

Universidad de la República
Facultad de Psicología
Trabajo Final de Grado – Monografía

Anorexia y el acto de creación como intervención



Pablo Nicolás Cáceres Gaitán

4.871.755/0

Prof. Adj. Mag: Adriana Tortorella

Mayo 2018. Montevideo, Uruguay.

INDICE

Resumen/Abstract	Pág. 1
Introducción--.....	Pág. 2
Capítulo I: Anorexia y sus aspectos generales	Pág. 4
1.1 Que es la anorexia.....	Pág. 4
1.2 Aspectos diagnósticos.....	Pág. 5
1.3 Tipos de anorexia.....	Pág. 7
1.5 Epidemiología.....	Pág. 8
1.6 Anorexia en hombres.....	Pág. 9
1.7 Comorbilidad.....	Pág. 10
Capitulo II: Etiología de la Anorexia	Pág. 12
2.0 Aspectos predisponentes, precipitantes y perpetuantes.....	Pág. 12
2.1 Factores predisponentes.....	Pág. 12
2.1.1 Factores predisponentes individuales.....	Pág. 13
2.1.2 Factores predisponentes socioculturales.....	Pág. 14
2.1.3 Factores predisponentes familiares.....	Pág. 16
2.2 Factores precipitantes.....	Pág. 16
2.3 Factores perpetuantes.....	Pág. 17
Capitulo III: Actividad creativa en la intervención con anorexia	Pág. 19
3.1 Pulsión.....	Pág. 19
3.2 Sublimación.....	Pág. 21
3.3. Intervención con anorexia.....	Pág. 22
3.4. La creatividad como acto de reparación desde Melanie Klein.....	Pág. 23
3.5. La creatividad como proceso inconsciente al mundo material.....	Pág. 25
Comentarios Finales.....	Pág. 28
Bibliografía.....	Pág. 30



“Yo me siento extraña porque el culto al cuerpo ocupa casi todos los lugares...y la competencia no pasa por cuantos libros leíste sino por cuantos kilos bajaste. Le echamos la culpa a la televisión y las revistas, pero a nosotras, ¿Qué nos pasó?, somos culpables también de hacer pasar todo por lo estético, la imagen”

- Flaminea, 18 años

(Crispo, Figueroa, Guelar, 2011, p.165).



“Cuando hablábamos abiertamente, no decíamos
—en realidad— nada. Pero cuando escribíamos en lenguaje
cifrado y en imágenes, ocultábamos la verdad”.

Anónimo. Rosarium Philosophorum.

Resumen

En el siguiente trabajo se pretende desarrollar un recorrido teórico sobre la anorexia, trastorno alimentario vigente en una época postmoderna que endiosa la imagen del cuerpo humano sin grasa y en lo ahora llamado buena forma. Se trabajara específicamente con el trastorno de la anorexia, tanto purgativa como no purgativa. Se propone luego de esto la posibilidad de pensar la sugerencia de actividad creativa en pacientes que se encuentren en intervención.

Se pensará entonces a la persona que padece este trastorno alimentario como sujeto desde el psicoanálisis, con la posibilidad de redirigir pulsiones que en principio son negativas y autoagresivas a destinos más saludables, logrando así cierta productividad de un estado que en su existencia genera displacer psíquico así como consecuencias físicas que en ocasiones derivan en la muerte.

Palabras clave: Anorexia, sublimación, arte.

Abstract

The following monograph contains a detailed theoretical background of anorexia, an eating disorder present in a postmodern world where low-fat bodies are widely praised while being considered the synonym for “good shape”. It approaches specifically the topic of anorexia in, both, its purgative and restrictive forms. The paper then suggests the possibility of applying creative activities as a means of treatment.

With this in mind, the person who suffers from the eating disorder will be considered the subject from the psychoanalytic point of view. Under treatment, the subject could possibly redirect impulses that are, at first, negative and self-harming to healthier ends. This way, it reaches a certain level of productivity within a state that generates psychic discomfort and develops negative physical consequences that occasionally cause death.

Introducción

Este trabajo monográfico se realiza dentro del concepto de trabajo final de grado como estudiante de egreso en Facultad de Psicología en la Universidad de la Republica, con la tutoría de la profesora Adriana Tortorella. Es una producción que intentará hacer un recabo suficiente de información sobre la anorexia como trastorno de la alimentación y la posibilidad de proponer en la intervención de esta, actividades que impliquen el desarrollo creativo del paciente en actividades que refieran a lo artístico.

Siendo la anorexia una de los trastornos psiquiátricos de mayor difusión en los medios de comunicación en la era actual, se pone en evidencia la importancia de acercar información sobre el tema, en son de poder identificar a tiempo indicios que delaten cierta predisposición en algunos sujetos que sin la ayuda a tiempo pueden verse en esta problemática que compromete mayormente a personas jóvenes, grupo etario influenciado y víctima activa del bombardeo cotidiano a través de los medios de comunicación así como de redes sociales sobre los estándares de belleza actuales, los cuales son aprendidos como obligatorios por la mayoría de la población.

En la era hipermoderna en sociedades industrializadas el mandato estético es ser esbelto y tener un peso, menor al esperado al sexo, edad y estatura; por lo que se convierte en algo casi naturalizado el limitarse a libertades necesarias para el disfrute y goce sano de la vida, rechazando el alcanzar un peso saludable (del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009).

En la actualidad, la inanición se significa como una manera de sentir y reconocer en sí mismo, autocontrol y disciplina, aunque esto implique la salud física y mental, así como la vida misma. Es importante con esto, advertir las maneras en que la vestimenta ha ido ajustando tela al cuerpo para hacerlo sentir cada vez menos escondido, y por tanto, más expuesto a ideales de “piel cerca del hueso”, por lo que es preciso mencionar la ropa como un participante de un juego un poco difuso, imponiendo o siendo el resultado de imposiciones estéticas consensuadas como aceptadas para distintas épocas en occidente.

Durante la producción de la monografía se ha creído importante además, desinvertir a este trastorno de algunos mitos que están establecidos socialmente desde hace ya un tiempo, por lo que se incluirá una breve parte a hablar de la anorexia no solo en mujeres, sino también como un trastorno que excede al sexo femenino y que también se ha encontrado históricamente en hombres, así como en la actualidad (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011). Por lo tanto, aunque se trate en porcentaje de un 95

% en mujeres sobre un 5% en hombres, se hablará en género neutro, en son de no reforzar esta falsa creencia sobre la exclusividad de la anorexia en mujeres.

Luego de estos puntos básicos, es importante destacar que se valorará al sujeto con esta problemática desde el psicoanálisis, para luego poder articular sobre el concepto de sublimación desde Sigmund Freud así como desde la reparación de Melanie Klein. Se mencionará también la importancia de la actividad creativa en el desarrollo vital del ser humano, respaldando teóricamente la sugerencia que aquí se realiza.

La metodología en cuanto a la búsqueda bibliográfica consistió en la utilización de google académico debido a su facilidad en la exploración masiva de información. Se realizó ésta utilizando palabras y frases como “anorexia”, “trastornos alimentarios”, “obsesiones sobre el cuerpo”, “delgadez”, “sublimación”, “pulsiones negativas”, “autoagresividad”, “arte”, “creatividad” entre otras. Además se observó material de egreso de ex estudiantes de Facultad de Psicología de Udelar, en son de no repetir maneras discursivas sobre un tema que en si tiene cierto arte rígido en la descripción del trastorno. Se realizó también búsqueda personalizada en biblioteca de Facultad de Psicología para temas más de orden psicoanalítico.

Se prefirió organizar esta producción por tres capítulos con sus respectivos temas, los cuales conserven una síntesis de lectura que la haga entendible y no genere ansiedad en el lector. Se creyó necesario en primera instancia describir el trastorno y sus factores multicausales, para luego finalmente aportar el respaldo teórico que apoya la sugerencia que aquí se realiza.

CAP 1: Anorexia, sus aspectos generales.

“El cuerpo no es lo físico sino su representación mental. Es esa imagen interna la que lo hace mío a un cuerpo que, por sí mismo, no tendría nada esencialmente diferente a ningún otro”

Alberto Ivorn.

1.1 ¿Qué es la anorexia?

La anorexia es un trastorno de orden alimentario, por lo que se encuentra en ella una disfunción en el comportamiento de la ingesta alimentaria, acompañado de varios aspectos de orden psicológico patológicos, como distorsiones perceptivas de la imagen, conductas de autoeliminación, pensamientos obsesivos, trastornos de la personalidad, además de otros (Moreno & Villar, 2001). La inanición ejercida sobre sí mismo por parte de una persona con anorexia junto a estas conductas descritas, se fusionan de manera tal que el individuo se encuentra en una situación patológica, reforzada con sus medios internalizados como necesarios para sentirse en ejercicio de su ilusión de autocontrol. La persona se encuentra en el pleno intento por alcanzar el goce del bienestar estético deseado, en un estado en el que logra todo lo contrario, llegando a la desnutrición, estados emocionales inestables así como a la muerte.

Es un trastorno considerado actualmente como una enfermedad multifactorial, causada por factores predisponentes de orden individual, familiar y sociocultural, así como por factores precipitantes y perpetuantes (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011). Existe por tanto cierto consenso desde los investigadores de este trastorno de la conducta alimentaria, sobre la multicausalidad de la patología.

