al que se alimenta con el mayor amor el que rechaza la comida y se sirve de su rechazo como de un deseo”. Tal aproximación sitúa a la anorexia mental en el extremo de la posición histérica respecto del deseo. Ya la histérica, por su manera de ligar el

deseo con la insatisfacción, tiende a demostrar que el deseo no recae sobre el objeto particular al que parece dirigirse, sino que en última instancia se dirige a una falta, a una “nada”. A partir de aquí la anorexia ya no aparece más como una afección totalmente particular. Lacan retoma de E. Kris el caso de un autor convencido de haber plagiado, cuando lo que ha tomado en préstamo no va más allá de lo que es comúnmente admitido en su campo de actividad. La intervención de su analista, que intenta convencerlo de esto último, desencadena un acting-out: se encuentra comiendo “sesos frescos” en un restaurante, no muy lejos de lo de su analista. Es que efectivamente, dice Lacan, este hombre robaba, pero robaba “nada”, así como la anoréxica come “nada”. Inconscientemente, deseaba apropiarse del objeto, pero en su forma más despojada. Anorexia, en este caso, propiamente mental, dice Lacan, anorexia en cuanto a lo mental. El goce del otro. Si bien no es cosa de negar el alcance de tal aproximación, hay que decir que hoy parece preciso completarla, aunque más no sea inclusive a partir de otras articulaciones de Lacan, por ejemplo, sobre el goce del cuerpo. Hay que destacar en especial lo siguiente: la anoréxica gasta una gran cantidad de energía intelectual y hasta física (vigilias prolongadas, ejercicios deportivos, hiperactividad, etc.), pero esta energía es puesta enteramente al servicio de un síntoma, lo propio del cual es impedir la identificación sexual (la anoréxica no es ni hombre ni mujer) y desechar toda posibilidad de relación afectiva o sexual. Podríamos entonces pensar en poner el acento, como lo hacen E. y J. Kestemberg y S. Decobert (*La faim et le corps*, 1972), en lo que sería una forma de “masoquismo erótico primario”, donde el placer estaría directamente ligado a la sensación de hambre. Esta perspectiva, que parece suponer el primado de algo referente al autoerotismo, no nos parece contradictoria, a pesar de la diferencia de abordaje, con los desarrollos que podríamos hacer por otro lado a partir de la oposición lacaniana entre goce fálico y goce del Otro. El goce fálico, para Lacan, supone la identificación sexual, en sí misma relacionada con el complejo de castración. Estando este camino cerrado para la

anoréxica, ella al parecer privilegiaría el goce del cuerpo como goce Otro. Este término no debe entenderse aquí como sinónimo de placer, o sea, de lo que nace de la disminución de la tensión. Pues, para tomar un ejemplo particular, no es raro que las anoréxicas que multiplican los vómitos provocados describan la sensación del peso del alimento como insoportable, un insoportable que se siente idéntico a un muy fuerte goce. Tenemos allí los elementos que permiten otra distinción de estructura. E. y J. Kestemberg y S. Decobert invocan la importancia del mecanismo de la “denegación (dénégation)” en la anoréxica para hablar de perversión. Pero, aparte de que en esta perspectiva se esperaría más bien «renegación [déli]» que “denegación (dénégation)”, la demostración no parece totalmente probatoria: hay, por cierto, en la anoréxica una negación de la diferencia sexual, negación concretizada en la realidad por el hecho de que su síntoma impide el florecimiento de los atributos corporales de la femineidad. Pero ¿puede aproximarse esta negación a la renegación perversa? En todo caso, el dominio que intenta ejercer la anoréxica (especialmente al mostrarse más fuerte que los que le piden comer) no es nunca, como en los perversos, un dominio del goce sexual, del goce «fálico». (Diccionario de psicoanálisis: www.tuanalista.com).

Cuerpo real: Es la carne viva con su pulsación de goce. El cuerpo real al ser abordado por un discurso diferente al de la ciencia, se distingue de esta por no excluir el goce. No puede haber goce de lo real sin lo real del goce. Sin embargo, en ciertos puntos, estos pueden unirse, ya que se definen por lo imposible. Esto explica por otra parte la razón de estos deslizamientos que van del todo biológico al todo físico aun cuando la línea divisoria sea una definición de discurso.

Lacan definió este cuerpo real como otro como A, donde el cuerpo propio es considerado como Otro radical que debe distinguirse del Otro significante. (Balas, 1988)

Cuerpo simbólico: Es el cuerpo vacío, separado de su goce por la operación del significante. El goce ha tenido entonces que refugiarse en estos islotes que constituyen las razones erógenas. Este cuerpo es el Otro del significante. El Otro tomado como superficie de inscripción del significante. Significante que a su vez despedaza el cuerpo propio. Este cuerpo propio es el cadáver, ese que se dispone en la pequeña caja bien cerrada después de la muerte (con sus objetos familiares) para que no le surjan las ganas de regresar a pasearse entre los vivos bajo la forma del significante (Balas, 1988)

Cuerpo imaginario: Es el que da forma y consistencia de cuerpo a lo viviente antes de que se disuelva por la muerte en un magma de real innombrable. Lo inscrito aquí con el cuerpo simbólico el destino de la libido, es decir del deseo, está ligado al sistema de representaciones del sujeto, en tanto que lo real y el goce están implicados en este sistema de representaciones. Es el anudamiento de la imagen inconsciente del cuerpo y su reflejo en el espejo (junto con lo real) que otorga al cuerpo su forma (llamada imaginaria) y su consistencia. (Balas, 1988)

10 IMPACTO Y RESULTADOS ESPERADOS

Este trabajo pretende evidenciar cómo es afectado el cuerpo simbólico en un sujeto anoréxico a partir del análisis de un estudio de caso, Por lo anterior, desde la escuela psicoanalítica, es importante dejar certeza de los resultados relevantes que el mismo aborda, relacionado con las conductas alimentarias. De tal manera es fundamental el impacto social, clínico y educativo que presenta esta problemática, de ahí la importancia de implementar programas de prevención en el desorden de conductas alimentarias desde edades tempranas y un adecuado abordaje terapéutico en un nivel más avanzado de la misma, es a partir de la realidad expuesta en un caso único del “patito negro”, en este sentido, la anorexia funciona como una respuesta fácil, al alcance de las jóvenes de esta época.

11 COMPROMISOS Y ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

Esta investigación se va dar a conocer a través de la publicación de un artículo en la revista de la facultad de psicología de la Universidad de Envisgado: Katharsis, también se realizará una ponencia a todos los docentes de la facultad de psicología, para ampliar los conceptos investigativos y la experiencia sobre este trabajo de grado llamado: “El cuerpo simbólico en un sujeto anoréxico”

12 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a los principios establecidos en el código de ética del psicólogo colombiano y debido a esta investigación: “Estudio de caso: el cuerpo simbólico en un sujeto anoréxico” el estudio se desarrollará según los siguientes criterios:

- Se elaborará un consentimiento informado por escrito para el sujeto de estudio en lo cual estará de acuerdo en la participación de esta investigación (ver Apéndice).
- La investigación se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización de la participante y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Investigación de la institución Universitaria de Envigado.

13 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este análisis de resultado se realiza mediante el análisis del discurso de un sujeto, en un estudio de caso, es un trabajo donde se aíslan algunos significantes que se encuentran mencionados en repetidas ocasiones a lo largo del discurso, y la pretensión fue relacionarlos con los conceptos y teorías del psicoanálisis propiamente.

13.1 Categorías de análisis

Subjetividad y sexualidad: Cuando era niña “el patito negro” tenía comportamientos masculinos, dice ser muy brusca, y gustarle los juegos varoniles. En la pubertad existe una identificación con su prima, quien se pone en el lugar del ideal, y es allí cuando “el patito negro” dirige una mirada en silencio hacia su prima, en vez de identificarse con ella como mujer, cree que debe protegerla ante la mirada de ese otro que la desea. Y comienza el proceso de sexuación, la vanidad de su cuerpo, y la elección femenina. Se sabe que la vanidad es una manera de hacer con el cuerpo, es diferente en el hombre y en la mujer, esta vanidad está asociada en ella con el “uno empieza a sentir cositas” que es una referencia al cuerpo y al poder enfrentar esto como un nuevo goce sexual.

Existe una identificación con su prima, y la coloca en el lugar del ideal. “el patito negro” no podía ser esa mujer, ella mira a su prima que es asediada y mirada por los hombres “y yo en vez de que me buscaran a mí, yo cuidaba a mí prima , le decía bueno pilas son demasiados, pero a la vez envidiaba eso, pero yo era una gordita” (72 kg), entonces esto marca el inicio de la anorexia adelgazar para ser una mujer atrayente de la mirada de los hombres, cuando alcanza los 34 kilos y ante la posibilidad de ser internada por segunda vez

conoce a su novio y ella dice “yo a él lo veía con un fastidio impresionante, pero yo pensaba si me van a volver a meter en ese centro de rehabilitación que parece un manicomio, pues bueno, no tiene nada de malo tener alguien ahí al ladito mientras tanto porque él a mí no me llamaba nada la atención” esto puede ser leído como el momento donde hay un llamado del discurso del Otro de la cultura, de la familia que la tildaba de niño y de sospechosa en la elección sexual.

Es este momento determinante en su vida, pues, seguramente leyó la mirada de los otros como hombres deseando su prima, una prima mirada como mujer y se pregunta sobre ella, en relación con esta mirada y la respuesta es la vanidad y la feminización del cuerpo, pero al mismo tiempo esto la introduce en la anorexia, lo que hace este caso muy particular, porque se presenta en la anorexia lo contrario de lo investigado por otros casos clínicos, Grosser, (2010) las adolescentes no comen para detener el cambio de cuerpo infantil a cuerpo de mujer.

Identificación con la madre: Existen dos tipos de identificación con la madre, la primera hace referencia a la identificación a su actitud liberal, y loca en contraste con el conservadurismo familiar, lo cual le permitía ser como un niño, cuando era pequeña, ya que su madre la dejaba “ser”, pero la otra identificación que se percibe, es la referida a la preocupación por los problemas de obesidad y las preocupaciones alimentarias que su madre tuvo desde joven. Esto se denominaría en el psicoanálisis como la identificación al síntoma, en este caso, a un síntoma presente en la madre por lo que mantiene hábitos anoréxicos, que se manifiestan comiendo solamente ensaladas o alimentos sin grasa, y comprando alimentos light. El peso que actualmente tiene la madre es un indicio de una posible anorexia, pesa 49

kg a su edad e incluso su hija dice que su madre “tiene rasguitos de la anorexia”, “no así como la tuve yo”, esto es una identificación en este punto con la madre.

