



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

Trabajo Final de Grado

-Monografía-

Anorexia Nerviosa: más allá de un trastorno alimentario

Mariana O'Neill. C.I.: 4.419.306-3

Tutora: Prof. Adj. Nancy López

Montevideo, Uruguay
Julio 2015

Índice

| | |
|---|----|
| Resumen..... | 1 |
| Introducción..... | 2 |
| Anorexia Nerviosa..... | 3 |
| Factores multicausales de la Anorexia Nerviosa..... | 6 |
| Identidad y adolescencia..... | 9 |
| Primeros vínculos y las fallas narcisistas..... | 13 |
| Dependencia y adicción..... | 16 |
| Pulsión de muerte, Omnipotencia y Desmentida..... | 19 |
| ¿Es posible la terapia psicoanalítica para la anorexia nerviosa?..... | 23 |
| Reflexiones finales..... | 26 |
| Referencias..... | 28 |

Resumen

La presente monografía se centra en la anorexia nerviosa, la cual es considerada como una de las grandes perturbaciones alimentarias junto a la bulimia. Los síntomas de la anorexia se pueden descubrir fácilmente ya que se manifiestan corporalmente, pero la apariencia física no puede delatar que hay detrás de cada persona que los presenta.

Dentro de una línea de pensamiento psicoanalítica y tomando como eje el surgimiento en la etapa de la adolescencia, se profundiza en aquellos aspectos vinculados a la propia historia del sujeto que estén en juego a la hora de pensar en el origen de la problemática, así como los conflictos actuales característicos de dicha época de cambios.

Se hace hincapié en las primeras etapas, en donde la temática de la separación, las fallas narcisistas, y la problemática de la dependencia, son determinantes para la anorexia nerviosa. En la construcción de la identidad estos aspectos tienen un papel primordial ya que se reactualizan y pueden dar lugar a este trastorno alimentario.

Palabras claves: Anorexia nerviosa, adolescencia, identidad

Abstract

This particular paper is focused mainly on anorexia nervosa. This disposition is considered, alongside bulimia, to be one of the bigger eating disorders. The symptoms of anorexia can be easily seen as they present themselves physically, however these do not reveal what is inside of said individual.

If adolescence it is assumed as the starting point, following the psychoanalytical belief, it is required a deeper understanding of the individual's history when searching for the origin of the problem, likewise the current conflicts typical of this volatile stage in life.

It is given a focal point to the initial phases, in which the theme of separation, narcissistic tendencies and issues of dependency are triggers for anorexia nervosa. These aspects are critical on the formation of one's identity as they reoccur in adolescence and can lead to this disease.

Key words: Anorexia nervosa, adolescence, identity

Introducción

Ante la gran cantidad de casos que padecen de trastornos alimentarios, nace el interés por hacer una búsqueda bibliográfica sobre la anorexia nerviosa en donde puedan encontrarse algunas respuestas a tantas interrogantes que surgen. La primera pregunta que naturalmente se desprende es ¿cómo llega una persona a tomar el camino de la anorexia? ¿Se puede hablar de que sea una elección? Si fuera así, ¿Qué motivos pueden estar detrás?

Un elemento importante a tener en cuenta es considerar cuánto influye el paradigma ideal de belleza que está presente hoy en día, por lo que se desprende la pregunta ¿es la sociedad la responsable de que irrumpa la anorexia en un sujeto? Dado que no todas las personas que se preocupan por su propia imagen terminan con este tipo de trastorno, se tratará de abordar cuáles son los aspectos de la propia historia de vida, que pueden llevar a esta problemática.

Por lo tanto esta monografía se centra en aquellos aspectos del sujeto que pueden estar en juego, como ser el conflicto de los vínculos primarios y los desafíos y problemáticas propias de la adolescencia, etapa en la cual se hará hincapié en el trabajo. Otras interrogantes surgen y se intentará dar respuesta a lo largo del desarrollo: ¿En la anorexia se pierde realmente el apetito? ¿Qué lugar ocupa la pulsión de muerte en estos casos? ¿Es posible pensar en una terapia psicoanalítica?