Desde lo etimológico Anorexia significa “Ausencia de apetito”, lo cual sucede en realidad pocas veces y solo una vez que la enfermedad está ya en periodo avanzado, dándose a través de regulaciones adaptativas del organismo mismo no solo en su dimensión biológica sino también en su dimensión psicobiológica (Cabral, 2006). Encontrándose en su nombre como anorexia nerviosa, “nerviosa” refiere a que no es una enfermedad que derive de una enfermedad médica instalada previamente, por lo que el descenso de peso como la ilusión inconsciente de no sentir hambre deriva de factores en principio más de orden psicológico que biológico.

Además de la inanición a la que las personas con anorexia se someten, se encuentran varias estrategias que se desarrollan para alcanzar el endiosamiento del cuerpo delgado tan perseguido ideológicamente; accediendo a largas rutinas de ejercicio, el vómito autoinducido (en caso de anorexia purgativa o bulimia nerviosa) así como a diuréticos, laxantes y a cualquier estrategia que refuerce su rigidez a la meta de adelgazar (García-Gamba, 2001).

La enfermedad genera en las personas una pésima calidad de vida, que abarca su salud física y mental, llegando en el caso más extremo, pero siempre posible, a la muerte. En casos más leve, pero siempre perjudiciales, las personas llegan a una desnutrición alarmante o en algunos casos de bulimia a la obesidad, cuadro el cual no se profundizará en el presente trabajo (Portela, da Costa, Mora, & Raich, 2012).

Las personas con anorexia se encuentran reforzando cierta distorsión sobre la percepción que tienen de las dimensiones de su propio cuerpo, por lo que, aunque ven las cosas del mismo tamaño y forma que las demás personas, significan sus medidas propias de una manera que no es aceptable para si mismo, por lo que la disforia que se vive sobre el cuerpo propio genera la distorsión que luego deriva en las conductas antes descritas. Esta representación mental que la persona anoréxica realiza de su propio cuerpo se daría ya que es la insatisfacción corporal lo que causa esa distorsión corporal posterior (Cabral, 2006).

Lo que se vehiculiza en la comida es lo que marca la manera de organizar los pensamientos, emociones y comportamientos sobre el que y cuanto comer, por lo que cuanto menos se come, más se adelgaza y aún más reforzado estará ese sistema de creencias la próxima vez que se presente el momento de pensar en alimentarse (Cabral, 2006). Cabe preguntarse qué vehiculiza la persona anoréxica en o con la comida, así como que es lo que representa el no comer nada.

1.2 Aspectos diagnósticos

Desde lo diagnóstico es importante identificar como se registra este trastorno alimentario en el manual americano de psiquiatría, más precisamente en el DSM V (2014), siendo esta su versión más reciente. Las dos características más importantes al momento de definirlo son el rechazo a mantener un peso corporal mínimo con un miedo extremo a subirlo, así como una significativa alteración en la percepción del propio cuerpo (American Psychiatric Association, 2014).

Describe tres criterios básicos, los cuales son mencionados y explicados de la siguiente manera:

Criterio A: “restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo” (American Psychiatric Association, 2014, p.338). Aquí se

describe en base al IMC, la gravedad del caso. Siendo el referente la OMS, los criterios del IMC son los siguientes: Un IMC de entre 16-16,99 kg/m² denota una gravedad moderada, por otro lado, un IMC de entre 15-15,99 kg/m² un nivel de gravedad grave, mientras que un IMC menor a 15 kg/m² es un caso extremo. Cabe destacar que se pone cuidado en los valores recién mencionados considerando también la edad de la persona, etapa del desarrollo en la que se encuentre, así como historia de peso de su vida (American Psychiatric Association, 2014).

En el caso de niños y adolescentes se clarifica la importancia de considerar el peso que se espera para la etapa del desarrollo en la que se le ubica. Se debe identificar una conducta de rechazo a la comida, o la negativa a mantener un peso normal o esperado para la edad, sexo o etapa del desarrollo en la que la persona se encuentra (American Psychiatric Association, 2014).

Criterio B: Aquí encontramos “comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo”. En este punto se pone énfasis en el aspecto conductual del trastorno. La persona aun con un peso por debajo de lo esperado teme estar siendo obeso o de convertirse en tal. El miedo se refuerza conforme el trastorno se acentúa, por lo que a medida que se baja de peso, más miedo a engordar se tiene (American Psychiatric Association, 2014).

Criterio C: Se debe identificar una “alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual”. Aquí se logra clarificar, a diferencia de la anterior versión del año 2002, que la persona no posee una distorsión de imagen sobre el cuerpo de los demás, o de cómo ve en tamaño a las cosas, sino sobre sí mismo. Se menciona además la relevancia del peso e imagen corporal para la auto aceptación de la persona, por lo que demuestra tener para sí gran relevancia el cuánto pesa y como se ve a sí misma para sentirse aceptada o no. Por último se identifica un desconocimiento de la gravedad de la situación en la que se está viendo envuelta (American Psychiatric Association, 2014).

En referencia al criterio D, ahora retirado, se puede decir que actualmente la amenorrea en mujeres postpuberales ya no es una condición básica en la suma para el diagnóstico de un trastorno del comer como lo es la anorexia, ya que este ignoraba la posibilidad del sexo masculino en el trastorno así como a las chicas en etapa prepuberal. Ahora, por tanto, es una condición no necesariamente firme para diagnosticar a una persona con anorexia.

Por lo tanto las dos características más importantes al momento de describir la anorexia se pueden explicar desde rechazo a mantener un peso corporal considerado mínimo con un miedo extremo a elevarlo (pérdida de peso que lleva a mantener el peso corporal por debajo del 85% del esperado o rechazo a obtener aumento de peso en periodo de crecimiento), así como una significativa

alteración en la percepción del cuerpo de sí mismo, y no del de las demás personas. No olvidando además, las practicas reiterativas que refuerzan la enfermedad (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

1.3 Tipos de Anorexia

Se registra dos tipos específicos de anorexia, siendo estos anorexia de tipo restrictivo y anorexia de tipo purgativo (American Psychiatric Association, 2014).

En lo que refiere a la anorexia de tipo restrictivo encontramos aquí a casos en los que el descenso patológico de peso en la persona se debe a dietas, ayunos o intensos ciclos de ejercicio físico. Se debe identificar una exoneración total de atracones así como purgas (American Psychiatric Association, 2014).

En cuanto a la anorexia de tipo purgativo se dan casos patológicos en donde, tras cierto ciclo de inanición se recurre a atracones de comida para luego compensar vomitando, ingiriendo laxantes y/o diuréticos, realizando enemas u otros rituales que crea necesarios para eliminar la culpa y la posibilidad de subir de peso (American Psychiatric Association, 2014). Algo a destacar es que tratándose de casos de anorexia, hay personas que aun no habiendo realizado atracón alguno, recurren al vomito por considerar que esa ingesta mínima ha sido demasiado.

En el diagnóstico diferencial, con respecto a estos dos subtipos de anorexia, se considera un criterio temporal de tres meses de presencia de síntomas para realizar dicho diagnóstico. Por lo que es importante la presencia de estos comportamientos, así como evidencias en el estado físico y emocional de la persona, para llegar a considerar la posibilidad de que esta esté dentro de alguno de estos dos subtipos del trastorno alimentario anorexia (American Psychiatric Association, 2014).

Una remisión parcial es aceptada por el profesional o equipo interdisciplinario a cargo cuando la persona ya no cumple con el criterio A (American Psychiatric Association, 2014), por lo que lograr salir de un peso corporal bajo, es considerado el primer paso para la recuperación total de la persona. El periodo de tiempo que la persona lleva con un peso considerado aceptado no está especificado en el manual de psiquiatría, por lo que esto queda a merced del médico o grupo interdisciplinario que esté tratando el caso. Por otro lado, una remisión total se considera cuando ninguno de los tres criterios antes mencionados se presente en el paciente, por lo que es posible este desenlace (American Psychiatric Association, 2014).

En lo que refiere a la gravedad, se había mencionado anteriormente, es el IMC el valor principal que se toma para llegar al tipo de complicación que se está tratando. En caso de tratarse de un niño o

adolescente se debe observar el percentil del IMC que refiera (American Psychiatric Association, 2014).

Es de enfatizar que no es condicionante que la persona mencione que se siente gorda (aun presentando un IMC por debajo de lo aceptable), miedo a engordar o sentirse disfórico con su estado físico, ya que se entiende que si la conducta del paciente delata estos síntomas más de orden cognitivo, se debe tildar el criterio A como abarcado (American Psychiatric Association, 2014).

1.4 Epidemiología

Actualmente la anorexia es una enfermedad de orden alimentario cada vez más escuchada y naturalizada a raíz de la difusión de los medios de comunicación. Esto junto a la suma por parte del conocimiento científico, ha generado un considerable aumento en la cantidad de diagnósticos que refieren a trastornos alimentarios como la anorexia. Se puede pensar que conforme la cultura va modificándose, la idealización de lo que es considerado un cuerpo tipo también, las personas, inmersas en sociedad generan creencias propias y así estrategias para llegar a cumplir con lo estéticamente esperado.