En el dicho del patito negro se encuentra: “yo me volaba de mi mamá y comía todo lo que yo quería a escondidas de mi mamá, y así fue, cómo que me tenía que desatar de esa presión que tenía de mi mamá, y siempre que yo sentía que comía, sentía así como a mi mamá mirándome entonces yo me sentía mal” aquí es posible ver cómo ella hacía por la vía de pasar al acto lo posible por salir de la presencia omnipotente de su madre, zafarse de esa presión, pero aún así, está la mirada de la madre sobre ella, come, se atiborra pero en vez de sentir esto como un triunfo se siente mal.

Pasaje al acto: Es en este aspecto donde “el patito negro” se convierte en puro objeto y su huida es hacia lo real, en momentos como ella menciona: “yo me volaba de mi mamá y comía todo lo que yo quería a escondidas de mi mamá, y así fue, cómo que me tenía que desatar de esa presión que tenía de mi mamá, y siempre que yo sentía que comía, sentía así como a mi mamá mirándome entonces yo me sentía mal”.

“se me disparó la depresión ya comencé a tacharme a mí misma, tenía ganas de suicidarme además de que no comía, me tomé como ocho Quetiapinas seguidas, mi mamá estaba brava, ya se la pasaba brava conmigo, cuando mi mamá llegó vio todas esas pastillas, y yo sabía que siempre he sido una carga para mi mamá, ahí fue cuando le dije, es que yo siempre he sido una carga para usted, tenga otro hijo, déjeme ir, y mi mamá se tapó los oídos, no me quería escuchar y solo miraba las pastillas, me pregunto: ¿usted cuántas pastillas se tomó? y me dijo: para el hospital. Hubo un tiempo en el que ya la depresión era mucha, ya no quería nada, no quería vivir, ese ha sido el peor momento de mi vida porque yo decía, no quiero nada, no quiero estudiar, no quiero nada, me quitaron todo, que más me quieren quitar, déjenme morir

tranquila, ya déjenme en paz, cerré la puerta, estaba con una jeringa, fue horrible, yo parecía una psicópata conmigo”. En estas dos citas se puede percibir la separación con el otro. Si se quiere, todo acto verdadero es delincuente, lo cual se observa en la historia; que no hay un acto verdadero, que no implique una violación, un pasar el límite de un código, de una ley, de un emblema simbólico, con el cual poco o mucho el sujeto queda en infracción lo que permite a este acto la oportunidad de modificar el código. (Miller, 1997, pág.12)

Posición anoréxica: En el paso hacia la adolescencia su madre la cuida de la comida, pero, por el contrario ella come y come como una respuesta al control que ejerce su madre, un pasaje al acto para zafarse de la madre. Se podría decir que este es el discurso de la madre, donde está presente el estrago, esto muestra como su madre realmente la asfixió con la papilla. (Lacan, 1950 decía que, en relación con la anorexia, se debe pensar en la madre que “confunde sus cuidados con el don de su amor” y, por lo tanto, ahoga al niño con su “papilla asfixiante”. Los cuidados, el excesivo celo en el intento de satisfacer las necesidades del niño, resultan asfixiantes, lo cual no sucede cuando se trata del don de su amor) Sobral, (2011), se trata más bien del superyó obscuro que dice “goza comiendo”, ella se escapa de su madre come, pero en vez de sentirse bien lo que le viene es un sentirse mal.

Ponerse en la posición de padecer un TDAH, esto es ser extrovertida y loca, y la rivalidad con su prima por ser la primera en los estudios y de demandar la presencia de la madre para poder concentrarse en las tareas, puede ser entendido como un no quiero ser como mi prima, y es de esta manera que el deseo queda insatisfecho, no es su prima, pero decide competir, estudiar y ser la primera entre sus primos.

No le basta con ser delgada, dice que quiere ser “la más flaca de todas”, siempre le pregunta el peso a su madre y a su prima como referente al peso que ella debe tener,

igualmente quiere ser deseada. “siempre quería superar a mi prima, y sacarle una sonrisa a mi mamá, ese era mi objetivo”. Se evidencia que la mirada del otro le da ese sesgo de la vanidad como mujer. Pero el problema es que no responde poniendo el cuerpo y exigiendo del otro algo, sino un kilo menos y sacarle una sonrisa a su madre, esto es el niño, cuando se coloca en posición de ser el falo de la madre, lo que la completa. Según Lacan, (1960 pág.128): “el deseo es el deseo del otro”, lo que implicaría su deseo, es ser el objeto de deseo de los demás.

“El patito negro” en relación con su figura, comienza a ver las presentadoras de televisión y a preguntarse ¿qué comen que se ven tan delgadas? Aquí se percibe una identificación con las mujeres, refleja su heterosexualidad, en el sentido de construirse en el cuerpo de una mujer hermosa, pero es un ideal de lado de lo mortífero. Es aquí donde este sujeto anoréxico consume el mensaje del discurso actual de los mass media y produce en respuesta efectos que atraviesan su deseo, su vivencia de lo corporal y su lugar frente a los otros. En las sociedades de consumo, globalizadas, surge una serie de nuevos síntomas psíquicos o síntomas que, sin ser nuevos, toman en la actualidad una forma epidémica, cuyo tratamiento no resulta fácil. Con tendencia al goce inmediato que se obtiene en la relación con estos objetos, en detrimento de la dimensión del objeto como mediador o de intercambio, vinculado al deseo. (Sobral, 2011).

Es aquí donde se evidencia problema con la imagen en la anorexia, entre el cuerpo real, y el cuerpo simbólico, así lo relata “el patito negro”: “Así fue, empecé comiendo muy poquito pero aún no era suficiente, como que toda la represión que tuve en todo mi trayecto de vida lo tenía que conseguir en ese instante, pensaba: no es suficiente para toda la gordura que adquiriste a los 14 años, tener que bajar más, y más, y cada vez me seguía viendo igual, yo

bajaba y bajaba pero me veía igual y nadie me decía nada, ni mi mamá, ni mi papá”, localiza el deseo anoréxico como lugar de fijación al complejo del destete sobre la forma primordial de la imago materna y siendo, una tendencia psíquica a la muerte que Lacan nombra “el apetito de muerte”. De esta forma, la anorexia mental intenta “reencontrar la imago de la madre” en el camino lento hacia la muerte. (Lacan, 2003)

Complejo familiar: De niña, vivió en un ambiente familiar muy conservador, identificada con su madre, por su madre era la más liberal de toda su familia, percibe un rechazo familiar hacia ella y una preferencia a hacia su prima. Su madre le exige con disciplina, fue sometida a diferentes actividades deportivas porque al decir de su madre ella era “rodillajunta patiapartada” tenía pies “garetas”, desde aquí se lee una madre que quiere corregir el cuerpo de su hija, también controla su alimentación, para que su hija sea aceptada y no sufra tantas burlas por ser “gordita”, es necesario tener presente que su madre presentó también problemas de sobrepeso, su madre era gordita. Del lado de la sexuación llega la vanidad, y comienza a preocuparse por su cuerpo. Decide hacerle caso a su madre y controla lo que come, va al gimnasio y comienza ocuparse de su imagen de una manera obsesiva.

La paciente crece en el seno de una familia conservadora, donde el sexo es tema prohibido, no se nombran los órganos reproductivos ni temas asociados. “Sexo” es sinónimo de reproducción, no se considera fuente de gozo, placer o madurez psicológica. La madre por un lado le prohibía las golosinas y los dulces y era permisiva y liberal por otro, es decir en lo que se refiere al comportamiento de la niña. La figura del padre aparece como un alcahueta cuando ella pedía algo, es decir en torno al capricho o las demandas de la niña. Es pertinente aquí referirse a el Nombre del Padre de Lacan, (1951) que significa en últimas una metáfora de la ley, es decir, la función paterna en términos de transmisión de la ley, que tacha el deseo de la madre y libera al niño del capricho de la madre, que es un deseo sin ley, lo cual permite

mostrar al padre como un padre que declina en su función, por lo cual, ante la ausencia de la función paterna, su madre adquiere más poder e influencia sobre “el patito negro”, aplastando aún más la poca libertad que le deja tener a ella, se puede leer en el momento donde ella dice hacía todo para sacarle una sonrisa a su madre.

El padre alcahueta, y la madre en oposición, terminaba por posicionarlos en situaciones de enfrentamiento, referidos a la forma de educar a la hija, daría cuenta, que “el patito negro” estaría ubicada en el lugar del síntoma de la pareja parental, lo que estaría del lado de la neurosis, pues en el deseo de la madre, ella sería motivo de conflicto con su pareja, con el padre.

Pero también vale pensar que la madre la pone el lugar del falo que la completa, pues en su infancia habrá debido reconocer su propia castración y al asumir la maternidad en la vida adulta se activaría de nuevo el complejo edípico, y por eso al ponerla en el lugar del falo en su deseo, ella no reconocería el deseo propio de la hija, la trataría como si fuera una parte de ella, sin voluntad propia, volviéndola un objeto fálico.

El padre no ocupa un lugar de autoridad dentro de la familia, la voluntad del padre es controlada fácilmente por los deseos de la madre. El padre se caracteriza por no intervenir en esta relación entre la madre-hija, tratándose de una intervención de otro orden, sobresale la dificultad del padre por cumplir adecuadamente con su función, no logra actuar como ese tercero que interviene en la relación y le pone límite al deseo de la madre.

Cuerpo Simbólico: en “el patito negro” se percibe esta categoría a partir del proceso de sexuación, la vanidad de su cuerpo y la elección femenina que ella construye de sí, “entonces

empecé a crecer más y comencé con la vanidad, y ahí empecé a darme cuenta que no era homosexual, me empezaron a gustar cositas, porque todo el mundo me decía, es que usted es un niño, pero uno va creciendo y uno va adquiriendo su personalidad”, en relación con su figura, comienza a ver las presentadoras de televisión y a preguntarse ¿qué comen que se ven tan delgadas? Aquí se percibe una identificación con las mujeres, refleja su heterosexualidad, en el sentido de construirse en el cuerpo de una mujer hermosa

Relación con la madre y deseo de la madre: Una madre asfixiante, controladora, castigadora, pero amorosa y preocupada por el bienestar de su hija. Podríamos referirnos a la ambivalencia afectiva en ambas, pues al tiempo que se aman se odian. El odio deriva en el deseo de muerte, de eliminar al otro, y al no ser aceptado plenamente en la conciencia por ser contradictorio con los preceptos morales propios de la cultura sobre la relación entre madre e hija, se transforma en sentimiento de culpa inconsciente, en necesidad de castigo, de modo que la pulsión de muerte no se puede exteriorizar y se da lo que Freud, 1915 denominaba como “vuelta sobre la propia persona”, explicando así los fenómenos masoquistas implicados en los padecimientos anoréxicos. Mantiene una rivalidad constante con la hija (quiere tener siempre la última palabra) Madre hipercrítica, perfeccionista. Siempre preocupada por la imagen de su hija. Una madre excesivamente preocupada en su juventud por no verse “gorda”. La hija está alienada a la mirada de la madre; sólo ella es válida, hay una mirada autoritaria, que causa estragos por su omnipresencia.