Debido a que las estadísticas muestran que la mayoría de los casos de anorexia nerviosa se registran en mujeres, para el trabajo monográfico se escogió basarse en el género femenino.

Cabe señalar que el presente trabajo, es de enfoque psicoanalítico, tomando fundamentalmente los aportes de Philippe Jeammet.

Anorexia nerviosa

Para comenzar, se considera importante mencionar la definición de los trastornos alimentarios y sus principales características.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), incluye dos trastornos alimentarios específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Éstos se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria y una característica esencial de ambos es la alteración de la percepción del peso y la forma corporal (DSM IV, 2003). Se puede afirmar como sostiene Sobral (2011) que la anorexia y la bulimia son dos caras de una enfermedad de origen psíquico. Si bien ambos trastornos tienen mucho contenido como para profundizar y analizar, para este trabajo se seleccionó centrarse en la anorexia nerviosa. El motivo principal de la elección, es que se puede pensar como el más estricto y rígido de los trastornos alimentarios, donde las personas que lo presentan tienen un gran control y voluntad, mientras que los sujetos con bulimia se comportan más impulsivos y pierden el control con los atracones.

El término de anorexia proviene del griego anorexis, compuesto de a. sin, n. letra de enlace, y orexis, apetito, ganas de comer (Corominas, 1987, citado en Tato, 2006). Por esto, se puede inferir que el significado de la palabra es “sin apetito”, pero surge la interrogante ¿realmente la persona con anorexia pierde el apetito? Se puede afirmar que la persona anoréxica se impone una dieta de hambre en donde hay una restricción voluntaria de no comer. Por eso, es posible afirmar que el término “anorexia” es equivoco, porque es raro que haya una pérdida del apetito (DSM IV, 2003).

Se considera relevante realizar un breve recorrido histórico respecto al surgimiento de la anorexia. Varios autores (Martínez, 1998; Amigo, 2003; Recalcati, 2004; Sobral, 2011) sostienen que la existencia de los primeros casos conocidos como la restricción voluntaria de alimentarse, remontan a la Edad Media. La mayoría de éstos, estaban ligados a motivos religiosos, y al sexo femenino, lo que se conocía como las mujeres ayunadoras (Sobral, 2011). En muchas culturas, el ayuno se ha considerado como un acto de purificación y de combatir el pecado.

En 1689 Richard Morton realiza las primeras descripciones de lo que hoy se conoce como anorexia, describiendo el caso de dos jóvenes que voluntariamente restringieron su alimentación (Amigo, 2003). Pero la invención nosográfica del concepto de anorexia como tal, tiene su origen en la segunda mitad del 1800 (Recalcati, 2004).

Fue Charles Lasegue en 1873, el primero que denominó a la anorexia como un fenómeno clínicamente específico. Este incluyó a la anorexia en el ámbito de la histeria, denominándola como “anorexia histérica” (Recalcati, 2004). Por otro lado, William Gull en 1874, adjudica formalmente el concepto de *anorexia nervosa* (Amigo, 2003). Con este término, el objetivo fue enfatizar no tanto la naturaleza orgánica, sino lo emocional y psicológico del trastorno. (Amigo, 2003).

Por lo tanto, se puede afirmar que “la anorexia entra desde ese momento, y en forma indiscutible, al campo de lo psíquico” (Martínez de Bagattini, 1998, p. 2).

Luego de haber visto la etimología de la palabra, y su lugar en la historia, es fundamental hacer hincapié en las características específicas de este trastorno alimentario.

Las personas con anorexia nerviosa tienen una imagen distorsionada de su cuerpo, lo cual lleva a que se vean a sí mismos con sobrepeso, cuando en la realidad están severamente delgados (American Psychological Association, 2011). Generalmente se niegan a comer desarrollando malos hábitos, como no querer comer frente a otras persona y realizando ejercicio de forma compulsiva (American Psychological Association, 2011).