En lo que refiere a la población afectada, se da mayormente en sociedades postindustriales occidentales, en donde el acceso a alimentos es fácil y hábil (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). Por tanto, se mantiene una lucha constante por parte de las personas con anorexia, las cuales batallan entre el fácil acceso a aquello que se restringen, y el deseo de cumplir con el endiosamiento del cuerpo y estética actual. En lo que refiere al grupo etario se identifican casos desde la pubertad, +/- 12 años y los 25 años; siendo excepcional aquellos casos previos al periodo de pubertad como aquellos posteriores a los 30 años (Morales, 1997).

En cierto momento la información epidemiológica sobre la anorexia arrojaba que este trastorno tenía su foco poblacional en personas de clase media y alta, lo cual ya no tiene vigencia científica al día de hoy, siendo un trastorno de orden alimentario que se presenta en todas las clases sociales.

En porcentajes poblacionales, se encuentra que entre un 0,5% al 3,7% de la población femenina tiene anorexia (García-Gamba, 2001). Entre las estudiantes, el 2 % de ellas presenta en algún momento este cuadro clínico. Un 5% de la población masculina presenta algún tipo de trastorno alimentario, mayormente anorexia, por lo que queda claro que este cuadro clínico no es privativo de la fisonomía o anatomía femenina (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

En cuanto a la evolución del cuadro clínico, la incidencia por muerte en la anorexia nerviosa ha crecido del 5% al 7% en los últimos años, según cifras de la OPS (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

El DSM IV menciona sin embargo, que siendo el 10% la mortalidad en estos casos, no solo se debe a inanición, sino también a casos de suicidio (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). Aunque es la muerte el mayor de los riesgos, hay también casos de remisión total y parcial.

En cuanto a la variación del cuadro clínico, algunos estudios arrojan que el paciente con algún tipo de anorexia puede generar con el tiempo un cruzamiento al tipo opuesto de anorexia como a otro tipo de trastorno alimentario (Moreira, 2013).

Mientras que en el discurso por parte de la población femenina se identifica que todo comenzó con la idea de verse más delgada, en los hombres se encuentra que la fijación se ponía sobre una parte específica del cuerpo, la cual los lleva a abarcar toda su anatomía (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

En lo que refiere a las profesiones de las personas afectadas, se encuentran mayormente en modelos, deportistas y bailarinas (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

Se considera de buen pronóstico que la edad de inicio sea temprana, el intervalo leve entre la manifestación de la enfermedad y la hospitalización y el menor número de internaciones. Mientras que aquellos casos de inanición prolongada, por lo tanto bajo peso, así como presencia de actividad purgativa (como en casos de anorexia purgativa) y disfunción familiar son de mal pronóstico (del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009).

1.5 Anorexia en hombres

Si bien los trastornos de la alimentación se dan en porcentaje predominantemente en mujeres jóvenes, están apareciendo también cada vez más en hombres jóvenes (Crispo, Figueroa y Guelar, 2011). En los últimos años se explica en varias investigaciones el promedio de varones con anorexia ha migrado de un 5% a más de 10%. Se ratifica por tanto, que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que las mujeres tengan el uso privativo de estas patologías (Crispo, Figueroa y Guelar, 2011). Análogo a lo que sucede con las mujeres en los trastornos del comer, el hombre con este mismo problema presenta idénticos elementos al momento de conocerse su historia vital.

Se encuentra por tanto que se trata de varones que han tenido en su vida registros o etapas de obesidad por lo que han sufrido en algún punto burlas o desacreditación por parte de otros (Crispo, Figueroa y Guelar, 2011). También presentan una creencia implantada de que el ser delgado y esbelto es sinónimo de belleza y aceptación, conceptos reforzados por los medios de comunicación y por el discurso predominante en el diario vivir sobre lo que es ser lindo o feo. Se detectan así situaciones en las cuales los varones con anorexia se ven envueltos en este problema a raíz del

grupo social en el que se encuentran, pudiendo ser su tipo de trabajo, grupos de pares o deporte que practiquen el factor precipitante o perpetuador de la enfermedad (Crispo, Figueroa y Guelar, 2011).

Por tanto uno de los grupos de varones que se ven expuestos a este problema son los que desarrollan alguna actividad física que los compromete a mantener un peso bajo para su estatura y sexo biológico, como puede suceder con corredores de caballos, fisicoculturistas o boxeadores, así como bailarines profesionales (Crispo, Figueroa y Guelar, 2011).

Crispo y compañía, explican de manera clara que otra población masculina predisponente a este trastorno son los varones homosexuales, aunque es importante aclarar que así como la anorexia no es privativa de la mujer tampoco lo es de las personas gay. Se piensa esto desde la posibilidad de que el hombre homosexual recibe más exigencia del mundo gay en cuanto a la estética, comparado a la exigencia quizá algo descendida al hombre heterosexual, al cual se le tolera algunos kilos de más o una estética algo descuidada (Crispo, Figueroa y Guelar, 2011).

Un detalle importante a destacar es que los hombres entrevistados con anorexia, explican que no necesariamente han tenido como meta pesar muy poco, sino que se ha tratado siempre de querer corregir alguna parte específica del cuerpo que les genera displacer por lo que caen en situaciones y rituales que encuadran el trastorno (Crispo, Figueroa y Guelar, 2011).

1.6 Comorbilidad

En lo que refiere a la anorexia y su comorbilidad con estados patológicos afectivos, encontramos una vinculación usualmente directa de la anorexia con la depresión (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

En el discurso de las personas jóvenes que presentan anorexia, así como en otros tipos de trastornos alimentarios, se encuentran descritos sentimientos de soledad, vacío, tristeza, culpa, impotencia, energía disminuida, imposibilidad de concentración, pérdida de interés en casi todas las actividades que antes realizaban, aislamiento social, introversión, desesperanza hacia el futuro, etc. (Crispo, Figueroa y Guelar, 2011). Es común por tanto, encontrar situaciones de depresión en pacientes con anorexia, tratándose de tipos de depresión que poseen aspectos hereditarios; siendo por tanto frecuente encontrar en la familia de pacientes con anorexia, trastornos del estado afectivo como lo es la depresión (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

Aunque es difícil en la mayoría de los casos clarificar que cuadro clínico genero al otro, existen al menos tres hipótesis según Guelar y compañía sobre la cronología de los dos tipos de trastornos

en situación de comorbilidad. El primero explica que la depresión sea causa de la anorexia, basándose en que muchos pacientes con anorexia tienen en su historia vital episodios de depresión previas. Esta depresión puede tener su génesis en eventos recientes como la muerte de un ser querido, la ruptura afectiva con una pareja, entre otros; así como también puede darse por motivos más lejanos en el tiempo, como ser hijos de padres alcohólicos o depresivos. Por tanto aquí el trastorno depresivo aumenta la predisposición individual del sujeto a padecer anorexia. (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011). Otra hipótesis plantea la posibilidad de que la anorexia provoque entre otras cosas, estados depresivos, siendo la depresión secundaria al trastorno alimentario, siendo esta la situación de la mayoría de los casos en varones (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011). Se explica que normalizando la ingesta en estos casos, la depresión desciende, ya que ésta es un subproducto clínico de la semiinanición, siendo un efecto natural en el ser humano (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011). Se plantea además la hipótesis de que tanto la anorexia como la depresión sean la consecuencia de un tercer factor más de orden orgánico, por anomalías neurobiológicas.

Se observan además de trastornos afectivos en comorbilidad con trastornos de orden alimentario, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, enfermedades físicas así como dependencia al alcohol y otras sustancias adictivas (Garfinkel & Kaplan, 1996). A nivel físico en mujeres postpuberales se destaca como criterio D en el DSM IV (ahora retirado para el diagnóstico), amenorrea y en hombres niveles de testosterona descendidos, por lo que el deseo sexual es casi nulo. Se identifican además obsesiones y rituales propios de TOCs, compulsiones y comportamientos que en algunos casos exceden a la comida (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

Las personas con anorexia purgativa, a raíz de la exposición recurrente al vómito, desarrollan otras enfermedades físicas que comprometen al aparato digestivo, cardiovascular, respiratorio, genital, generando además alteraciones hidroelectrolíticas. Los casos de anorexia restrictiva presentan daños físicos identificados en gasto energético, temperatura descendida, problemas dermatológicos, así como en el tejido celular subcutáneo y sistema óseo.

CAP II: Etiología de la anorexia.

“El tumor que originó las otras dos muertes fue un deseo: bajar de peso, como lo exige hoy la sociedad. En realidad no fue un deseo, ya que nadie desea un tumor, sino que aparecen, por lo general, de forma imprevista”

Testimonio

2.0 Aspectos Predisponentes, Precipitantes y Perpetuantes

La anorexia se caracteriza por generarse de manera multideterminada, por lo cual, es un error creer que el hecho de que una persona sufra esta enfermedad se deba únicamente a una causa, como ser la familia o los medios de comunicación (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011). Siendo una enfermedad multicausal es importante clarificar cuales son los factores que fusionados generan como resultado un trastorno del comer. La anorexia es una enfermedad de carácter biopsicosocial por lo que es innegable la caracterización multicausal del trastorno (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011). Factores genéticos, familiares, del ambiente, sociales, así como experiencias de la vida propia de un individuo convergen para dar como resultado el sufrimiento de este trastorno.