Acontecimientos relevantes: La preferencia familiar por la prima en su niñez, le generó mucho malestar, “el patito negro” dice: le daban más importancia a mi prima que a mí. Desde ahí empezó, yo a mi prima la he amado siempre, pero siempre hubo esas ganas de ser

mi prima, por lo mismo, porque todo el mundo estaba enfocado en ella por todo. Se percibe la posición en que colocó a su prima, en el lugar del ideal.

Otro acontecimiento importante fue el que tuvo días antes de cumplir sus 15 años, recibió un comentario que le cambió su vida, y desde allí decidió preocuparse más por su imagen corporal. No se puede escapar que los quince son importantes para una mujer en nuestra cultura porque en ese rito de iniciación culturalmente se considera ya una mujer, la que en adelante recibirá una mirada diferente y ella recibe esa frase venida de otro que hace referencia implícita: ya vas a cumplir 15 años pero no te vas a poner vestido, Porque si te pones un vestido y bajas las escalas te imaginas donde te ruedes como una pelotica ¿y quién la va a mirar? Y bien ella se coloca del lado de la niña no se lo dije a nadie, yo siempre estuve muy sola, mi madre no estaba ahí para ayudarme.

Hay siempre para ella algo del otro que le muestra su falta en ser e inmediatamente su vida la dirige a suplir esta falla, pero de manera paradójica y obsesiva como ella dice, es una bolita, “para mí un kilo no era suficiente siempre quería superar a mí prima y sacarle una sonrisa a mí mamá, siempre ese era mí objetivo, poder, no se, Salir más a la luz ante la sociedad”

Autopercepción: Se considera muy inteligente, hábil y capaz. Siempre fue la mejor en todas sus actividades escolares, se graduó como bachiller a los 14 años de edad. Cuando era pequeña se sentía mal, físicamente, por su obesidad, y académicamente debido al TDH que le diagnosticaron, Este diagnóstico y la consecuencia, a saber, la actitud de la madre de sobreproteger, se vinculan con el análisis del deseo de la madre, pues curiosamente ella se vuelve como un objeto, no un sujeto con voluntad y capacidades propias sino un objeto

pasivo, con el que la madre puede hacer lo que quiera, es decir, el TDH se acomoda al deseo de la madre, por lo cual cree que su hija necesita todo el tiempo de ella, no puede ser independiente. Por eso su madre se encargó de acompañarla en cada una de las actividades que desempeñaba. Esto la hizo sentirse un fenómeno al compararse con sus primos y amigos, porque necesitaba la ayuda de su madre para todo. Ahora se considera muy competente en lo que hace, quiere terminar su carrera y se siente con capacidad para salir adelante en su problema de anorexia. La anorexia sería una forma inconsciente, de orden masoquista, de oponerse al deseo de la madre, que le permite ser independiente, pues así puede tener control sobre su propio cuerpo.

Ideal del yo: el ideal del yo en “el patito negro” es identificado mediante el ideal de la prima, y el ideal de la madre. Conductas que finalmente ella admira. Es importante resaltar en esta categoría que cuando terminó el colegio, su padre, fue quien insistió en inscribirla en la universidad, para que comenzara a estudiar una carrera. Ella no estaba muy segura si quería, Administración o Arquitectura. Y fue su padre quien finalmente eligió cual estudiaría.

Posición anoréxica: Su consigna es no comer grasas, ser vegetariana, vaciar el estómago, no sentirse inflamada del estómago, no sentirse ni verse obesa. No come nada o vomita cuando es imperioso comer o cuando le resulta imposible negarse a ingerir (para que los otros no sospechen de su padecimiento o de su comportamiento extraño). La comida le significa gozar de algo prohibido pero también de separarse de la madre, pero en un segundo tiempo deviene anoréxica y cualquier ingesta de comida está acompañada del acto de vomitar, nunca será suficiente vomitar todo, porque lo que debe vaciar es su cuerpo de la presencia de su madre. A menor ingesta, mayor seguridad en sí misma. Ser gorda le resulta insoportable, es ser la mujer más fea del mundo. Para ella, la culpabilidad siempre está presente: si come,

debe vomitar o realizar mucho ejercicio; si no come, aunque en principio se siente bien y con seguridad, le queda una clase de “remordimiento” porque siente que de todos modos está perjudicando su salud física cada vez más. No soporta que otra mujer (su madre, su prima) pese menos que ella, se compara constantemente. Esta comparación genera malestar, odio hacia el otro que sería el ideal, la prima con la que la comparan desde niña, lo cual implica que el odio se dirige hacia ellas y por ende aparece una relación especular, ser como el otro, mejor que el otro, y que para Lacan, (1949) estaría vinculada al estadio del espejo, siendo característico de este tipo de vínculo especular el estar cargado de agresividad.

Inicia su aspiración anoréxica por quedar capturada en la rivalidad imaginaria con la prima, y la madre, finalmente una figura femenina, para ganar respeto a sus propios deseos.

14 DISCUSIÓN FINAL

La bulimia y la anorexia, son alteraciones que se presentan en el acto del comer; aunque se refieren a la comida, y oscilan entre el rechazo y el atracón, no tienen una relación directa. Existe un miedo a vivir y a crecer, un conflicto entre la niña y la adolescente, en el patito negro es una respuesta a la dificultad del sujeto respecto al goce de su cuerpo, en el tiempo de elección de su identidad sexual y de orientación de su existencia. Las señales más claras de este síntoma, se descubre a través del rechazo de la comida, y a mantener el peso y la talla “ideal”, lo que le ocasiona, una pérdida considerable del peso.

Es en muchos casos, y particularmente en este, donde los sujetos se ven afectados, debido al estrés que les provocan sus madres obsesivas y controladoras, esa preocupación precoz por la imagen corporal, es una de las razones que llevan a que cada vez más sujetos en etapas de la pubertad padezcan anorexia.

El patito negro fluctúa entre la demanda del Otro y su propio deseo, y es precisamente de este modo que se persiste en la pérdida de peso, para separarse del Otro que alimenta, y que su demanda es leída y vivida desde el plano amenazante, pero paradójicamente este acto, que conlleva a la privación del alimento, se ve fracasado, quedando aún más enganchado a ese Otro materno, que con su mirada hipervigilante supervisa frente a su conducta alimentaria

No es sólo la comida, lo que el terapeuta debe importarle, la anorexia nos obliga a escuchar, a encontrar el sentido del síntoma, a interrogarnos y a buscar respuestas más allá de

la alimentación, o su “querer comer nada”. Es necesario descifrar el origen de esa angustia, que paradójicamente protege del dolor con dolor.

La epidemia, que pertenece a factores sociales en el mundo contemporáneo y desarrollado, con el afán de aparentar y consumir como imperativos de la sociedad postmoderna consumista, produce efectos que se suman a ideales que no posibilitan la construcción de un propio camino, que por el contrario imponen un deber ser, y una forma de estar en el mundo de determinada manera, pero también se requieren causas familiares y factores subjetivos que pertenecen a la singularidad de cada quien, para finalmente recurrir a este síntoma como la forma de romper con el ideal de los otros, en este caso: “el patito negro” es un ideal representado por una madre que acapara para sí, y un padre que no cumple con su función, un padre ausente incapaz de ponerle fin a esa “madre cocodrilo”. Aspectos que dan como resultado que, para esta joven, el desprendimiento que implica la adolescencia sea un trabajo psíquico difícil de efectuar, percibir que los caminos se encuentran obstaculizados y la madre insiste en retenerla entonces es allí cuando la adolescente requiere renunciar a ese lugar donde fue puesta por el mito familiar, lo que implica dejar de sentirse tan amada por sus madre, y buscar su propio deseo, un deseo que finalmente está persuadido por una pulsión de muerte.

Entonces, el propósito de este trabajo investigativo basado en un estudio de caso, es brindar una concepción del síntoma anoréxico, tratando de ir más allá de los aspectos médicos, que sin lugar a dudas, también están puestos en juego, (en las fases agudas es necesario una intervención médica e incluso hospitalización) desde una perspectiva psicoanalítica; a pesar de lo particular que es cada caso, es pertinente destacar algunos rasgos

de este síntoma que parecen estar presentes en cada una de las jóvenes que lo padecen, y es evidente mencionar, que para estas jóvenes, la única forma de quebrantar con el ideal de los otros, es su síntoma, es a través de este, que encuentran una forma de romper con la madre.

En el seno de una relación de extrema dependencia con la madre, a “el patito negro” la anorexia le aparece como el único modo de hacerse a sí misma, y afirmar un deseo propio, en esa búsqueda desesperada, el ideal del “cuerpo delgado” toma el estatuto de lo más propio de sí, sin darse cuenta de que es presa de una nueva alienación, sin advertir que ha caído nuevamente esclava del Otro: esta vez, el mercado de la moda que disciplina cuerpos e ideas donde será fundamental, la construcción de un espacio que posibilite a este sujeto una relación que le garantice que no será “devorado”, que no será arrasado, y es en ese momento cuando este sujeto pueda lograr ese espacio de alojamiento, y reconocimiento de sí, comenzará a interrogar su trágica estrategia y podrá buscar otros caminos para sostenerse deseante.

15 CONCLUSIONES

El cuerpo anoréxico es una de las expresiones que da cuenta de los estragos de Otro, deseo de la madre, que pretende gobernar el saber sobre el cuerpo y el deber ser femenino. Un sujeto anoréxico no es solo un cuerpo físico, ni nutricional, tampoco las variables numéricas que se refieren al peso, calorías, número de ingestas. Estas características son solo variables, vinculadas a las significaciones sociales, a lo simbólico, a los ideales de belleza de la cultura. Es cierto que hay un cuerpo que sufre la desnutrición, que biológicamente está comprometido, un cuerpo en degradación y finalmente aniquilación, un cuerpo que está siendo castigado por la pulsión de muerte.