García (2011) afirma que la anorexia nerviosa se define por la Tríada de las tres A: Anorexia, Adelgazamiento y Amenorrea. A esto agrega que se le suma la alteración de la imagen corporal. “Los síntomas asociados son: Hiperactividad física, hiperinterés en la esfera intelectual y desinterés masivo en el dominio afectivo y sexual”. (García, 2011, p. 102)

El DSM-IV (2003) define las características esenciales de la anorexia nerviosa como “el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo”. (DSM IV, 2003, p. 653). Junto a estas características también se menciona que las mujeres con este trastorno, sufren de amenorrea, la cual se asigna por la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. En el caso de niñas prepuberales, la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia (DSM IV, 2003). Estas características mencionadas, forman los criterios para el diagnóstico de Anorexia nerviosa según el DSM-IV.

El rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal acorde a la talla y la edad de la persona, puede darse por una pérdida de peso, o porque en el periodo de crecimiento no se logre el aumento de peso normal (DSM IV, 2003). La Organización

Mundial de la Salud, en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión CIE-10 (1992), considera como uno de los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa, la pérdida de peso significativo con un índice de masa corporal inferior a 17,5 kg/m².

El miedo intenso a engordar que sienten estas personas, es difícil que desaparezca, incluso cuando el individuo pierde peso (DSM IV, 2003). La alteración que tienen de la imagen corporal se manifiesta en algunas personas en que se ven obesas, y otras saben que están delgadas pero igual así sigue su preocupación ya que sienten gordas algunas partes de su cuerpo, “el nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina...” (DSM IV, 2003, p. 654).

El DSM IV (2003), distingue dos tipos de anorexia nerviosa. Uno, de “tipo restrictivo”, en el cual la persona no recurre regularmente a atracones o purgas, es decir que la pérdida de peso se daría sobre todo por la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo, evitando alimentarse o haciéndolo limitándose a pocos alimentos.

El otro es el “tipo compulsivo/purgativo” en el que el individuo sí recurre a los atracones o purgas (por ejemplo provocándose vómitos, usando excesivamente laxantes, etc.) (DSM IV, 2003). En este caso, vale destacar que los atracones no suelen ser tan grandes como en la bulimia.

Es importante, tener en cuenta el diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa planteado por el DSM IV (2003), ya que la pérdida de peso se puede dar por otras causas, como por ejemplo en algunas enfermedades médicas, pero éstas se diferencian de la anorexia nerviosa por no tener una imagen distorsionada de su cuerpo, ni desear adelgazar más. Lo mismo sucede con el trastorno depresivo mayor, en el cual puede suceder que haya una gran pérdida de peso, pero la mayoría de las personas con este trastorno no desean adelgazar ni temen engordar.

La Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (en adelante, ALUBA) describe el perfil del paciente anoréxico, donde se pueden ver ciertas características comunes como ser la caída del cabello, hipotensión-hipotermia, el rechazo a la sexualidad, realización de hiperactividad para bajar de peso, el aislamiento social, el carácter se vuelve irritable, entre otros (ALUBA, s.f). En cuanto al alimento en sí, y lo vinculado al momento de comer, tienen la tendencia a cortar los alimentos en pequeños trozos, comer lentamente masticando excesivamente antes de tragar, optando por pequeñas porciones y contando las calorías, llegando a escupir o

esconder la comida. También, pueden consumir anorexígenos, laxantes y/o diuréticos, o vomitar, pero esto corresponde al tipo compulsivo/purgativo (ALUBA, s.f).

En el DSM-IV (2003) se destaca que más del 90 por ciento de los casos de anorexia nerviosa se observa en mujeres, y que típicamente se inicia hacia la mitad o finales de la adolescencia, entre los 14 y 18 años. Esto no quita que tanto mujeres como hombres grandes e incluso niños, también puedan tener este trastorno. La prevalencia de la anorexia nerviosa entre hombres es una décima parte de las mujeres aproximadamente (DSM IV, 2003).

Para la producción de este trabajo se eligió basarse en el género femenino, teniendo en cuenta que la mayoría de las personas que padecen de anorexia nerviosa son mujeres. También se escogió centrarse en la etapa de la adolescencia, considerando que frecuentemente es en dicha fase en donde irrumpe el síntoma.