En 1980 los doctores Garner y Garfinkel presentaron tras sus investigaciones en el campo de la conducta alimentaria con trastorno, los tres tipos de factores caracterizables que fusionados gestan y refuerzan un estado de conducta alimentaria patológica. Diferenciaron en primera instancia los factores predisponentes, continuados de los precipitantes y reforzados por los factores perpetuantes.

Se mencionará por tanto a continuación cada uno de estos aspectos caracterizables en la anorexia.

2.1. Factores predisponentes.

Podemos pensar estos factores como aquellos que presentan el campo en el que se pueden dar las condiciones posteriores para concretar el trastorno. Como factores predisponentes se deben mencionar los socioculturales, familiares así como individuales de quien vive el trastorno (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

2.1.1. Factores predisponentes individuales

Siendo un trastorno que abarca mayormente desde la pubertad hasta entrada la juventud, la anorexia es padecida por aquellas personas que comienzan a vivir cambios hormonales y anatómicos por orden natural. Estos cambios físicos son a veces recibidos por la persona púber de manera negativa, generando nuevas inseguridades, dudas, disforia acerca de cómo se recibe el nuevo cuerpo que se comienza a descubrir con el paso de los meses así como cierta ansiedad sobre los nuevos y múltiples cambios que llegaran aun al seguir creciendo (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011). Esta vivencia del cambio dado en el cuerpo de la persona púber, es ampliamente un factor que predispone a futuros problemas con la autopercepción corporal, la aceptación de sí mismo y las maneras de pensarse frente al ritual de alimentación.

Es sabido que uno de los cambios claros y necesarios en esta etapa de la vida es el peso corporal, por lo que está allí el campo que predispone al trastorno, siempre y cuando, cabe aclarar, otros factores intervengan para predisponer, precipitar y así reforzar la problemática (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

El temor a perder la niñez se concreta con la pubertad, y la forma que el cuerpo va tomando con esta, confirman en el caso femenino, se está dejando de ser niña para convertirse en mujer. Como factor predisponente de orden individual, la persona con anorexia teme en cierta manera crecer, no solo corporalmente sino también en su rol como ser social y participante de distintas instituciones como lo es la familia. A través de la observación o de simples teorías sobre la vida adulta se puede crear cierta ansiedad hacia la posibilidad de crecer y con eso tener que tomar responsabilidades e independencia (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

Algo de orden predisponente más familiar, se da cuando además de esta vivencia del cambio niña/o-adulto, es reforzada con padres que no estimulan a sus hijos a tomar riendas de sus propias decisiones en ciertas áreas de sus vidas, no permitiéndoles verse enfrentados al mundo material concreto, con el cual se interactuará por siempre en su vida adulta (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

Otro factor de orden predisponente refiere a la ilusión de control y perfeccionismo que estos pacientes poseen. Se extrapola esta manera de manipular aquello que controlan, sea estudio, deporte u otra cosa, al área de la comida, dirigiendo su atención a controlar todo lo que comen, tanto en cantidad como en calidad (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011). Esta falsa ilusión de control deriva de una tendencia natural a la perfección. El sentir que lo que se hace quizá no sea lo suficientemente bueno es uno de los factores por los que se opera de esta manera con la tarea que se lleva a cabo, sea estudiar como simplemente nutrirse con alimentos. Se observa por tanto que esta tendencia al perfeccionismo y control desmedido por las distintas áreas de la vida de las

personas con anorexia, está asociado a cierto pensamiento infantiloides, el cual no entiende de matices o grises (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011). A nivel de reflexión se significa al mundo siempre desde una dicotomía de opciones, siendo entonces aquello solo bueno o solo malo, totalmente blanco o totalmente negro, o se es extremadamente delgado o se es por tanto obeso. El moverse en los extremos es identificable en el discurso de personas con anorexia.

La autoestima es el grado de alcance que hay entre el ideal que una persona tiene como bueno en comparación a la imagen y concepto que se hace de manera subjetiva sobre si mismo. Por tanto, siendo la autoestima uno de los factores que habilitan al campo para la anorexia, si se tiende además a la perfección, se reforzará la sensación de inseguridad sobre las posibilidades y habilidades de si mismo, no dándose luz verde a la posibilidad de cambio, de errores, de equivocaciones, no habiendo posibilidad de fallo, dándose por tanto, cada vez que no se pueda lograr la meta, frustración, reforzándose la idea de que se debe ser más firme en el tratamiento que se está haciendo sobre lo que se hace.

Lo que se sabe que se espera de uno e ir de manera ciega por cumplir con esas esperanzas externas, es otro de los factores predisponentes de carácter individual que se registran en personas con anorexia (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011). Se exonera toda posibilidad de teorías propias o conclusiones personales sobre ciertos temas o dimensiones de la vida. La persona tiende a querer agradar al otro a todo precio, siempre intentando cumplir con las expectativas de su familia, amigos, parejas así como de cualquier otra persona. La duda sobre lo que se piensa de manera personal siempre está, por lo que, la persona extrapola esta manera de operar sobre la realidad, mostrando no solo opiniones o actitudes que cree esperadas del otro lado, sino también en su imagen, siguiendo los mandatos que el contexto le impone debe seguir, intentando por tantos ser una persona delgada, que no come para verse como cree se espera ser vista.

Por otro lado también está la posibilidad de que la persona, en esa sensación constante de tener que agradar al exterior, crea la ilusión de gobernar su propio cuerpo, eligiendo cuanto y que comer así como que rituales seguir para cumplir su ideal de belleza creyendo que se está siendo una persona autónoma e independiente. Siente así, estar logrando la identidad que no puede permitirse concretar en el afuera, interpretando erróneamente la delgadez como un signo de ser “especial” y el hacer dieta y bajar de peso, como indicadores de autocontrol (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

2.1.2. Factores predisponentes socioculturales.

Como factor predisponente de tipo sociocultural encontramos la presión social ejercida constantemente para lograr ser una persona delgada. Encuestas realizadas en varias sociedades

occidentales han arrojado que el ser delgada es evidentemente el factor positivo que las mujeres encuentran para lograr la felicidad, sobre otros como lograr éxito laboralmente o encontrarse con amigos (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011). La persona con anorexia realiza sus vivencias con inseguridad sobre su estado físico, reforzando sus ideas de insatisfacción autoperceptiva a causa del bombardeo constante por parte de los medios de comunicación, reflejo y perpetuador de los valores que se naturalizan como indispensables para lograr o sentir que se tiene éxito en la vida de la hipermodernidad. Socialmente se piensa el peso de manera inversamente proporcional al éxito, cuanto menos se pesa, puede una persona sentir que es más exitosa al menos en esa área de su vida, estigmatizándose por tanto, todo kilo que no libere en la imagen femenina un cuerpo delgado y fresco, libre de grasas y de desproporciones anatómicas naturales y típicas del paso del tiempo o de la genética del ser humano.

Se tiene por tanto, en la era de la globalización, accesos inmediatos a los medios que en la sociedad presentan y refuerzan estos ideales que generan entre otros factores, estas patologías. No solo son los medios de comunicación los elementos que socialmente intervienen en la gestación y perpetuación de la anorexia, lo es también el discurso generalizado escuchado en la cotidiana en la sociedad actual, en el que se pueden encontrar frases y reflexiones que invitan a dejar un campo minado para sufrir alguna disconformidad corporal, afección en el autoestima o disforia generalizada del físico que se tiene.

Siendo la adolescencia un grupo etario altamente influenciado, esta naturalización inconsciente de ideales y mandatos sociales sobre lo que es considerado atractivo y lo que no lo es, genera la idea de que ante aspectos físicos o de la vida en los que se llega a reflexionar son incontrolables o imposibles de modificar (familia, situación escolar, vínculos), se enfocan en el control del peso, meta la cual "se puede lograr" a través de dietas estrictas, ejercicio exagerado así como creencias y rituales particulares sobre la alimentación en general.

Crispo, Figueroa y Guelar (2011) mencionan que es de considerar como aspecto sociocultural con respecto a la anorexia o los trastornos del comer en general, los prejuicios que están instalados sobre la obesidad, los cuales refuerzan los ideales de belleza altamente exigentes con el bajo peso.

Los talles en las tiendas de ropa perpetúan el ideal de belleza anoréxico, poniendo en prendas que antes eran de talla 38, un número de talla 40, por lo que la mujer delgada del hoy es aún más delgada sin saberlo que la de décadas anteriores, nunca logrando su meta, generando ansiedad, frustración y falsas creencias sobre la alimentación y los rituales que se hacen inevitablemente necesarios para continuar con la pérdida de peso.

Es la sociedad por tanto, un factor predisponente innegable en la anorexia, viéndose esta tanto en medios de comunicación como en el discurso instalado entre las personas.