Pero este cuerpo, es algo que está hecho para gozar de sí mismo, está constituido en tres registros, el cuerpo real que es el que identificamos como el organismo, la carne, las mucosas, las cavidades, los fluidos, la medicina misma llama organismo a un ser viviente que apenas llega el mundo, pero no lo llama cuerpo, un cuerpo se construye en la relación con el Otro del significante, antes de nacer ya se tiene un nombre, un sexo, ideales, sueños, es decir, ya circula un discurso en torno a ese "sujeto" y es ese primer vínculo con el Otro, la madre, que a partir de una serie de significantes como las caricias, los olores, sabores, miradas, voces, golpes, marcan el cuerpo de este sujeto. Desde el registro de lo simbólico, es el cuerpo que recibe la marca del significante que en un inicio lo encarna la madre, y luego hará síntoma, pero además el organismo fragmentado encuentra su unidad en la imagen, que se hace equivalente al esquema corporal, un organismo que queda ubicado como totalidad, cuerpo humano. Nacemos con un organismo pero construimos un cuerpo, el cual es un efecto que se da por la acción del significante.

La anorexia nerviosa es un síntoma que pasa por el cuerpo real, simbólico e imaginario de manera irremediable, pero el sujeto no está enterado de la significación singular que da ese síntoma a su propio inconsciente, no refieren sufrimiento, no existe preocupación alguna por su cuerpo biológico, por tal motivo, los terapeutas al abordar a un paciente que a la consulta trae una queja exclusivamente anudada al cuerpo, al que dice no soportar, y al que alimenta o restringe más allá de la necesidad, es aquí donde debemos poner en palabras ese goce, y ligarlo a significantes cuyo sentido desconoce el propio sujeto.

Desde el cuerpo hay una llamada, desde el cuerpo se hace a la intervención de un tercero, la intervención a través de una mirada, porque la mirada del padre, como función intermediadora, no fue posibilitadora de una salida, por ser insuficiente, inadecuada o ausente. Esa mirada posibilitadora puede venir desde la intervención profesional interdisciplinaria, con la medicina, la psicología, la nutrición, entre otras disciplinas. Pero solo será significativa y posibilitadora de transformaciones si está orientada a reconocer y a respetar el deseo de la adolescente, si la invita a crecer, no a engordar.

Porque una intervención que se centre en convencer, en el mejor de los casos, u obligar, en el peor de los casos, a la joven, para que coma o, se informe sobre las reglas de la nutrición, no pasan de ser vanos esfuerzos, sin ninguna posibilidad de resonancia ante quien está padeciendo el síntoma anoréxico, por lo tanto, centrar el problema en la alimentación, cantidad de calorías, horarios y diversidad de sabores, son esfuerzos agotadores y absolutamente irrelevantes en el intento de ayudar a la joven que se niega, a comer.

Lo que separa al psicoanálisis de otras terapias, tiene que ver con las concepciones que se tienen del sujeto y su constitución de la necesidad, la demanda y el deseo, del amor, de los

registros imaginario, simbólico y real. Son justamente estas concepciones las que permiten desentrañar algunos aspectos del síntoma anoréxico.

16 RECOMENDACIONES

A partir del desarrollo de este trabajo, se hace pertinente reflexionar acerca de la praxis del psicólogo clínico dentro de la Institución, en particular sobre el asunto de la anorexia, donde se evidencia un discurso médico visto como “trastornos de la alimentación”. Así aparecen en el DSM IV, donde dichos trastornos tienen por primera vez un capítulo propio y se dividen en tres grupos: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y Binger eating disorder (BED) síndrome de comer por atracones. De esta manera, se supone que el alimento en tanto objeto alimenticio es objeto de la necesidad, y el organismo necesita de alimentos para subsistir, alimentarse es sinónimo de nutrirse. Entonces, ¿cómo es posible que alguien se rehusé alimentarse o lo haga contrario al orden natural? expresiones como: “no come, sufre una delgadez extrema, debemos hacerla comer, mediquémosla porque se ve gorda y esta cadavérica”, términos y concepciones donde el énfasis del tratamiento se instaura en relación al peso como una de las principales variables, pero nunca se preguntan por el cuerpo, un cuerpo singular que esconde en sí mismo a un sujeto que padece mucho más.

La invitación que surge a partir de esta investigación es analizar lo que puede desvelarse en relación con la subjetividad del paciente, a partir de lo que se expresa en consulta, momento donde se permiten analizar diversas dimensiones particulares de cada sujeto, en el caso de la anorexia las representaciones simbólicas de su imagen corporal, las relaciones con el Otro, la articulación de la época, el cuerpo real, simbólico e imaginario, entre muchos otros ámbitos relevantes, que permiten acercarse a la verdad de un sujeto que presenta problemáticas con el cuerpo, y producen en respuesta efectos que atraviesan su deseo, su vivencia de lo corporal y su lugar frente a los otros.

Finalmente, se considera la necesidad de un abordaje interdisciplinario en el tratamiento, que le da cabida al punto de vista psicoanalítico como forma de recuperar la subjetividad en el análisis e intervención del caso, y de otros casos, lo cual implica a menudo que algunos puntos de vista serán directamente opuestos, siendo el caso el que determine cuál es el enfoque más apropiado y no las preferencias teóricas de los profesionales que analizan e intervienen desde sus concepciones subjetivas, que se vuelven prejuicios que no permiten tener otra mirada del caso.

17 REFERENCIAS

- Andersen, H. (1843). *El patito feo*. Ediciones de la torre: Madrid.
- Balas, P. (1988). *El cuerpo en la biología, la medicina y el psicoanálisis*. Vectores, especial psicosomática. Alianza Editorial: Buenos Aires.
- Baudes de Moresco, M. (1995). *Real, Simbólico, Imaginario: una introducción*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Bay, L. y Herscovici, I.C.R, (2000). *Anorexia Nervosa*. Long Term Follow-Up. Anorexia nerviosa: 34 casos con asistencia multidisciplinaria de enfoque sistémico. Archivos Argentinos de Pediatría, vol. 86, pág. 137/148: Buenos Aires.
- Bercovich, S. (1994). *El Sujeto de la Adolescencia, en Inscribir el Psicoanálisis*, Año1 N° 2 Junio-diciembre: San José, Costa Rica.
- Buckroyd, Julia. (1997) *Anorexia y Bulimia*. Ediciones Martínez Roca S.A., Barcelona.
- Burgos F, Grases S, Requejo P. (2004). *Anorexia y narcisismo*. Fenómenos de alteración de la imagen del cuerpo. Revista NODVS IX L'aperiodic virtual de la Secció Clínica de Barcelona. ISSN 2013-8539. Extraído el 2 de Abril del 2013 de <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=143&rev=23&pub=2>.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan*. Paidós: Barcelona
- Coon, D. (1998). *Psicología*. Exploración y Aplicaciones 8ª ed. Thomson México D.F.
- Comisión de publicaciones de la NEL. (2011). Textos de Jacques Lacan, Jacques- Allan Miller, Eric Laurent y otros analistas de la AMP. El cuerpo en la orientación lacaniana. Comisión de publicaciones de la NEL- Medellín.
- Contreras, C, H. (2008). *Anorexia nerviosa en adolescentes mexicanas: un punto de vista psicoanalítico*. Tesis Doctoral. UAM-Xochimilco y Universidad de Buenos Aires. Revista

encuentro psicoanalítico. Extraído el 10 de mayo de 2013 de

http://www.encuentropsicoanalitico.com/s1/ponencia_horacio.pdf

De Francisco Vila, M (2012) *El sujeto anoréxico y el Otro*. La soledad del anoréxico.

Textos online Cuerpo y Anorexia, NEL Mexico-DF. ISSN:1135-9471 Edita sede de Madrid de la ELP Extraído el 2 de Abril de 2013 de:

<http://www.nelmexico.org/articulos/seccion/textosonline/subseccion/Cuerpo-y-Anorexia/614/El-Sujeto-anorxico-y-el-Otro>.

Eco, U. (1996). *Como se hace una tesis*. Editorial Gedisa, S.A: Barcelona.

EL TIEMPO. (2007). “*Anorexia y bulimia estarían en riesgo de sufrir 1.200 universitarias paisas*”. EL TIEMPO. Extraído el 9 de Abril de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-3653841>

Freud, S (1895). *Proyecto de una psicología para neurólogos*. Proyecto Espartaco.

Freud, S (1893). *Estudios sobre la histeria*. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen II Traducción José Luis Etcheverry. Amorrortu editores: Buenos Aires & Madrid.

Freud, S (1917-1919). *Análisis del caso por Sigmund Freud: De la historia de una neurosis infantil*. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XVII. (Caso del hombre de los lobos), y otras obras: Buenos Aires.

Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual y otras obras*. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen VII. Amorrortu editores: Buenos Aires/Madrid.

Freud, S. (1915). *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico Pulsiones y destinos de pulsión*. En Obras Completas. Volumen XIV Trabajos sobre metapsicología, y otras obras (1914-1916). Amorrortu Editores: Buenos Aires/Madrid.

Galeano, E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: fondo editorial, Universidad Eafit.