Luego de haber presentado las características diagnósticas y particulares, son varias las interrogantes que surgen: ¿Qué lleva a una adolescente a padecer anorexia nerviosa? ¿Por qué se desencadena mayoritariamente en la etapa de la adolescencia?

Factores multicausales de la anorexia nerviosa

Una de las características de este trastorno alimentario, como afirma Jeammet (1994a), es que sea trans-nosográfico y trans-estructural. Con esto, refiere a que el cuadro clínico de la anorexia nerviosa, no está formado por una estructura psicopatológica determinada, sino que se presenta en distintas personalidades, “se puede decir que los anoréxicos son histéricos, fóbicos, obsesivos, borderline, narcisistas, perversos, psicóticos; todo se puede decir” (Jeammet, 1994a, p. 7).

¿Qué lleva a una adolescente a padecer anorexia nerviosa? ¿Cuál es el motivo que las lleva a la decisión de dejar de comer? Tales interrogantes no parecen tener una respuesta sencilla. Es posible afirmar, que no haya un motivo único y lineal que lleve a una adolescente a desarrollar este síntoma, sino que sea multicausal.

Se puede pensar, que la anorexia nerviosa tiene un comienzo progresivo, insidioso, ya que no es posible que se pueda bajar de peso tan abruptamente, ni se instale tan rápido el miedo intenso a engordar, la distorsión de la imagen corporal, y el rechazo a mantener el peso corporal en el valor mínimo normal o por encima de éste. Es decir, no es algo repentino, sino que se puede pensar como algo creciente. Puede ser posible, que suceda que la negación del entorno, sobretodo familiar, haga que este

trastorno alimentario vaya avanzando y se consulte cuando ya está instalado hace tiempo.

Si bien no es algo repentino, puede ser que para la familia la gravedad aparezca de un momento para el otro, cuando el cuerpo se encuentra en un estado de evidencia que no está dentro de los parámetros normales de lo que se considera saludable.

Martínez de Bagattini (2002), al plantearse la interrogante sobre qué adolescente es capaz de devenir anoréxica, desarrolla tres ejes distintos; la influencia de lo social, la estructura familiar y la estructuración psíquica y psicopatológica.

En cuanto a la realidad de que hay más mujeres que hombres con anorexia, se puede pensar que una de las cuestiones es el hecho del ideal de delgadez en el cuerpo femenino que se transmite en la sociedad. Como sostiene Recalcati “una posible respuesta implica la incidencia particular del discurso social sobre el sujeto, que en los últimos años incentivó la importancia del cuerpo-delgado como semblante fundamental del ser femenino”. (Recalcati, 2004, p. 129).

Martínez de Bagattini (2002) sostiene que la sociedad solo puede hacer que se desencadene un cuadro de anorexia en aquellas jóvenes que tienen fallas en la estructura del psiquismo, “...estructuras ‘frágiles’, fundamentalmente estructuras narcisistas”. (Martínez de Bagattini, 2002, p. 2).

Con esto se puede pensar que no alcanza solo con la idea de que el paradigma de belleza que la sociedad impone, la importancia que se le da a la imagen, sea motivo suficiente por la cual las adolescentes se conviertan en anoréxicas. Gutman (2014), afirma que cuando un tema social se pone de moda, abundan las opiniones y nos ponemos fácilmente todos de acuerdo para encontrar culpables externos, como ser en este caso, “suponemos que la culpa es de los medios de comunicación que avalan la delgadez” (Gutman, 2014, p. 246).

Hay que tomar en cuenta, que detrás de cada una de ellas, hay una historia de vida y distintas significaciones que las han llevado a este trastorno alimentario. Sin duda que todo el ideal estético que hay en la sociedad, en donde se le da gran valor a la imagen del cuerpo, exponiendo a modelos con cuerpos “ideales” muy delgados, influye en que muchas adolescentes quieran adelgazar, pero para llegar a una anorexia nerviosa vale pensar que hay algo más.