2.1.3. Factores predisponentes familiares

Parte de la serie de factores que predisponen a un individuo a encontrarse en un trastorno alimentario como la anorexia está vinculado a la familia en la que se ve inmerso desde el nacimiento. Más allá de que no es la familia un factor excepcional en las causas del trastorno, si se ha identificado a través de estudios científicos y de la experiencia clínica, que los vínculos familiares forman parte de la génesis de la anorexia (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

Recordando entonces que no es un trastorno exclusivo de ciertos tipos de familia, podemos si mencionar que varios casos corresponden a personas que pertenecen a familias que tienen poca comunicación entre los miembros que la componen, así como también otros en los que las familias de personas con anorexia presentan un discurso sobreprotector que no permite a la persona funcionar como individualidad, limitándola de la posibilidad de tomar riesgos en distintas situaciones y así auto valorarse como un futuro adulto. La rigidez y la falta de flexibilidad en la familia también predispone según varios casos observados, a la anorexia. Esta limita la posibilidad de abordar nuevos caminos para llegar a soluciones de problemas que de manera dinámica se van dando en la diaria así como en distintas etapas de la vida. Otros rasgos familiares encontrados en personas que con una fusión de aspectos predisponentes individuales y socioculturales, presentan anorexia en algún momento de su vida, son familias en las que se registra abuso sexual, alcoholismo y/o depresión (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

2.2. Factores precipitantes

Entendiendo el precipitarse como aquello que se concreta con mayor velocidad, antes de tiempo, de manera más acelerada o apresurada, los factores precipitantes de un paciente con anorexia son aquellos sucesos que se desarrollan en ciertos momentos de su historia vital, generando la concreción de la enfermedad antes pre plantada en ese campo que poseía como se explicó anteriormente, factores predisponentes de orden individual, familiar y social.

Entendiendo la anorexia como una enfermedad que abarca mayormente a adolescentes, es conocida esta etapa de la vida como un momento del desarrollo constituido por múltiples cambios de distinto orden (da Silva, 2015). Estos cambios, vividos como situaciones estresoras pueden precipitar a la persona con estas características a concretar sus hábitos alimentarios nocivos. El DSM IV menciona que la génesis de la anorexia está vinculado directamente a algún acontecimiento

que se vive de manera estresante (Asociación americana de Psiquiatría, 2002). Este acontecimiento de tinte estresor, puede tratarse de un cambio en el cuerpo, como el desarrollo en el niño/a, la separación de los padres, un cambio de liceo, así como por una discusión con alguien con quien se está vinculado afectivamente, siendo una fusión de factores precipitantes junto a los ya predisponentes lo que deriva en anorexia. (Asociación americana de Psiquiatría, 2002)

Algo interesante que sucede con las dietas, es que son identificables tanto en los factores precipitantes como perpetuantes. En esta parte de la descripción del trastorno, es de destacar que suelen ser el primer paso precipitante a la hora de tomar una decisión con respecto a la imagen que el espejo está devolviendo. La persona encuentra en la dieta la posible solución como un principio para bajar de peso, y llegado el momento, nunca siendo suficiente el peso que se ha conseguido bajar, se vuelve un factor perpetuante por excelencia, reforzando los rituales y las creencias apoyadas en mitos y estrategias alimenticias compartidas (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

La inanición concretada a través de dietas genera cambios psicológicos en las personas, así lo demuestra un estudio realizado en los años 40 en el que se comprobó que la restricción alimentaria generada por dietas deriva en reales cambios en la personalidad de los seres humanos llegando a tener comportamiento “aberrantes” con la comida (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011). Por tanto la dieta restrictiva es además de cómo se verá un factor perpetuante, también uno precipitante (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

2.3 Factores Perpetuantes.

Una vez gestado el trastorno del comer, la persona tiene ya consigo adquiridos una batería de hábitos y rituales puestos sobre la comida, los cuales consisten en el control de lo que estos alimentos tendrán como consecuencia sobre el cuerpo así como estrategias para evitar en todo momento acercarse a una imagen que han aprendido a ver como inaceptable. Son estos hábitos ya adquiridos en la persona con anorexia, los aspectos que refuerzan, perpetúan el trastorno, haciendo que en la línea del tiempo, cada vez sea aún más profundo el problema (da Silva, 2015). Las dietas, que como vimos líneas atrás, son en principio factores precipitantes, se presentan para este entonces, como factores perpetuantes por excelencia en la enfermedad (Crispo, Figueroa & Guelar, 2011).

Por lo tanto lo que en principio comenzó siendo la posible solución para el problema, termina convirtiéndose en lo que mantiene el displacer en la persona, siendo esto las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011). Es como si la dieta pasara a ser lo adictivo por sobre la comida en sí misma, ya que las personas con trastornos del

comer como la anorexia, ponen en un constante ideal la dieta restrictiva como el puente a esa meta que nunca es alcanzada.

El estado de desnutrición en el que se encuentra la persona para este momento, es a su vez otro factor perpetuante, y esto puede explicarse claramente desde lo biológico. La persona en esta situación, se encuentra con su cuerpo subalimentado, causando por tanto un malestar generalizado, en primera instancia desde lo físico, la persona está débil y cansada, tiene fatiga, intolerancia a ciertos contextos, malestar intestinales, problemas de visión y audición entre otros; desde lo emocional el estado anímico en si está ampliamente descendido, emocionalmente la persona se encuentra con elementos que la llevaron a la situación junto a aquellos que cree le dejaron en un futuro en la meta para así estar tranquila, pero que en realidad, están reforzando la problemática (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

Otro factor perpetuante en la anorexia son las maneras de compensación sobre lo que la persona entiende estuvo por fuera de los hábitos ahora aceptados para llegar a la estética y peso esperado. Las personas con este problema realizan distintos rituales que refuerzan el problema. Uno de ellos es el exceso de ejercicio diario (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011).

Surge entonces mencionar, en el caso de la anorexia con accesos purgativos, las purgas como factores reforzantes del trastorno, ya que se crea cierto círculo de índole vicioso, la persona se priva de comer, para luego recurrir al atracón, sentir culpa y purgarse mediante el vómito inducido o exceso de ejercicio, para más tarde sentir nuevamente hambre en demasía y continuar con el círculo, perpetuando la enfermedad y creciendo en síntomas físicos y emocionales (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

La desinformación es un factor que refuerza las falsas creencias sobre lo que es sano comer así como en qué cantidad. Al día de hoy, inmersos en la globalización, un factor perpetuante de orden social por excelencia son los medios de comunicación, mayormente internet, donde varias páginas pro Ana y pro Mía difunden rituales y estrategias para llegar a la recta final y así ser coronadas como princesas y príncipes anoréxicos. Se ha demostrado en la experiencia clínica que poseer una información cabal acerca de los problemas físicos y emocionales que se asocian con la mala alimentación constituye un primer paso fundamental para la modificación de estas conductas (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

CAP III: Actividad creativa en la intervención con anorexia

“El arte constituye el reino intermedio entre la realidad que deniega los deseos y el mundo de fantasía que los cumple (...).”

Freud.

3.1 Pulsión

Para entender el proceso de sublimación al que se quiere llegar en el presente capítulo es necesario realizar una breve reseña teórica que refiera a las pulsiones sexuales que dan origen a este concepto. Para el psicoanálisis estas pulsiones son relevantes para la realización del proceso de sublimación, por tanto para la realización creativa, sea esta artística o intelectual.

Sigmund Freud describe el concepto de pulsión desde fines del siglo XIX, explicándolo como una clase de inquietud endógena de orden biológico que refleja en consecuencia en el psiquismo mismo (Freud, 1905).

Freud (1905) explica la naturaleza de origen de esta fuerza abstracta y la imposibilidad de escapar de ella de la siguiente manera: “Puesto que no ataca desde afuera, sino desde el interior del cuerpo, una huida de nada puede valer contra ella” (p.114).

La pulsión forma por tanto parte de la regularidad de las personas como seres humanos, naciendo con estas pulsiones que impulsa a ciertos destinos, los cuales en la búsqueda de ser satisfechos, y luego al creer lograrlos, se reinventan para mantenerlos deseosos e inquietos hasta la muerte.

Si lo que sucede en una persona con anorexia es en parte a causa de una batería ya vista de factores fusionados de orden predisponente, precipitante y perpetuante, queda pensar que también hay algo del orden de las pulsiones que dirige esta auto agresividad al cuerpo en el que se vive, al cual se le impone la inanición.

Se trata por tanto de una energía sexual-libido que al no poder ser destinada como se desea en primera instancia, se mantiene en forma de pulsión y de manera inconsciente, busca una constante meta que satisfaga la fuente de pulsión para sentirse parcialmente acabada.

Para continuar se hace necesario aclarar en pocas palabras cuatro conceptos que envuelven al de pulsión siendo estos los de esfuerzo, meta, objeto y fuente.

Por esfuerzo se entiende a la carga, magnitud o suma de fuerza de trabajo que la pulsión misma representa en la persona.

Por meta se entiende a la satisfacción que se realiza cancelado el estado de empuje o estimulación en la fuente de pulsión. En casos de sublimación, que son los que interesan en este trabajo, se pueden identificar las llamadas pulsiones de meta inhibida, ya que la satisfacción está encontrando una desviación para su destino.

El objeto es con lo que o mediante que la pulsión logra su meta.

Finalmente la fuente se trata del proceso somático que se mencionaba más arriba, un estímulo iniciado en un órgano o parte del cuerpo, es reflejado o representado en la vida anímica del ser humano.