- García, R. (1964). *Pequeño Larousse ilustrado*. Buenos Aires Argentina. Ediciones Larousse Argentina S.A.
- Godoy, C. (2008). *Los cuerpos obsesivizados de la hipermodernidad*. Lacaniana, Revista de Psicoanálisis. Nº 7. Publicación de la Escuela de la Orientación Lacaniana: Buenos Aires. Pág. 146-149
- Goma, F. (1977). *Fragments del libro: Conocer Freud y su obra*. Ed. Dopesa: Barcelona.
- Habermas, J. (1986), *Historia y crítica de la opinión pública*, Barcelona: ... acabada construcción del orden deseado, Ed. Taurus: Madrid.
- Hernández Sampieri, R. (1991) *Metodología de la investigación*, segunda edición. Editorial Ultra, México
- INSALUD (1995). *"Protocolo de Trastornos del Comportamiento Alimentario"*. Madrid.
- Izcovich, L. (2009). *El cuerpo y sus enigmas*. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia
- Juárez, M, A; Lasso, S, M; Lomelí, U, L; González, Z, M; y Nava, H, M. (2006). *Psicología*, Texto Para Bachilleres. Umbral Editorial. México.
- Lacan, J. (1949) "El estadio del espejo como formador de la función del yo". En escrito I, siglo XXI. Comunicación presentada en el XVI congreso internacional de psicoanálisis: Zurich, el 17 de Julio.
- Lacan, J. (1960-1961). *La transferencia. En su disparidad subjetiva, su pretendida situación, sus excursiones técnicas*. Seminario 8. Establecimiento del texto, traducción y notas Rodríguez Ponte, Ricardo. Buenos Aires.
- Lacan, J. (2003): *La familia*. Editorial Argonauta. Buenos Aires
- Lacan, J. (2012) "Joyce El Síntoma", en *Otros escritos*, Edit. Paidós, Bs.As, p. 595

- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1993). *Diccionario de psicoanálisis*. Labor: Barcelona.
- (Extraído el 25 de marzo de 2013 de: <http://www.drogaconsulta.com.ar/marcos-glosario.html>)
- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.), (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Masson. ISBN 978-84-458-1087-3: Barcelona.
- Lang, John. (1997) *Eating disorders afflicting men, too, Scripps Howard News Service*. Ediciones Martínez Roca S.A., Barcelona
- Maganto, C. (2002). *Índice de Masa Corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes*. Revista de Psicología General y Aplicada: No. (3)Pág. 456.
- Miller, J-A. (1995). *Introducción al método psicoanalítico*, Paidós: Buenos Aires
- Miller, J-A. (1997). *Anotaciones sobre su concepto de paso al acto*, Revista de la asociación del campo Freudiano de Colombia N° 9. ElhilodeAriadna: Medellín, Colombia.
- Miller, J-A. (2003). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*, 1 edición. Paidós: Buenos Aires.
- Morandé, G. (1997). *Introducción al "Protocolo de Trastornos del Comportamiento Alimentario"*. INSALUD, Madrid.
- OMS (Organización Mundial de la Salud, 1992): CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Pérez, L; Lopez, L. (2007). *Bellas hasta la muerte*. Tesis para optar al título de psicólogo, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Pereira Barbosa, M. (2001) *El concepto de pulsión en la obra de Freud*. Tesis Doctoral.

- Pessoa F. (2007) Conocimiento e identidad
- Recalcati, M. (2004). *La última cena: anorexia y bulimia*. Buenos aires: ediciones del cifrado.
- Rodríguez-Rowe, Verónica. (1999). *Anorexia Nerviosa: Compleja combinación de factores Biológicos, psicológicos y sociales*. Revista Digital, Año 3. N° 11: Buenos Aires: Extraído el 8 de Abril de 2013 de: <http://www.efdeportes.com>
- Roudinesco, E. Plon, M. (1998). *Diccionario de psicoanálisis*. México. 1 edición. Paidos.
- Roudinesco, E. Plon, M. Laplanche, J. Pontalis, J. Amster, P. Kaufmann, P. Chemama, R. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Extraído el 8 de Abril de 2012 de: <http://www.elortiba.org/dicpsi.html>
- Sauval, M. (1957). *El psicoanálisis y su enseñanza*. Editorial Paidos: Buenos Aires.
- Stake, R. E. (1994). *The case study method in social inquiry*. Educational Researcher.
- Stevens, A. (2001). *Seminario de otoño: la clínica de la infancia y la adolescencia*. Córdoba. Publicación del CIEC.
- Sobral, G. (2011). *Madres, anorexia y feminidad*. Ediciones del Seminario. Col. Filigrana.
- Uribe, E, J; Burgos, G, L; Herrera, S, E; y Toro Y, E. (2008). Artículo: “*El cuerpo acontecimiento de lenguaje y discurso*”. Envigado. Revista KATHARSIS, Publicación de la facultad de ciencias sociales. IUE para optar al título de psicólogo.
- USGAO. (1990). *Case study Evaluation* GAO/PEMD-91-10.1.9. Extraído el 7 de febrero de 2012 de: http://www.gao.gov/special.pubs/10_1_9.pdf.
- Villaseñor, N. (2007). *Vicisitudes psicodinámicas de la anorexia nerviosa*. Tesis para optar al título de psicólogo, Universidad de Michoacana de san Nicolás de Hidalgo, Michoacán, México.
- Yin, R. (1994). *Investigación sobre estudios de casos diseño y métodos*. Segunda edición, SAGE publications: London.

Zusman, L. (2004). *Los desórdenes de la alimentación: una lectura psicoanalítica*. Tesis para optar al título de magister en psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

18 APÉNDICES

Apéndice 1. Entrevista abierta: Historia de Vida

Datos Generales del sujeto motivo de estudio

Nombre: El patito negro

Edad: 19 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Escolaridad: Universitaria

Ocupación: Estudiante

“Lo primero que debes saber es que cuando era pequeñita a mí me crio mi familia, quienes han sido más bien conservadores, toda, pues de mi abuelita salieron nueve tíos y todos han sido muy conservadores, mi mamá ha sido como el patito negro de la familia porque es como la más abierta mentalmente, todos son un enfoque mental más cerrado, mis tíos, mis primos también, en cuanto a que, políticamente lo que está inscrito en una cosa, o sea, por ejemplo, el niño corre, no corra se va caer, el niño se tira a la piscina, el flotador, vea que se va caer, se sube a un palo, y piensan se va caer, en cambio mi mamá no, mi mamá me dejó ser, que se cayó, que se pare sola, y mi papa si era muy diferente, la niña deje que se pare sola, pues mi mamá me dejó ser muy arriesgada, pues me creía una heroína cuando estaba chiquita, pero cuando empecé a crecer era muy brusca con mis tres primitos, somos tres, una nació en diciembre, mi prima en enero y yo en febrero, somos tres seguiditos, mis tres tías embarazadas al tiempo, entonces como te iba contando, mi primo, mi prima y yo. Diciembre, Enero y Febrero, ya cumplieron los dos faltó yo, todo el mundo se enfocó en criar al niño como la abuela decía, muy conservadores, cuidado con los novios, uno salía en toalla es

como si hubiera salido desnuda totalmente, y así se crio mi familia, pero mi mamá no, mi mamá era un poquito más rayada, ella dijo no, libertad total pero con mucha disciplina, mi papá, pero yo creo que yo tome mas posición por mi mamá, ya después estuve, mi mamá siempre me quiso ver más activa, que no fuera perezosa, que fuera muy responsable y lo logro, me metió a cursos de artes plásticas, porque yo salí con un déficit de atención grande, porque yo soy sietemesina, nació muertica me tuvieron que meter a una incubadora y pegar palmadas a ver si me despertaba y a mi mamá le dio una depresión post-parto, incluso yo era una ratica chiquita, porque mi mamá si porque yo era muy muy demasiado grosera y hacia pataleta como fuera: “ma’ yo quiero la camisa de Hércules!” y mi papá me lo daba pero mi mamá decía ¡No! ¡No! Osea eso no puede ser suyo, nada, pero mi papá me alcaheteaba y así fue. Mi mamá en contra no me quería ver durante varios días, porque ella sufrió mucho en el embarazo, pensaron incluso que yo había nacido con problemas, porque mi mamá todo el tiempo era en la cama, enferma, el embarazo para mi mamá fue caótico, incluso no tenía barriga, era planita así planita (se toca su abdomen refiriéndose a lo plana que era su madre durante el embarazo) le hicieron cesárea porque o era yo, o era mi mamá, entonces, obviamente mi mamá, principalmente antes que yo, porque mi mamá estaba primero en ese momento, entonces dijeron que yo había tenido problemas y preciso pero mi mamá como es enfermera empezó a ver que cuando caminaba los piecitos estaban como... yo soy rodilla junta patí apartada, entonces me empezaron hacer terapia física, me metí a patinaje, a natación, a todo lo que tiene que ver con deporte y ya después en el colegio se dieron cuenta que yo no era atenta, que nunca le ponía atención a la clase, una profesora estaba preocupada porque yo no veía al tablero, yo era muy distraída, en un examen todos terminaban y yo era la última que entregaba; claro mi mamá me llevo donde un psicólogo un psiquiatra no recuerdo, me comenzaron hacer unos test con tiempo y preciso, salió un déficit de atención pero remarcado, con una hiperactividad también, yo he sido muy necia, y cuando pequeña era muy

brusca y corría y hacía de todo lo que yo quería, pero era tal cual el comportamiento de un niño, pues si yo era más bien niño que niña, a mí no me gustaban ni las muñecas, ni los vestidos, yo quería todo de niño, el día del niño Dios pedía carritos, me regalaban una muñeca sentía que me estaban insultando y yo decía: porque yo quiero carrito, y así. Pero eso me hizo ser una persona totalmente diferente a toda mi familia, ósea he sido lo más necio, por ejemplo mis tías le decían a mi mamá: tú hija hasta parece un niño, imagínate cuando crezca se va volver homosexual, y mi mamá les respondía: es mi hija, respétemela y déjela. Desde ese entonces a mis tíos les empezó a dar mucho miedo soltar a los hijos de ellos conmigo, por ejemplo mi tía, que es la mamá de mi prima, somos casi hermanas, ella era la única que me quería pero el esposo de ella no, eso fue desde siempre de los tres años para adelante, se empezó a marcar mucho... ella me defendía, le decía al esposo, ellas se aman, ella es muy brusca pero se aman, con tal de yo ver a mi hija feliz con su primita no importa, además es mi sobrina, sin embargo en un principio a mí no me afectaba eso, pues ni me daba cuenta que me alejaban de mis primos, y como yo he sido como tan líder en esa parte, siempre les decía: vamos, salgamos, hagamos esto, o aquello, entonces yo siempre he sido muy líder y todos me siguen y los papás detrás como mis hijos! Están detrás de ella por Dios! Y yo con tal de que todos estuvieran detrás de mí bien. Ahí empecé yo a ser la dominante, en todo, en los juegos, en el futbol, en todo, fui creciendo y me empecé a comparar mucho con mi prima porque ya empecé a ver los comentarios yo tenía entre 5 ó 6 años empecé a ver pues la diferencia, la importancia que le daban a mi prima y a mí no, lo empecé a notar porque mi prima era la niña tierna de la familia, y todos comentaban mírenla, y yo al contrario tiraba las cosas y obvio le daban más importancia a mi prima que a mí. Desde ahí empezó, yo a mi prima la he amado siempre, pero siempre ávido esas ganas de ser mi prima, por lo mismo, porque todo el mundo es enfocado a ella por todo y yo pensaba: juepucha que rabia, yo porque soy así, y bueno seguí creciendo y llego un momento en el que... yo con las personas