Como sostiene Gutman (2014), los parámetros de belleza femenina ligados a la delgadez, simplemente permiten que la anorexia se realice por la aceptación que se les da en la sociedad a estos modelos. Es decir, que más allá que tengan aprobación por estos criterios, no es el motivo principal que impulsa a que se lleve a cabo este trastorno.

Suele parecer más fácil, culpar a la sociedad de ser la causante, antes que mirar a los factores familiares e intrapersonales, que pueden haber sido mucho más significantes a la hora de conformar la problemática. Se puede pensar que las personas con anorexia nerviosa son de estructuras frágiles, y que éstas adolescentes tienen una gran vulnerabilidad, por lo cual son susceptibles frente a los cambios, a las situaciones nuevas.

En lo que respecta a los factores familiares y los vínculos con los padres, Martínez de Bagattini (2002) destaca que en base a la experiencia clínica sobre estos casos, se ha visto que los vínculos en la familia tienen comúnmente pactos y alianzas mortíferas que se manifiestan a través de la enfermedad de la hija. Por otro lado, afirma “pensamos también que existen trastornos vinculares precoces entre la madre y la hija que padecerá una patología alimentaria severa” (Martínez de Bagattini, 2002, p. 3).

Así, se puede pensar que “la anorexia no funciona sólo como una barrera para que la comida no traspase, sino que opera también en todas las relaciones afectivas”. (Gutman, 2014, p. 221). Martínez de Bagattini (2002) sostiene que frecuentemente estas pacientes tienen recuerdos de haber sufrido sentimientos de minusvalía en su niñez, y para las madres, estas hijas por alguna razón, no han podido satisfacerlas narcisísticamente. De esta forma, el trastorno vincular con la madre generaría fallas en los soportes narcisistas.

Es llamativo el hecho de que comúnmente, para la gente por fuera del círculo familiar, éstas adolescentes aparentan ser normales, “en su mayoría, estas jóvenes se muestran complacientes de cara al exterior y su currículum académico cuenta con muy buenas calificaciones” (Amigo, 2003, p. 111).

Como sostiene Amigo (2003), el alto nivel de autoexigencia, y el perfeccionismo, pueden ser dos aspectos muy importantes de la anorexia, debido a que su combinación con un ambiente familiar en que se fomente excesivamente el logro, podría ser la mezcla necesaria para que irrumpa el problema.

Por último, en cuanto a la estructuración del psiquismo en estas adolescentes anoréxicas, se puede ver como hay ciertas estructuras psicopatológicas que se asocian más comúnmente a los trastornos de la alimentación. La gran parte de estas adolescentes padecen también de patologías en su estructuración psíquica (Martínez de Bagattini, 2002). “El tipo y severidad de trastorno de personalidad, es el factor pronóstico más importante para todos los tipos de tratamiento que se ha intentado en pacientes con severos trastornos de la alimentación” (Martínez de Bagattini, 2002, p. 4). Así, es trascendente evaluar la “presencia o ausencia de integración de la identidad, las estructuras defensivas dominantes y la cualidad de las relaciones objetales” (Martínez de Bagattini, 2002, p. 5).

Martínez de Bagattini (2002), sostiene que la depresión es un síntoma prevalente en las adolescentes con trastorno de la alimentación, por lo tanto es importante diferenciar trastornos afectivos mayores de depresión caracterológica. Se puede sostener que las pacientes con organización de personalidad neurótica, así como los trastornos de personalidad de nivel más elevado, tienen mejor pronóstico (Martínez de Bagattini, 2002).

Para finalizar, se puede ver como la anorexia nerviosa es un entramado de causas. Es decir, no hay un solo factor que se le pueda adjudicar al motivo que lleva a una adolescente a decidir dejar de comer. Son varios los factores que desencadenan el cuadro, y es importante poder pensar en la singularidad de cada caso.

Identidad y adolescencia

“La auténtica <crisis adolescente> se refiere ante todo a la identidad, identidad con apellidos: corporal, de género y mismidad que emerge como producto de sucesivas identificaciones” (Caparrós y Sanfeliu, 2004, p. 124).