Clarificados brevemente estos términos del concepto de pulsión, se puede entender que las pulsiones de orden sexual denominados por Freud tiene por meta la realización de placer de órgano (Freud, 1915). Pero tratándose de personas que viven en sociedad, estas pulsiones están condicionadas a formarse en distintos destinos por algo más de orden defensivo.

Encontrándonos en la segunda tópica de Freud, es oportuno describir las tres instancias que se mencionan en esta en referencia al psiquismo, siendo estas el Yo, Superyó y el Ello. Para generar una direccionalidad más inmediata en este trabajo se desarrollara brevemente el concepto de superyó, al cual Freud (1923) señala como iniciado luego del sepultamiento del complejo de Edipo. Este refiere al deseo del niño o niña hacia alguno de sus progenitores. Este periodo llega a su fin luego de aproximadamente la primera media década de vida del niño. Con ayuda de las restricciones impuestas por parte de sus padres en colaboración con la educación social impartida por el contexto sociohistórico en el que se está viendo inmerso los deseos sexuales pulsionales se mantendrán restringidos en ciertas instancias psíquicas del individuo: "...se edificaran en la infancia los poderes destinados a mantener la pulsión sexual dentro de ciertas vías" (Freud, 1905, p.212). Cabe aclarar que el deseo es censurado hacia la expresividad exterior, no así expulsado del niño, por lo que se buscara la manera de satisfacerlo de alguna manera.

El superyó por tanto, comienza su construcción de la mano de los mandatos sociales y éticos en que el niño se encuentra envuelto. Estas demandas de orden moral le serán recordadas constantemente, realizando en su persona el dominio de la censura de sus pulsiones sexuales en principio libres de expresarse para satisfacerse.

El superyó ahora presente en la persona mantiene una cara doble, por un lado protege a la persona de dar destinos sin censura a sus pulsiones sexuales exponiéndose a la acusación y crítica pública, mientras que por otro lado lo expone a un superyó que aboga al ello, a su instancia más ligada al placer que cualquier otra (Freud. 1923, p.23).

Por tanto, el conflicto estará por siempre en la persona, quien se encontrara entre sus deseos pulsionales internos y los mandatos aprendidos como necesarios para ser aceptado e incluido en la sociedad en la que se contextualizado. Encontramos por tanto al ser humano sin poder expresar sus pulsiones sexuales definidas por Freud, no pudiendo librarse de ellas. Freud explica que esa energía pulsional se libera de distintas maneras, una de ellas es a través del trastorno hacia lo contrario, otra la vuelta hacia la propia cosa, la tercera mencionada es la represión y por ultimo aquella que corresponde al presente trabajo: la sublimación, siendo este el destino al cual Freud menciona como el de orden más elevado entre los destinos de pulsión.

3.2 Sublimación

Continuando con Freud, el concepto de sublimación es explicado como el proceso que incluye: "(...) actividades humanas que aparentemente no guardan relación con la sexualidad pero que hallarían su energía en la fuerza de la pulsión sexual. Describió como actividades de sublimación principalmente la actividad artística y la investigación intelectual" (Laplanche y Pontalis, 1996, p.436).

En esta definición encontramos el por qué el autor la consideraba como el más elevado de los destinos de pulsión, ya que este al redirigir su meta, logra no solo una direccionalidad y una parcial satisfacción, sino que también puede lograr reconocimiento social, una valoración que no se obtendría si el destino de pulsión fuera otro.

En esta desviación a metas nuevas, la persona sin embargo, no logra variar en la intensidad de la fuerza de la pulsión, por lo que se puede lograr grandes trabajos intelectuales o artísticos empleándose tal proceso. Como evidencia histórica varios son los artistas reconocidos durante distintas épocas, que viviendo situaciones de depresión o sufrimiento corporal han realizado

grandes obras artísticas aclamadas y recordadas aun hoy. Sufrimiento análogo el cual puede estar atravesando un paciente con anorexia, tanto a nivel psicológico como físico.

A través de la sublimación, la pulsión se realiza en un nivel más socializado por lo que la persona logra expresarse dejando de lado la posibilidad de reprimir o expresarse de una manera no aceptada por la ética y la moral de la sociedad en la que vive. De igual importancia, a nivel interno, la sublimación funciona cual mecanismo de defensa que aliviana la intensidad de las pulsiones sexuales (Nasio, 2000).

La pulsión será llamada sexual si pensamos en su origen y en la naturaleza de su energía libidinal, y será llamada no sexual si pensamos en el tipo de satisfacción obtenida en el objeto que la procura (Nasio. 2000, p. 111).

Es importante por tanto considerar este respaldo teórico al momento de pensar nuevas maneras de intervenir en situaciones de anorexia o de algún trastorno de similar índole, considerar que las personas que se ven envueltas en situación de anorexia tienen una batería de pulsiones que por mantenerse ajustados a un tratamiento estandarizado y de imposición teórica así como práctica, podrían estar perdiendo la posibilidad de expresarse mediante algún medio artístico o intelectual. Con el destino sublimatorio a ese orden de pulsiones en principio sexuales y que le generan displacer así como una censura en la búsqueda de atención y complicidad en otro, el paciente con anorexia podría generar movimientos sobre su postura rígida sobre la alimentación y el tratamiento que está realizando.

3.3 Intervención con anorexia

A nivel intervención es entendido en la actualidad que no existe terapia eficaz de la anorexia nerviosa si no se es acompañado de un proceso de re-nutrición, así como de un restablecimiento de los hábitos correctos de alimentación (Crispo, Figueroa y Guelar. 2011).

El primer paso en casos de anorexia es poner al paciente en consulta con un médico clínico que evalúe mediante un chequeo médico completo la situación clínica del paciente. Dependiendo de la gravedad se pasará al tratamiento medicamentoso o no. En caso de no ser especialista en nutrición el medico deriva a nutricionista para que emplee un proceso de reeducación alimentaria así como la debida orientación a los padres (Crispo, Figueroa y Guelar. 2011).

Por tanto, se entiende que es necesario y fundamental como primer paso en casos de anorexia, el recuperar el estado físico del paciente, yendo desde lo nutricional hacia lo emocional. Luego de tratado lo físico, y tratado con posterioridad lo psicológico, se observaran aspectos de índole más

micro como la falta de contacto social, los problemas vinculares familiares, entre otros (Crispo, Figueroa y Guelar. 2011).

En casos de bulimia y trastornos alimentarios no especificados los grupos psicoeducativos son un paso importante para personas con trastornos del comer. Allí se imparte la psicoeducación necesaria para entenderse y entender al otro sobre lo que se está viviendo desde lo teórico, desde la información de lo que se está sufriendo. En casos de anorexia, que es en lo que se enfoca este trabajo, no es recomendable un grupo psicoeducativo ya que son pacientes que no se encuentran en condiciones de integrarse a un grupo en esta etapa del tratamiento; por lo que la psicoeducación es dirigida a los padres o tutores responsables, con o sin el paciente presente (Crispo, Figueroa y Guelar. 2011).

Siendo estos los pasos cronológicos al momento de hacer intervención en casos de anorexia, surge como propuesta en el presente trabajo el pensar al paciente con anorexia como un ser descripto páginas atrás, como persona que además de ser la conclusión de una fusión de factores de índole predisponente, precipitante, y perpetuante, es también una persona con una batería de pulsiones que lo impulsan a vehicular en la comida algo que pareciera ser más de orden dinámico, que está allí, generando displacer y que necesita de alguna manera u otra ser expresado, tal vez en esta fase de su vida a través de la inanición, o la obsesión con el cuerpo manteniendo conductas obsesivas compensatorias para ajustarse a mandatos sociales, entre otras cosas.

Luego de los pasos recientemente explicados a seguir en intervención con personas con anorexia, surge por tanto, el pensar en la posibilidad a modo de sugerencia, dirigida a los padres del paciente como a el paciente mismo, la idea de realizar actividades que impliquen alguna acción creativa por parte de este, con la cual pueda de alguna manera, dar visibilidad en el mundo exterior a algo más de su mundo interno.

3.4. La creatividad como acto de reparación desde Melanie Klein.

Es necesario para fundamentar este aporte, citar el trabajo de Melanie Klein el cual trata del proceso de desarrollo mental. Por tanto, se trabajará en esta parte del presente en la posibilidad de reparación en el paciente con anorexia.

Klein explica que el primer objeto para él bebe es el pecho de su madre, por lo que escindirá este en pecho malo y pecho bueno, encontrándose por tanto en una posición esquizoparanoide.

Conforme crece el niño construye su mundo interno introyectando y proyectando con ese primer objeto, dirigiendo sus impulsos hacia el exterior (Klein, 1946).

Luego de esta posición, Klein explica que procede la llamada posición depresiva, en la cual el niño llega a unificar en el mismo objeto tanto sus aspectos buenos como los malos, viendo al objeto como aquella totalidad en la cual conviven ambos lados. Se presenta la culpa y el duelo ya que se da una ansiedad depresiva la cual deriva de su temor a sus propios impulsos agresivos hacia el objeto, el cual aunque mantiene aspectos malos, puede dañarlo ya en su completitud.