soy muy extrovertida, impresionante yo a veces digo ¿por Dios yo hice eso? Pero llegan unos momentos en que me opaca alguien que sea más calmado, como mi prima y ya me quedo calladita, mirando, mirando por ejemplo a mi prima, como preguntándome: ¿Cómo hace eso? ¿Cómo hace para que la gente la mire? Entonces `por ese lado ahí fue cuando empecé, comenzaba a quedarme callada, mi mamá como trabajaba mucho y mi papá no mantenía, entonces yo llegaba del colegio, llegaba era donde mi abuelita que ella era quien me daba el almuerzo, yo mantenía sola, pues yo del colegio, las únicas veces que veía a mis papás era mañana y noche, era muy poquito lo que los veía, entonces no tenía mucho que hacer, llegaba a mi casa a sentarme a estudiar, o a ver televisión, yo era muy teledicta, demasiado teledicta ese fue uno de los daños que creo que me hice, empecé a meterme en la televisión y era concentradísima viendo televisión, y me empecé alejar de muchas cosas más por miedo de cómo me miraban los demás, pero quería ser como mi prima, y a la vez no quería, las cosas fueron avanzando y yo seguía estudiando en artes, yo estudie en bellas artes desde los cuatro años, hasta los 15 mucho tiempo, pues hasta que me gradué, y en ese lapso de que yo veía que las cosas no me estaban saliendo bien: yo con la gente era una, pero yo sola era otra; con la gente era una loca pero siempre quería ser más que lo que era y no quería ser tan loca, tan brusca, tan niño, y si me han dicho vos si sos loca, pero quería ser un poquito más seria, yo quería ser mi prima en ese momento, como no tenía como esa solución yo empecé a desahogarme con la comida, pues no lo hice intencionalmente, pero ahora, después de todo ese tiempo me puse analizar eso y me desahogue todo el tiempo con la comida yo sola, me engorde demasiado, y seguía comiendo, y seguía comiendo, eso fue desde los doce años hacia adelante, doce, trece años, me engorde demasiado, (¿Qué es engordarse demasiado?) mmm... era impulsiva con la comida, pesar 72 Kg a la edad de catorce años, y yo ya me empezaba a sentir mal por eso, porque mi prima cada vez era más bonita, era divina y sin embargo yo también tenía lo mío que era lo extrovertida, decían: llego, llego la chispa. Pero a

la vez yo no me sentía bien, mi prima, las compañeras del colegio, eran más delgadas. Empecé a bajar la autoestima en cuanto a lo físico (¿te querías parecer a tú prima por la aceptación o porque?) mm yo creo que era por... no se... yo creo más bien que era por la aceptación, en un principio cuando yo era muy pequeñita no le daba importancia, pero empecé a crecer y escuchar esos comentarios: como ahh! Esta niña si es escandalosa... y yo veía a mi prima sentadita juiciosa, y yo pensaba ¿porque no soy como mi prima? Yo escuchaba a mi abuelita que le decía su nombre en diminutivo! Y a mí no. Entonces yo pensaba: será que es porque me ve todos los días, entonces desde ahí comenzó todo, no, ha comenzado desde siempre, desde las comparaciones también, y como yo he tenido ese déficit todavía muy marcado, con el estudio también hemos sido súper competentes, mis primos, Diciembre, Enero y Febrero, hemos sido como los tres iguales, y como mi mamá me ha tenido siempre muy activa con lo que ha tenido que ver con el estudio, las artes, los deportes, yo entre primero que todos del colegio, y Salí también primero que todos del colegio, a los quince años, mi primo me lleva un año atrás, yo iba en 11º el en 10º y mi prima nos lleva dos, ella estaba en 9º, y así no la pasábamos compitiendo, pero el problema mío era que yo necesitaba alguien al lado que estuviera ahí, trabajándome la parte de la concentración y era mi mamá. Empecé a notar que mis primos y los compañeros no necesitaban a nadie al lado y yo dije: no yo soy totalmente un fenómeno, pues por todo, físico, estudio yo necesito a mi mamá, todo, todo, yo soy una loca, ellos son juiciosos, y desde ahí me empecé a tachar muy feo en la adolescencia, hay si me dio muy duro a los quince años y yo como un Mamut, bien gorda, y a los quince que a uno si le afecta mucho eso, en la adolescencia, como los alrededores que uno tiene y también por todo, en la adolescencia era por como los hombres buscaban a mi prima y yo en vez de que me buscaran a mi yo cuidaba a mi prima, le decía bueno pilas, son demasiados, pero a la vez envidiaba eso, pero yo era una gordita. Cuando iba a cumplir quince años una señora, eso nunca se me va olvidar, me quedo aquí, eso nunca

se me va olvidar yo feliz llegue, era una consulta de odontología, feliz llegue, y era la asistente de mi odontólogo, yo llegue del colegio, y dije: hola que más! Llego la bomba, oiga llego la bomba, y yo les dije: les cuento, yo estoy que cumplo 15 años, ¿sí? Ah que rico, ¿pero vas hacer fiesta? Dijo la asistente, y yo le conteste no, yo no creo, y me dijo: ay sí, porque no te vas a poner vestido, y le dije no creo que haga fiesta demás que una rumbita ahí, pero no ¿porque? Porque si te pones un vestido y bajas las escalas te imaginas donde te rodes como una pelotica. Como si las gorditas no tuvieran derecho a ponerse un vestido y estar feliz en sus quince porque pues, se vería como una butifarra embutida, pues así me dijo, ese fue el caos, mis quince fueron un caos, para mí, después de ese comentario yo decía, si así me ve una persona exterior a mis amigos, a mi familia, mi familia no me va decir nada por discreción, pero ya, osea me los destruyeron totalmente con ese comentario, pero nunca se lo he dicho, cada que la veo me acuerdo de eso, pero no tengo ningún resentimiento, eso sí he sido, muy humana, muchas veces yo prefiero lastimarme a mí que a la otra persona, entonces yo me quede callada y me reía del chiste, pues yo en ese momento me reí, como, ¿butifarra embutida? Jajaja pues muerta de la risa, pero por dentro... como te decía yo estaba sola, mi mamá no estaba, mi papá tampoco, porque mi mamá llegaba tarde de trabajar, y llegaba recansada a dormir, y mi papá también llegaba tarde, no sé, de hacer vueltas y muchas cosas, entonces yo siempre era en mi casa, llegaban mis papás y yo aparentaba algo distinto, hola pa' pues sí, pero nunca decía: me acabaron de hacer un comentario y estoy mal, no yo era sola, nadie sabía que yo lloraba, yo era la súper niña, no tenía sentimientos ni nada, y ahí se , acabo totalmente mi autoestima, en la adolescencia, ya con las amigas también, cuando me empezaban a decir, ey tú, la gordita ¿vas a ir? Entonces a mí me marco eso. Mi mamá cuando era joven también, a los 18 años, tuvo una obesidad también, era muy gordita cuando era joven, en la universidad. Cuando yo estaba saliendo del colegio, mi mamá siempre me decía, amor, controlarte un poquito, pero no me lo decía pues así, directo, no, me decía amor trata

de controlarte un poquito más con la comida, ella siempre fue muy limitante con esa parte, ella si me decía: amor, pilas, pilas, por eso me mantenía en deportes, pero siempre estuvo detrás de mí diciéndome eso, y yo creo que por eso mi casa ha sido lo más vegetariano y lo más light del mundo, tu llegas a mi casa y todo es light, y no hay pan normal, todo es integral, no hay grasas, si hay grasas, es aceite de oliva, o sea es impresionante por el cuidado de mi mamá, ella es enfermera y también tuvo como un episodio así que era muy joven y muy gordita, ella dijo: mi hija no va caer en lo que yo sufrí, que eran todos los insultos que ella tuvo también cuando era joven, entonces ella me cuidaba en la alimentación, pero eso para mí era como muy, mmmm me daba como una piedrita, porque yo quería comer, entonces que hacia yo, me volaba, o sea, si en la casa no tenía lo que yo quería salía a buscar lo que yo quería, y como mis primos si comían lo que yo quería, entonces yo salía con mis primos, me volaba de mi mamá y comía todo lo que yo quería, pero a escondidas de mi mamá, y así fue como que me tenía que desatar de esa presión que tenía de mi mamá y siempre que yo sentía que comía, sentía así como a mi mamá mirándome, entonces yo me sentía mal, y pensaba: ¿cuándo me voy a poder sentir bien conmigo misma? ¿Qué alguien se sienta bien conmigo? No, no veía la hora. Esa fue mi adolescencia, todo el tiempo así, todos los días era pensando lo mismo: ¿Cuándo? ¿Cuándo? ¿Yo algún día podre ser alguien querida en cuanto algo? Pues sí, dejar de ser lo que soy, entonces empecé a crecer más y comencé con la vanidad, y ahí empecé a darme cuenta que no era homosexual, me empezaron a gustar cositas, porque todo el mundo me decía, es que usted es un niño, pero uno va creciendo y uno va adquiriendo su personalidad, y en verdad a mí no me molestaba tanto que yo fuera tan extrovertida, me gustaba mucho ser lo que hacía, y todavía soy una loca, una necia me encanta, pero bueno mucha gente le incomodaba, sin embargo pues yo me sentía mal conmigo, no tanto por eso sino por otras cosas, tener como esa forma de hablar como hablaba mi prima, súper refinadita, es que uno la ve y uno es como (queda boquiabierto) pero siempre me hacia esa

pregunta: ¿pero cuando? Cuando Entre a la universidad siempre me ponía metas, siempre, pero siempre, me empecé a ponerme metas cuando cumplí 15, después de ese comentario, dije el día de mis 15 años tuve que haber bajado tanto... y nada no pude, mas decepción para mí, pensaba: yo no soy capaz de hacer nada que tristeza, nada. Y de ahí a la universidad yo decía: no llego a la u gorda por nada del mundo, yo no sé eso como es, y preciso llegue gordita pero yo dije voy a empezar hacerle caso a mi mamá, Gimnasio! Vamos para el gimnasio, empecé a ir juiciosa al gimnasio, y cuando yo soy juiciosa es juiciosa, ósea, es que es impresionante, yo hago una cosa bien hecha y la tengo que terminar, empecé en el gimnasio y comía bien, llegaba a la casa muerta de hambre y comía bien, súper bien, y veía que estaba bajando de peso, y pensaba: eh algo que estoy haciendo bien, pero no era suficiente, no era suficiente estaba en 67kg y yo pensaba falta mucho, siempre tenía que preguntarle a mi prima y a mi mamá ¿Cuánto pesaban? Siempre tenía que estar ahí, ¿mi mamá cuánto pesa? Mi mamá pesa 49 kg en este momento y eso para mí es como mi mamá pesa menos que yo, en este momento yo ya estoy pesando 53kg, y saber que mi mamá esta en 49kg, eso es como jmm porque yo interiormente pienso que mi mamá le atormenta porque según todo lo que hemos visto en mi trayecto, analizando el problema mío nos dimos cuenta que mi mamá también tiene rasguitos de la anorexia, pero no la tuvo como yola tuve, pero si tiene, los tiene, porque yo siento que ella me ve como medio comiendo bien y ella es mirándome y yo soy como ahh mi mamá, entonces bueno, así fue, como te digo en la universidad, empecé súper juiciosa arquitectura, me dio muy duro porque yo era la más pequeñita del grupo, y en ese momento yo era muy apegada, mi papá me enseñó a ser demasiado dependiente en cuanto con él, él siempre ha sido muy especial, me trata lo más espectacular, hija que quieres, todo... el primer día me acompañó a la universidad, o sea él no me podía dejar solita, nada; y por el contrario mi mamá decía, déjela que se defienda ella tiene que crecer, y mi papá decía, no, ¿vea como esta de asustada? Entonces me

acompañaron, y yo también quería que mi papá me acompañara, ya era como una necesidad para mí. Pensaba en cómo me iban a mirar los grandes, siempre siempre me comparaba con mi prima, si yo por lo menos hablara como ella, toda la vida pensaba ¿qué pasa si la gente en vez de conocerme a mí hubiera conocido a mi prima? ¿Cómo sería la gente conmigo? Sería muy diferente, siempre, o sea yo siempre me tenía que tirar pa` abajo y subir a mi prima, siempre, siempre, siempre... yo decía ¿cuándo? Físicamente, personalidad, todo.