Se puede ver como varios autores (Jeammet, 1995; Brusset, 1996a; Calabuig, Campos y Muiño, 2002; Recalcati, 2004; Tato 2006) coinciden en que la adolescencia es el momento por excelencia en donde suele surgir la anorexia. Respecto a esto surgen las interrogantes: ¿Por qué las estadísticas muestran que generalmente surge en esta etapa? ¿Qué es lo que hace característica a ésta para que se desencadene el trastorno alimentario?

La etapa de la adolescencia, se puede entender como una época de transformaciones, en la cual se dan modificaciones tanto a nivel corporal, como a nivel emocional, en donde los adolescentes deberán enfrentarse a situaciones nuevas que lo harán reconstruir su propia identidad. Así, es un fenómeno necesario que éstos se pregunten cuál es su identidad (Jeammet, 1995). Se puede pensar que las anoréxicas son vulnerables, susceptibles a las situaciones nuevas, y esto se manifiesta en este periodo al vivenciarse tantos cambios.

Brusset (1996b), en la supervisión de un caso clínico de anorexia, afirma que apareció en el momento típico: “la adolescencia imposible de transitar, la adolescencia como transformación a partir de la transformación del cuerpo” (Brusset, 1996b, p. 12). El entrar en esta etapa, es también como sostiene Sobral (2011) el encuentro con la sexualidad, lo que implica no solo la relación con el partenaire sexual sino también la temática de la identidad sexual, debiendo lidiar con la bisexualidad.

Jeammet (1994b) afirma que los trastornos de la conducta alimentaria ocupan una posición de encrucijada entre la infancia y la edad adulta, lo cual se refleja en el hecho de que aparezca en la adolescencia. “Esta posición de encrucijada revela el vínculo probable entre esos trastornos y los procesos de cambio” (Jeammet, 1994b, p. 26). Entre estos cambios, está implicado el acceso a la autonomía.

Los trastornos alimentarios, también son una encrucijada entre lo psíquico y lo somático, entre lo individual y lo familiar, y entre lo individual y el grupo social (Jeammet, 1994b).

Se puede pensar que las personas con anorexia expresan corporalmente las dificultades para entrar en la adolescencia, por su imposibilidad de expresar psíquica y representacionalmente los problemas (Jeammet, 1994b). De esta forma, tienen una “... necesidad de recurrir a una expresión actuada comportamental y a una inscripción corporal” (Jeammet, 1994b, p. 26).

La imagen corporal que da una anoréxica es más parecida al cuerpo de un púber, ya que por su delgadez ha perdido las curvas que caracterizan al de una mujer. Con esto surge la interrogante ¿ese cuerpo parecido al de un púber puede estar expresando los conflictos que le genera crecer? Es decir, manteniendo su físico más parecido a éste ¿no es una posible forma de interpretar las dificultades que genera entrar en la adolescencia?

Jeammet (1995) sostiene que la adolescencia lleva a la pregunta acerca de la solidez de las bases de la identidad del niño. Con esto se puede pensar, como sostiene

Recalcati (2004), que la infancia y adolescencia son dos tiempos fundamentales en la constitución del sujeto.

Siguiendo estos planteos se concluye que si en la adolescencia surge la anorexia nerviosa, se debe en parte a la existencia de algunos conflictos que provienen de la infancia. Es así que se puede afirmar que "... aunque la anorexia o la bulimia se desencadenen en la adolescencia, que es el caso típico de nuestra época, o en otro momento de la vida, tiene sus raíces en la infancia" (Sobral, 2011, p. 84).

Se puede afirmar que la identidad, se constituye en la interacción con el otro. Como sostiene García (2011) ésta se construye sobre todo en los avatares del vínculo temprano con la madre, y luego en la adolescencia. La mayoría de los trastornos que se dan durante la adolescencia pueden amenazar los sentimientos de continuidad y hacer cuestionar la propia identidad (Jeammet, 1995).

Jeammet (1995) plantea que la personalidad desde el punto de vista freudiano, se forma según dos ejes de desarrollo; por un lado el eje objetal o relacional, y el otro consiste en que existe una necesidad de diferenciarse del otro. En cuanto al eje objetal, refiere todo lo vinculado al relacionamiento con los otros, en donde vale destacar la importancia de la relación precoz de madre-bebe, "para ser uno mismo hay que alimentarse de los demás (...) el niño comienza por alimentarse del otro" (Jeammet, 1995, p. 163-164).