Es en la posición depresiva que se da la actividad de reparación tan teorizada por Klein y que respalda la posibilidad de pensar en creatividad al momento de intervenir con pacientes con anorexia. Cabe aclarar que estas posiciones descritas por la autora, aunque se viene mencionando el grupo etario de la temprana infancia, son conceptos que se alternan durante toda la vida del individuo. Por tanto, a través de una creación artística, como se viene planteando, es posible que el "artista" dirija sus tendencias o impulsos destructivos hacia un afuera, hacia un espacio (hoja, lienzo, partitura, escenario, instrumento musical), en el cual puede encontrar el consuelo de reparar en cierta manera, lo que se siente se está poniendo en riesgo de manera interna por estos aspectos depresivos ya explicados.

Se puede pensar, por tanto, la posibilidad de que el paciente con anorexia, encontrándose en situación de creación artística, sea de manera regular o autodidáctica, pueda proyectar una parte de sí en el mundo exterior (en el escenario que conlleve el tipo de actividad que esté realizando), integrando ciertos aspectos de su persona que manteniéndolos sin exteriorizar no los habría podido integrar. En esa obra que el artista-paciente realiza lograría ver la fusión de aspectos amados y odiados de una misma persona, de sí mismo, en contraposición al típico pensamiento dicotómico y rígido que estos pacientes mantienen. En pocas palabras sería algo así como conforme se proyecta en el exterior, se hace una aproximación a restaurar el mundo interior.

Klein (1958) explica que a causa de la proyección el niño logra librarse de la posibilidad de verse sofocado por sus impulsos destructivos. Como se mencionó líneas atrás, siendo la posición esquizoparanoide así como la depresiva dos posiciones que se reeditan a lo largo de la vida, en la persona con anorexia la idea de proyectar desde lo Kleiniano puede ser una manera de acercarse a intentar restaurar esos aspectos destructivos de sí mismo.

Klein explica que el proyectar habilita la posibilidad de que el yo reciba algo que da vida (Klein, 1958). Por tanto, en ese plano en el que el paciente crea eso nuevo en ese espacio en blanco, en ese instrumento en que intenta seguir un orden de notas musicales, o en ese poema que escribe de manera desestructurada, puede estar reparando el objeto que siente ha dañado, generando un alivio parcial a su yo.

Se debe considerar la posibilidad de una satisfacción más parcial que completa, ya que no se debe olvidar que la reparación para Klein como la sublimación para Freud, son procesos que se realizan ya que los impulsos renunciaron a un fin de orden instintivo para redirigirse a una expresión más aceptada socialmente. Aunque no es la meta del presente trabajo hablar de una cura completa a través de la expresión artística en pacientes con anorexia, cabe valorar la posibilidad de acercarse a una mejor calidad de vida de la persona que sufre este trastorno alimentario. La cura en cierta manera está vinculada con acercarse a una reducción de ese espacio psíquico que está siendo dominado deliberadamente por el inconsciente de la persona (Hornstein, 1988).

Se trata de aceptar esos aspectos que incomodan en el mundo interno, y hacerlo puede implicar exponerse en un afuera en el que se pueda simbolizar algo que aun con palabras no se puede expresar, sino de maneras inconclusas y nocivas, como lo son las dietas estrictas y la inanición deliberada. La integración de la que habla Melanie Klein refiere a que además de la vinculación con lo instintivo vital, también se acepte la actuación del instinto de muerte.

Se maneja aun habiendo puesto de manera artesanal cosas del mundo interno en el mundo externo, cierta ansiedad que corresponde a la calidad preocupante y de culpa que se vivencia en la posición depresiva, es por eso que se recalca el aporte de la sublimación y de la proyección en un plano artístico como destinos de pulsión de satisfacción parcial, y no completa.

El mundo interno de la persona con anorexia se encuentra desorganizado, con ideas fallidas basadas en preconceptos, frases aprendidas, idealizaciones inalcanzables entre otros; este universo personal del paciente con tal problema, puede tener mucho que decir sin sentir que la palabra sea la manera en la que se encuentra más cómodo. La sublimación es el resultado de un mundo interno descontrolado y sin orden inmediato, con pulsiones que están necesitando ser dirigidas a un destino. Puede que el autoflagelo a través de la inanición sea el destino que encuentra en este momento esa persona con anorexia.

3.5. La creatividad como proceso inconsciente al mundo material.

Para entender de manera breve en que consiste el trayecto de creación en la persona, debemos citar a Hornstein (1998) quien explica que en primera instancia el artista (aquí paciente) opera con procesos psíquicos de orden primario para captar las representaciones que serán un núcleo en la obra que realice, generando una desorganización interior que lo lleva de manera casi inmediata a

una organización que ya lo pone en la segunda etapa, la cual consiste en llegar a visualizar esas representaciones con las que se conectó en un primer momento. Él dice "Hay una aprehensión perceptiva que permite fijarlas en el yo". Como tercer y último proceso menciona una "transposición elaborada de la imagen o del afecto" hacia el material artístico que se utilice para realizarse, sea un bastidor en blanco, una hoja para dibujar, un escenario o un instrumento musical. Stokes (1967) expresa: "el arte es una representación a los sentidos de una versión de los objetos interiores".

Es claro que el paciente que acceda a la posibilidad de vincularse con la expresión artística, cual sea específicamente, podría integrar al objeto que no permite restaurar su yo, pudiendo estar vinculado específicamente con la vehiculización que hace de la alimentación así como de cosas de orden de su historia vital. Se trata de un esfuerzo por representar lo que hasta ahora parece solo representable ante la denuncia en el peso del cuerpo, no pudiendo traducirse de otra manera más que con la inanición. La realización artística es una manera de retornar de aquello de orden reprimido y a causa de eso produce efectos (Hornstein, 1998).

Baudelaire citado por Manifiesta (1991) explica: se trata de "ir hasta el fondo de lo desconocido para encontrar lo nuevo, para hacer presente algo del orden de lo irrepresentable (...)"

Desde lo psicoanalítico la creación artística es una forma de retorno de lo reprimido y en función de eso produce efectos. Por tanto, el proceso creador supone un primer movimiento de cuestionamiento de lo ya constituido, de lo ya dado, y de algún tipo de apertura a nuevos interrogantes (Manifiesta, 1991). El paciente en situación de creación artística, sea en un momento pautado, o en un momento aleatorio de manera didáctica, se ve enfrentado a un nuevo espacio que debe ser llenado con simbología, la cual traduce de manera enraizada elementos del inconsciente, que pueden estar participando en su malestar actual. Atravesar fronteras de lo conocido es un "salto al vacío" lleno de incertidumbres e imprevisibles.

"Es el encuentro con esa irrupción de lo imposible como horizonte que abre e inaugura a la posibilidad de un movimiento de creación e invención para no quedar alienados en el saber del otro" (Manifiesta, 1991, p.29). Un saber del otro que se puede pensar como el discurso del profesional, el médico que trata al paciente desnutrido, el nutricionista que impone una dieta balanceada, el psicólogo que pregunta y escucha, perpetuándose el rol pasivo del paciente en toda la intervención.

Se puede lograr por tanto, a través de la expresión artística libre, una "habilitación a algo" latente en el paciente, el cual debe seguir con los pasos pautados del tratamiento para conseguir su alta o rehabilitación. La sugerencia de expresarse en el campo del arte, surge como posibilidad de tomar un rol más activo en su recuperación.

El paciente creador realiza en actividad entonces, un nuevo movimiento psíquico, en el cual el sujeto debe renunciar a ser capturado en ese registro de identificaciones imaginarias, a cristalizar en esas

imágenes su narcisismo (Manifiesta, 1991). Esas imágenes internas que confirman al paciente el ego narcisista, pueden verse perdiendo fuerza, generando nuevas cuestiones sobre sí mismo. Bien explica Manifiesta (1991): “Se instala entonces la posibilidad de tolerar un trabajo de ruptura en la continuidad de uno mismo, sobre la envoltura narcisista las imágenes ideales, romper los restos de la unidad imaginaria y dar emergencia a aquello que estaba velado (p. 31).

Alberto Ivern (1995) escribe:

El cuerpo es el escenario donde se teatraliza todo aquello que no puede ser puesto en palabras, expresado, reformulado, reemplazado por otro deseo. Allí esta, expuesta en la galería del cuerpo la creatividad de las contracturas, de las erupciones pultáceas, de las soriasis, verrugas, herpes, urticarias.

Se puede hacer una lectura de esto en el cuerpo de la persona con anorexia, la cual pone en su imagen la denuncia de su malestar interno, conclusión de factores múltiples que en una sociedad que endiosa la delgadez del cuerpo, perpetúa el malestar y las ideas estéticas inalcanzables.

En una búsqueda por el mejoramiento de la calidad de vida del paciente con anorexia, el acceso a actividades artísticas puede lograr la reconciliación del principio de realidad y el principio de placer, combinando elementos de su fantasía con los de la realidad, para esto resulta practico citar a Freud (1913): “El arte constituye el reino intermedio entre la realidad que deniega los deseos y el mundo de fantasía que los cumple (...)”.

Es posible entonces, que en esta acción creativa la persona pueda fusionar elementos de su mundo interno anhelados que no puede traducir más que con autoflagelo corporal a través de la inanición, llegando por tanto, a resultados menos displacenteros y que pueden lograr acercarse a una reparación parcial de su desorganización interna.