Cuando me llevaron a la universidad, yo siempre trataba de coger carácter, y mostré mi parte yo-extrovertida, y bien me acogieron muy bien, era la chiquita del grupo, toda la universidad tenía 18, 19, 20 años y yo era un bebecito de 15 años apenas los iba a cumplir, tenía 14, cumplía 15 en febrero y yo ingrese el 4 de febrero, entonces yo todavía tenía 14 años cuando entramos, y cuando me preguntaron qué edad tenía se asombraban de que estuviera en la U, yo me sentía muy chiquita, y eso fue lo que no me permitió ganar el primer semestre, en arquitectura perder diseño es como la materia central, como proyecto, o sea si perdes diseño, te quedaste atrás así hayas pasado las demás materias, (¿cómo fue la elección de la carrera?) ahh eso fue otro camello porque yo en el colegio he sido muy indecisa, y toda mi familia como te he dicho desde el principio ha sido política, muy conservadora, yo he estado más que todo metida en la parte artística y eso me encantaba descubrir muchas cosas, me encantaba explorar todo, cogía una hoja me ponía a dibujar cualquier cosa, y todo el mundo era concentrado hablando de política, mi prima se sentaba con todos los adultos hablar acerca de eso y a mí no me gustaba, yo quería ser como mi prima pero eso no me gustaba, a mí me gustaba salir, dar vueltas, salir a pasear, pero ponerme hablar de eso no.

Yo descubrí dotes pero no sabía, en 11º cuando me gradué yo no sabía que quería ser, me decían: amor nos tenemos que inscribir ya a la universidad, y yo decía, pues si pero no sé qué quiero hacer, yo les decía: yo quiero algo no se de arte, como desde pequeña me gustaba el cine, para mí eso era una cosa de locos, y todavía yo soy una cineasta impecable, yo siempre

quise hacer animación, como las personas que hacen dibujos animados, por ejemplo Shrek, como hacen eso? Yo siempre he querido ser una dibujante, creadora de animación, yo siempre tuve una mente muy abierta y muy realista aquí me muero de hambre, por ejemplo aquí en Colombia, un diseñador gráfico, uno lo mira y piensa: ah que pecado, está en la calle, la verdad porque son carreras que aquí están muertas, por eso desde pequeña siempre me he querido ir, de pequeña siempre he tenido eso en mente, porque mi mamá me lo inculco, te vas de aquí, aquí no ejerces, quiero verte alto! Quiero verte alto! Mi mamá eso le ha importado mucho, ella no quiere que yo mantenga, no, que este bien, que me pueda dar los gustos de viajar, que si me quiero ir a conocer muchas culturas, pero usted, que no sea como ve estos ahorritos, no, que yo tenga la suficiente economía para viajar, entonces son muchas cosas, y debo ser realista, si me pongo a estudiar diseño gráfico no se... tenía también negocios ahí pendiente porque siempre he sido una negociante desde chiquita, a los 4 años pidiendo confites el 31 de octubre, el día de los brujitos, reuní como dos bolsas de basura grandísimas, no quería más y entonces pensé: vendámoslos y me senté en una sillita a vender todos los dulces que había recogido, y desde ahí empezó mi negocio, toda la vida he sido una emprendedora y siempre he querido, soy muy ambiciosa, en esa parte siempre he sido muy ambiciosa, entonces finalmente mis papás me querían meter a estudiar como fuera, y yo le dije papi tengo dos, arquitectura, negocios, diseño industrial, pero yo me pegaba más de arquitectura porque sentía que había más ganas por ese lado, hasta que mi papa llego y me dijo: yo voy a decidir, y ya. No sé en qué universidad porque estábamos a principio de año y ya las universidades estaban cerrando inscripciones, y la única que me acepto fue la San Buenaventura, a una semana de comenzar clases, yo no siquiera estaba segura, pero mi papá me inscribió y ya, a esa me metí. Me gustó mucho, tanto que me apasiono y me volví obsesiva con eso, como te decía antes me volví juiciosa con el gimnasio, con la comida, con la alimentación, y llego un momento en que me volví obsesiva con eso, porque cada vez me

veía más bonita, y cuando te dicen: como estas de bonita, a uno le encanta eso, que la gente note tú cambio, eso para uno, y más como mujer uno se siente como: ay gracias. Pues si me gustaba, y cada vez quería más, para mí un kilo no era suficiente, siempre quería superar a mi prima y sacarle una sonrisa a mi mamá, siempre, ese era mi objetivo, poder no sé, salir más a la luz ante la sociedad, porque yo siempre me sentía como tan alejada, que no era capaz de casi nada, solo me veían por lo extrovertida y ya, y para mí no era suficiente quería más y no solo eso, también la personalidad, saber hablar, tener carácter, yo muchas veces era por allá como calladita, solita, y bueno, pero tenía tantas cosas en la mente que no sabía por dónde empezar, y ya de ahí me empecé a volver más juiciosa con eso, y súper estricta, mi mamá también me ayudaba porque a ella le gustaba verme así, incluso me ayudo con una dieta que se llama la dieta de la manzana, nunca en la vida jamás vuelvo hacer eso, eso es dañarse, es todo el tiempo comer manzana solamente manzana, fueron dos semanas así, y solo baje 1 kilo, eso fue caótico para mí, otra cosa es que mi prima quema más rápido que yo, ella tiene un metabolismo más acelerado, ella camina y ya está sudando por todas partes, en cambio yo no, y esa era otra manera de compararme con respecto a ella, tirándome de nuevo el autoestima, y ya poquito a poquito fui mejorando en esa parte haciendo deporte, pero sentía que no era suficiente, y empecé a bajarle a la comida, para que hubiera un buen equilibrio, y empecé a bajarle a la comida y a compararme con las de la televisión, uno se vuelve obsesivo pero es que es impresionante, uno ve una mujer así hermosa y empiezan las comparaciones, me preguntaba como comía ella, empezaba hacerme mi propio desayuno y me castigaba, paraba de comer, no más valla estudie, distráigase, para el gimnasio, cuando volví a entrar a la U y ya estaba flaca, entonces pensaba que no iba a tener tiempo para el gimnasio, y debía sacar la universidad adelante pero también me tengo que sacar a mi adelante y mi físico, entonces debía bajarle a la comida porque no iba a tener más gimnasio, entonces ahí empezó, desde que empecé en el gimnasio fue que empezó, yo no me daba

cuenta, yo simplemente trataba de mirar como comía la gente de la televisión en porciones pequeñas, y verduras; veía como comían las reinas parecían un pajarito, un pollito, y así me fui, comiendo muy poquito pero aun no era suficiente, como que toda la represión que tuve en todo mi trayecto de vida lo tenía que conseguir en ese instante, pensaba: no es suficiente para toda la gordura que adquiriste a los 14 años, tener que bajar más, y más, y cada vez me seguía viendo igual, yo bajaba y bajaba pero me veía igual, y nadie me decía nada, ni mi mamá, ni mi papá. Mi mamá simplemente me decía deje de ser tan caprichosa, yo le decía mami no quiero, y mi papá me rogaba: coma un poquito, ya me veían flaca, y mi mamá le decía, ignórala, se está haciendo la caprichosa, no quiero, decía yo. Por más hambre que tuviera nada, ahí cambio el genio, uno se empieza a desesperar, uno se vuelve tan obsesivo, incluso las horas debían ser súper puntuales, si te vas a comer este granito de arroz debes comértelo, en la misma hora, el mismo minuto y segundo, me empecé a perder todas las reuniones familiares porque mi hora de comida, debía ser a una determinada hora, o si no me interrumpían, o allá no me daban lo que yo quería, lo que yo necesitaba, porque allá comían mal, tanto que mi desayuno se convirtió en menos de la mitad de un vaso normal, la porción que uno se debe tomar, era casi como si exprimieras un limón, lo que sale, ese era la cantidad del jugo de naranja que tomaba, se volvió una obsesión impresionante porque ya no podía ir al gimnasio, hasta que por fin me empecé a ver flaca, me empezó a dar frio por todo, me bañaba y me salía un manojo de cabello, y yo pensaba que era normal, a todas las mujeres se nos cae el cabello, o sea siempre veía las cosas normal, y mi mamá me seguía viendo como una niña caprichosa ya no me ponía atención, y yo me empecé a sentir muy sola, me decían está llamando la atención ignórenla, y salir era la única manera en que me sentía bien, porque la gente me decía que me veía muy bien, que estaba muy delgada, me preguntaban qué estaba haciendo, que me veían muy flaca, que si estaba haciendo dieta, pero nadie sabía las consecuencias, hasta que ya todo el mundo me comenzó a ver con sudaderas, buzos,