Por otro lado, se encuentra el eje de la necesidad de diferenciarse del otro, es decir poder afrontar la separación. En base a estos dos ejes, Jeammet (1995) habla de que existe una paradoja, ya que un eje implica poder afrontar la separación, es decir que el niño debe diferenciarse del otro, pero a su vez debe también alimentarse del otro, como lo indica el eje relacional. "Esta paradoja consiste en que la necesidad de nutrirse de los demás aparece opuesto a la necesidad de diferenciación y me parece que esta paradoja se reactiva de forma específica en la adolescencia" (Jeammet, 1995, p. 164).

Uno de los autores que desarrolla la temática de la separación, es Mahler (1990) quien habla de la fase separación-individuación, de la relación madre e hijo. Esta fase está compuesta por cuatro subfases.

La primera subfase es la diferenciación, la cual la autora adjudica que empieza a los cinco o seis meses y "se caracteriza por la disminución de la dependencia corporal respecto de la madre, que hasta entonces había sido total" (Mahler, 1990, p. 34). La segunda subfase es el periodo de ejercitación, en donde el niño aumenta la

ejercitación locomotriz y así se expande explorando el ambiente. La tercera subfase, es el reaceramiento, la cual Mahler (1990) plantea que el niño toma conciencia de que puede apartarse de su madre y esto “le provoca placer por su dominio (...) y le provoca también la angustia de la separación” (Mahler, 1990, p. 35). La cuarta subfase del proceso, es “el periodo durante el cual se alcanza un creciente grado de constancia objetal” (Mahler, 1965, p. 47). En esta subfase, se da la consolidación de la individualidad.

Mahler (1990) vincula a esta fase descrita, con la identidad, al afirmar: “el proceso normal de separación-individuación es el primer requisito decisivo del desarrollo y conservación del sentido de identidad” (Mahler, 1990, p. 12). Acerca de éste, Mahler (1990) sostiene que los comienzos del mismo, se pueden remontar a los primeros dos años de vida. En cuanto la génesis del posterior sentido de identidad, “la demarcación entre la imagen del cuerpo y la imagen del objeto (la madre) constituye el núcleo del proceso” (Mahler, 1990, p. 13).

Acevedo de Mendilaharsu (1987), al hacer mención sobre las relaciones de objeto precoces, afirma: “hay un hecho admitido por todos que es la necesaria diferenciación self-objeto en determinado momento del desarrollo, para el alcance de una identidad futura” (Acevedo de Mendilaharsu, 1987, p. 4).

Se puede ver como Mahler (1990) y Acevedo de Mendilaharsu (1987), al hablar de identidad, plantean que para el alcance de la misma, es imprescindible que haya una diferenciación primaria por parte del sujeto. Respecto a esto pueden surgir las interrogantes: ¿Qué sucede con la identidad si hay fallas en la diferenciación con la madre? ¿Cuánta incidencia tiene en el trastorno alimentario de la anorexia?

Siguiendo a Jeammet (1995) se puede pensar que las experiencias de separación durante la infancia van consolidando las bases narcisistas, que se reactivarían en la adolescencia y reaparecen en la temática de la identidad, en donde se reflejará lo constituido en la niñez. Uno de los rasgos más característicos de la adolescencia es la necesidad de distanciarse de los primeros objetos amorosos, los padres (Consoli, Jeammet y Reynaud, 1999).

Así, se puede pensar, en el caso de las anoréxicas, que éstas hayan tenido fallas significativas en el proceso de separación, lo cual les produce consecuencias, ya que se encuentran viviendo un periodo en donde se reafirma la propia identidad.

Primeros vínculos y fallas narcisistas

¿Cómo se puede pensar la estructuración narcisista de las adolescentes con este trastorno alimentario? ¿Las frágiles estructuras son propensas a generar el síntoma de la anorexia nerviosa?