Tratándose el presente trabajo de la creatividad vinculada a la salud, no puede exonerarse a Donald Winnicot, quien explica en su trabajo sobre el vivir creador y la salud-enfermedad, la importancia que implica para los seres humanos el pensar creativo ante lo nuevo. Puede pensarse que eso nuevo para un paciente con anorexia es el ahora trayecto de recuperación, el cual implicara un chequeo constante durante un tiempo por parte de distintos profesionales, así como de un cambio que se verá en el espejo.

Winnicot (1979) menciona:

“Lo que hace que el individuo sienta que la vida vale la pena de vivirse es, más que ninguna otra cosa, la apercepción creadora, frente a esto existe una relación con la realidad exterior

que es relación de acatamiento, se reconoce el mundo y sus detalles pero solo como algo en que es preciso o encajar o exige adaptación”

Luego en su trabajo, menciona el concepto de espacio transicional, el cual consiste en un lugar originado entre el mundo interno de la persona y la realidad exterior, en ese tercer lugar, es donde se despliega esa fusión de la que el autor habla, donde lo interno y lo externo forman una creación personal, una significación del todo iniciado por uno mismo, lo cual, le permite sentirse dichoso de vivir (Winnicott, 1979)

Con respecto a esto, es preciso aclarar que el término creatividad se utiliza de manera más extensa, pero puede asociarse a la situación del paciente con anorexia, quien comenzando a cumplir un rol activo en su proceso de rehabilitación, puede continuar con una mejor calidad de vida.

Pichón Riviere trabajó teóricamente sobre la posible relación arte-locura. En una latente concordancia con lo planteado líneas atrás por Melanie Klein, Pichón explica que el proceso creador colabora con la extinción de la locura misma, así como el miedo de involucrarse en esta como también en la muerte misma. Así como Klein menciona el reparar algo que se siente roto, el autor menciona que al crear se re-crea el sentimiento de muerte, sea consciente como inconsciente. Esta actividad lleva a la persona que crea a hondar en sí mismo para llegar a respuestas que se verán puestas en la obra (Riviere, 1976).

Con actos sublimatorios la persona que sufre anorexia podría lograr traducir parte de su dolor interno, de orden negativo, en algo que puede apreciarse como estético (Riviere, 1976). La comunicación mundo interno y externo podría estar rehabilitándose con éxito, operando a través de un espacio en el que la persona siente es el espacio para poder expresarse sin límites ni condiciones.

Comentarios finales.

Queda abierta entonces la propuesta de la posible sugerencia a realizar actividades creativas en el proceso de intervención en casos de anorexia nerviosa. Una amplia plataforma teórica respalda la proximidad a la salud que se puede lograr con esto, sea en una actividad regulada por día y horario como en simple dominio autodidacta por parte del paciente.

Se considera fundamental continuar con los pasos ya internalizados para abordar esta problemática, por lo que el aporte del presente trabajo consiste humildemente en mencionar la posibilidad de

sugerir la libre expresión del paciente en el afán de lograr su empoderamiento como paciente activo, que tiene algo para contar y que puede encontrar varias maneras de hacerlo.

Una aclaración que corresponde refiere a la importancia del deseo real que el paciente debe tener para comenzar con un proceso desestructurado o condicionado de actividad creativa. Se menciona esto ya que es fundamental para que la acción creadora derive a destinos que alivianen el displacer, la existencia del deseo de hacerlo. Para esto es práctico citar a Deleuze (1987): "(...) un creador no hace más de lo que tiene absoluta necesidad".

Es importante también mencionar lo que Winnicott (1979) explica sobre el espacio transicional generado en el proceso creativo, el cual se gesta entre el encuentro del mundo interno del paciente con el mundo externo, donde se va exponiendo en símbolos. Para el autor, ese espacio transicional no es una paradoja que debe ser obligatoriamente resuelta, ya que si se intenta resolver se congela el diálogo que se da en la actividad misma por parte del paciente, llevándose todo a una doxa, a una ideología, a un saber, a una opinión. Por lo tanto, la presente propuesta no tiene como destino la intelectualización del producto acabado que realice el paciente en clases, taller o en sus momentos de ocio.

Aunque el foco en cuanto a lo creativo o sublimatorio refiere ha sido la expresión artística, no se debe dejar fuera la creatividad en la dimensión académica mencionada también por el mismo Freud (Freud, 1915). Tampoco es correcto exonerar la posibilidad de pensar al deporte como otra actividad sublimatoria.

A modo de resumen final los distintos autores que se han ido mencionando en el trabajo vinculan directamente al psicoanálisis con el arte, abriendo la posibilidad de pensar a este desde otra óptica distinta a valores creativos pertenecientes a personalidades excéntricas o intelectuales. Todos los autores parecieran coincidir con la actividad creativa por parte del ser humano con algo del orden de la descarga de energía, simbolización, reparación de elementos sentidos dañados, de resignificación misma de algo que si se deja sin tocar se manifestara de otras maneras menos sanas, por lo que resulta parecer útil el pensar la actividad creativa como sugerencia en intervención en casos de anorexia.

Por lo tanto, el presente trabajo se ha propuesto como un aporte informativo sobre el trastorno alimentario anorexia, para poder vincularlo a la actividad creativa como estimulación de bienestar en el proceso de rehabilitación.

Bibliografía:

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales-IV-TR. Barcelona: MASSON
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-V. Madrid: Médica Panamericana
- Cabral, M. S. (2006). Comprendiendo la Anorexia Nerviosa. Un camino hacia un mejor abordaje terapéutico. (Tesis de Grado). UCUDAL., Montevideo
- Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (2011). Anorexia y bulimia. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona: Gedisa
- Da Silva, V. (2005). La imagen corporal y su vinculación con la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa desde un abordaje Cognitivo Conductual. (Tesis de Grado). UCUDAL, Montevideo
- Deleuze G (1987). ¿Qué es el acto de creación? Conferencia llevada a cabo en el mes e mayo en la cátedra de los martes de la fundación FEMIS
- Del Bosque-Garza, J., & Caballero-Romo, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 398-409.
- Freud, S. (1905) Tres ensayos sobre teoría sexual. Obras Completas. Volumen VII. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1915) Trabajos sobre metapsicología. Obras Completas. Volumen XIV. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1915) Pulsiones y destinos de la pulsión. Obras Completas. Volumen XIV. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1923) El yo y el ello. Obras Completas. Volumen XIX. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1923) Teoría de la libido. Obras Completas. Volumen XVIII. Buenos Aires: Amorrortu
- García-Gamba, E. (2001). Complicaciones médicas en los trastornos de la conducta alimentaria. En E. García-Gamba, Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad (págs. 125-139). Barcelona: MASSON
- Garfinkel, P., & Kaplan, A. (1996). Psicopatología y trastornos de alimentación. En J. Buendía, Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales (págs. 371-397). Madrid: Pirámide.
- Hornstein, L. (1988) Cura Psicoanalítica y sublimación. Buenos Aires: Nueva Visión
- Ivern, C. (1995) La construcción del cuerpo, el espacio y el tiempo en el niño. Habana: Colombo
- Klein, M. (1933) El desarrollo temprano de la conciencia en el niño. Psikolibros. Bibliotecas de Psicoanálisis Obras Completas de Melanie Klein.
- Klein, M. (1946) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. Psikolibros. Bibliotecas de Psicoanálisis Obras Completas de Melanie Klein

- Klein, M. (1958) Sobre el desarrollo del funcionamiento mental. Psikolibros. Bibliotecas de Psicoanálisis Obras Completas de Melanie Klein
- Manifiesta, C. (1989). Creatividad y duelo, ponencia presentada al Coloquio Internacional: "Creatividad Arquitectura Interdisciplina", Universidad de Buenos Aires, julio de 1989.
- Morales, C. (1997). Estudio clínico y evolutivo de la anorexia nerviosa (Tesis Doctoral). Universidad de La Laguna, Tenerife.
- Moccio, F. (1991), Hacia la creatividad. Buenos Aires: Lugar editorial
- Moreno, S., & Villar, S. (2001). Características clínicas y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. En V. Caballo, & M. Á. Simón, Manual de psicología clínica infantil y del adolescente (págs. 261-289). Madrid: Pirámide
- Moreira, R. (2013). Anorexia Nerviosa: su relación con la imagen corporal. Montevideo. (Tesis de Posgrado). UCUDAL, Montevideo
- Nasio, J.D. (2000) Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis. Barcelona: Gedisa
- Portela, M., da Costa, H., Mora, M., & Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Revista Nutrición Hospitalaria, 391-399.
- Pontalis, J. (1996) Diccionario de psicoanálisis. Buenos aires: Paidós
- Stokes, A. (1967) La pintura y el mundo interior. Buenos Aires: Paidós
- Winnicott D- (1979) Realidad y Juego. Barcelona: Ed: Gedisa
- Winnicot D, Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. Escrito leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica, el 17 de marzo de 1954, Int. J. Psycho-Anal., vol. CXXVI, 1955. Bal M, .(2010) Arte para lo político. Numero 7 retóricas de la resistencia. Revista Estudios visuales. Recuperado de http://www.estudiosvisuales.net/revista/pdf/num7/03_bal.pdf