mantenía con las cobijas peludas, mientras estudiaba, en el día, me daban escalofríos, no rendía igual, pero como yo me castigaba tanto, hasta que no terminara algo no descansaba, me encerré siete días, hay fue, ahí me di cuenta de que el cuerpo no podía más, fueron siete días encerrada en el estudio, solamente estudiando día y noche, por más que me diera sueño yo seguía estudiando y me levantaba como fuera, porque ni tinto tomaba, solamente la Ritalina que me medicaron por el déficit de atención, ese día me fui para la universidad, casi me mato en el carro, porque me quede dormida, no pude más, cuando abrí los ojos estaba el poste enfrente mío, pero no me paso nada, ni me choque, pero si estaba muy cansada, sentía mucha debilidad por no haber comido durante siete días, mi mamá decía que era un capricho, pero ya se sentía triste, porque ella no lo quiso ver, en cambio, mi papá si, él me decía: hija ábrame la puerta, cómase algo, y yo por ver a mi papá así, yo si le recibía pero iba y lo votaba en el sanitario, yo no sabía que era vomitar, pues tampoco me gustaba, yo veía eso y sentía asco, y pensaba como harán para vomitar, me gustaba ser así, ya le había cogido fastidio al dulce, alguien me ponía un pan al lado y sentía fastidio, cualquier persona que veía comiendo me parecía lo más desagradable, y pensaba que es esto tan trágico. Fue todo un caos mental, y ese día el de la universidad, deje la entrega, memorias, maqueta, iba caminando por el pasillo y me fui al piso, ni idea, no sé quién me recogió, lo único que sé es que estaba la enfermera de la universidad, preguntándome que había pasado, le dije que no había dormido en siete días y estaba muy agotada, y ella se preocupó, y le dijo a alguien que me trajeran algo de comer, inmediatamente dije: no, y así fue cuando ellos diagnosticaron eso, me dijeron que llamara a mi mamá y me negué, pensé que me iban a regañar, a decir caprichosa, me fui para la casa, y cuando llegue a la casa entre al baño y salí y abrace a mi mamá y le dije que ya no podía más, necesito un médico, me descargue sobre mi mamá, ya no recuerdo, incluso se me olvidaron muchos episodios... se quema la cabeza, me dijeron que tenía anorexia, yo dejaba que hablaran pero yo decía que estaba bien, simplemente deme algo

para volverme a parar, uno se vuelve muy rebelde, es lo que uno diga, me debían llevar donde un psicólogo y yo no quería, me hicieron ir, conocí a mi terapeuta y la veía chiquita, yo le decía, mírenme yo no soy flaca y todavía insisto que yo no era flaca, flaca, yo les decía que como era chiquita no se notaba, de pronto aquí en las manitos (se mira el brazo) y el cuellito, yo nunca me veía flaca, empecé terapia, me comenzaron a dar medicamento, Quetiapina, Fluoxetina, se me disparó la depresión ya comencé a tacharme a mí misma, tenía ganas de suicidarme además de que no comía, me tome como ocho Quetiapinas seguidas, mi mamá estaba brava, ya se la pasaba brava conmigo, cuando mi mamá llegó vio todas esas pastillas, y yo sabía que siempre he sido una carga para mi mamá, ahí fue cuando le dije, es que yo siempre he sido una carga para usted, tenga otro hijo, déjeme ir, y mi mamá se tapó los oídos, no me quería escuchar y solo miraba las pastillas, me preguntó: ¿usted cuantas pastillas se tomó? y me dijo: para el hospital. Hubo un tiempo en el que ya la depresión era mucha, ya no quería nada, no quería vivir, ese ha sido el peor momento de mi vida porque yo decía, no quiero nada, no quiero estudiar, no quiero nada, me quitaron todo, que más me quieren quitar, déjenme morir tranquila, ya déjenme en paz, cerré la puerta, estaba con una jeringa, fue horrible, yo parecía una psicópata conmigo, no se eso después empezó como a cambiar luego del cambio de medicamento, y después de eso me empecé a controlar ya no tenía ese tipo de episodios tan fuertes tan horribles, yo sentía que yo era una bomba de tiempo, y que lo que yo creía era falso, cuando vieron que yo estaba así de mal todo el mundo estaba conmigo, por primera vez sentí que mi familia me quería, nunca en la vida había sentido eso, que mi familia me diera importancia, no sé si era que yo quería llegar a eso, no sé, pero lo conseguí, y lo pude ver, y me sentí como tan, ah sí me quieren, solo que no me lo demuestran como yo quisiera, y empecé a ver como esa tristeza tan marcada, sin embargo yo he sido muy: no me importa, pues veo el sufrimiento de otra persona y no me importa, con tal de yo estar bien, pero eso ha ido cambiando, porque después yo empecé a comer por darle gusto a ellos, pero

empezaba la estrategia mental, ¿cómo hago para vomitar?, o ¿cómo hago? Empecé a vomitar y esa anorexia paso a bulimia, eso fue muy difícil, yo comía pero lo más poquito que pudiera, almorzaba por encimita, me suplicaban que comiera, comer esas cantidades que me pedían era una tragedia, empecé a tener un síndrome de abstinencia, parecía un drogadicto, necesito que esto no esté en mí, me siento mal, me voy a engordar, ¿qué voy hacer? Vomitar, ¿Cómo? Yo pensaba ¿qué hago? Entonces me daba hasta asco saber que iba a vomitar, pero empecé a cogerlo como un vicio, un habito, hasta que lo logre, empecé con un cepillo de dientes a ver si me daba, y poquito a poquito trataba de meterme lo que fuera, y al final, me di cuenta que yo misma lo puedo hacer, sin meterme nada, yo solita, devolvía la comida, y me sentía muy bien, porque lo volví parte de mí, mis papás felices viéndome comer, yo feliz porque comía, los veía contentos, pero también contenta porque iba y lo vomitaba, entonces se volvió una dicha, pero delicioso, entonces ya comía con todas las ganas del mundo, pero fue bastante tiempo el que paso para que yo volviera a comer bien, de buena forma, porque siempre me daba lidia comer en esas cantidades, le empecé a coger como el gustico a la comida, hasta que empezaron las crisis con eso, llegaba un momento en el que comía y no quedaba satisfecha, comía y quería más y más, y empecé atracarme, porque pensaba: puedo comer todo lo que quiera y no me voy a engordar, entonces me sentí lo más feliz del mundo, y veía a todas esas mujeres de la televisión poniéndose fajas, en cambio yo no, puedo comer de todo y no se me nota, era una satisfacción tan grande, pero a la vez era una tortura, cuando estaba en un establecimiento público o algo así, era muy difícil, pensar que hacer, si digo que voy al baño ya saben, pero necesito sacarme esto ya, y a veces era muy difícil, casi, imposible encontrar una solución, ¿dónde podré hacer esto? Uno como persona bulímica, después de pasar de la anorexia a la bulimia uno se vuelve recochino, como sea lo tengo que sacar, pero nunca busque laxantes, ni nada de eso, prefería vomitar, donde fuera, pero prefería, todavía lo tengo, ya me controlo mucho, uno siempre tiene su estrategia, su plan, como que voy hacer

para satisfacer la enfermedad y que no me esté torturando tener que vomitar, pero ya me di cuenta que son en los momentos de depresión, tristeza, en que me siento mal, que me dan esas crisis de bulimia, en este momento estoy así por el novio con quien termine, y estoy otra vez como medio mal, sin embargo estoy tratando de buscar soluciones a mí misma tratando de leer, de hacer muchas cosas, aunque sirve, la enfermedad está ahí, vas a comer y cuando vas a comer te atragantas para ir a vomitar, y ya como que no lo controlo, cuando me siento depresiva, yo no lo puedo controlar, me siento depresiva, como y ya es inevitable, seguir comiendo para ir al baño, necesito liberarme, aun así me pongo a llorar, y pienso ¿Por qué me está pasando esto, después de que iba tan bien? (que es lo que hay que vomitar) el apego que tengo con él, apareció en un momento de mi vida que yo estaba muy grave, él me conoció de 34 kg casi cuando estaba entrando a terapia, yo a él lo veía con un fastidio impresionante, pero yo pensaba si me van a volver a meter a ese centro de rehabilitación que parece un manicomio pues bueno, no tiene nada de malo tener alguien ahí al ladito mientras tanto, porque él a mí no me llamaba para nada la atención”.

Apéndice 2. Consentimiento Informado

Yo _____ con C.C de _____, autorizo para que la información obtenida a través de la entrevista realizada en el marco de la investigación denominada “EL CUERPO SIMBÓLICO EN UN SUJETO ANORÉXICO”, sea usada con fines académicos e investigativos. El tratamiento de la información obtenida se hará bajo criterios estrictamente éticos manteniendo el anonimato de Usted como participante de este ejercicio investigativo. Finalmente tenga en cuenta los siguientes criterios:

- Su participación es voluntaria.
- Usted puede rehusarse a participar, o puede retirar su consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Es importante que usted haya entendido la información leída para poder decidir de una forma libre e informada si Usted desea participar.

Para constancia es firmado en el municipio de _____ a los ____ días del mes de _____ de _____

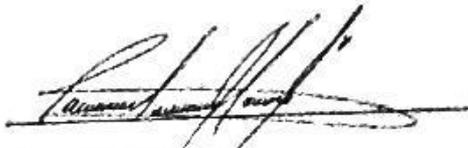
Firma del entrevistado

12.1. Consentimiento informado

Yo Paola Alejandra Herrera Cano con C.C de Enviado, autorizo para que la información obtenida a través de la entrevista realizada en el marco de la investigación denominada "COMO SE AFECTA UN CUERPO SIMBÓLICO EN UN SUJETO ANORÉXICO", sea usada con fines académicos e investigativos. El tratamiento de la información obtenida se hará bajo criterios estrictamente éticos manteniendo el anonimato de Usted como participante de este ejercicio investigativo. Finalmente tenga en cuenta los siguientes criterios:

- Su participación es voluntaria.
- Usted puede rehusarse a participar, o puede retirar su consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Es importante que usted haya entendido la información leída para poder decidir de una forma libre e informada si Usted desea participar.

Para constancia es firmado en el municipio de Enviado a los 5 días del mes de 02 de 2013



Firma del entrevistado

Apéndice 3. Fe de Erratas

El consentimiento informado entregado al sujeto en investigación, inicialmente se firmó con el título de investigación: “COMO SE AFECTA UN CUERPO SIMBÓLICO EN UN SUJETO ANORÉXICO”. A través del tiempo de análisis de trabajo y por sugerencias de asesores expertos se modificó el título a: “EL CUERPO SIMBÓLICO EN UN SUJETO ANORÉXICO”.

Por lo anterior, se comunica en este FE DE ERRATAS que el nuevo título de éste trabajo corresponde a: “EL CUERPO SIMBÓLICO EN UN SUJETO ANORÉXICO”