Se puede pensar, que en los comienzos de la vida del sujeto, en la formación del aparato psíquico, los vínculos primarios, van a formar las bases fundantes de la persona. En cuanto a esto, Acevedo de Mendilaharsu (1987) afirma: “las primeras relaciones objetales ocupan en la serie que tiene lugar a lo largo de la vida, un lugar fundante en la estructuración del aparato psíquico y en el logro de la identidad”. (Acevedo de Mendilaharsu, 1987 p. 4).

En base a estos planteos de las primeras relaciones objetales, se puede pensar ¿Qué lugar ocupa la alimentación en los primeros años de vida?

La primera experiencia de alimento, es vivida a través de la madre. Por esto, se puede afirmar que la alimentación, tiene un papel fundamental en el establecimiento de los primeros vínculos con el otro-madre (Polto, 2002). El pecho de la madre (o en todo caso el biberón) es un objeto privilegiado por cumplir distintas funciones, ya que es el primer objeto de satisfacción y en torno a él se organiza la relación con la madre (Sobral, 2011).

Es así que en la relación madre-hijo, a través de la alimentación, el niño va experimentando las primeras experiencias sobre la satisfacción, el placer, pero hay que considerar que también experimenta lo contrario, como ser el displacer, la frustración. Es a través del encuentro de madre-hijo, y mediante las vivencias de satisfacción y de dolor, donde se establece la relación con el objeto (Espinal, 2002).

En base a lo que se ha mencionado, es posible plantearse ¿Qué sucede en el caso de las anoréxicas con sus vínculos primarios? ¿Cuánta influencia tiene en el desarrollo del trastorno? Es posible pensar que en el caso de la anorexia, haya una problemática de conflicto relacional con el objeto materno primario (Polto, 2002).

Las bases narcisistas de la persona, cumplen un rol lo suficientemente importante como para afirmar que si en éstas ha habido fallas, va a generar repercusiones a lo largo de la vida. Es posible sostener, como afirma Acevedo de Mendilaharsu (1987), que los conflictos narcisistas tempranos van a generar dificultades sobre todo en los periodos críticos, como lo es el de la adolescencia. Por lo tanto, el individuo al enfrentarse a los diversos cambios y reestructuraciones propias de

dicha etapa, pueden surgir grandes problemáticas que provienen de las fallas narcisistas.

Jeammet (1989) afirma que la adolescencia muestra las inevitables transformaciones de equilibrios anteriores, y se puede considerar como un cuestionamiento de éstos, “sobre todo a nivel de lo que servía de punto de apoyo al narcisismo, revelando por esto la naturaleza y el peso respectivo de estos soportes en la regulación del mismo” (Jeammet, 1989, p. 52). De esta forma, Jeammet (1989) sostiene que en los adolescentes más equilibrados, estos cambios se realizan en silencio, o no se producen en las organizaciones más fijadas desde la infancia. Con esto, se puede afirmar que la adolescencia revela, en algunas organizaciones la precariedad de las regulaciones narcisistas, y que el narcisismo es una construcción permanente, por lo que las fallas o modificaciones lo pueden poner en tela de juicio (Jeammet, 1989).

Como sostiene Jeammet (1989), los conflictos de los lazos con los objetos externos, fundamentalmente parentales, amenaza el equilibrio narcisista, mostrando así hasta qué punto éste se correspondería de cómo haya sido la calidad de las relaciones objetales.

Jeammet (1989) sostiene que en el sujeto existe un “eje narcisista” que constituye, y afirma la unicidad y continuidad del individuo, y que este eje no se puede constituir independientemente de la relación de objeto;

Cuánto más un sujeto haya logrado interiorizaciones de relaciones objetales aseguradoras, y haya constituido límites seguros y, por lo mismo, permeables a los intercambios entre el adentro y el afuera (...) más las bases de su narcisismo serán seguras y los reencuentros con los objetos serán más fáciles y constituirán fuente de aportes gratificantes y renarcisizantes (Jeammet, 1989, p. 52).

Con esto, se puede pensar lo que sucede en el caso opuesto, que sería que cuando hay fallas en la interiorización, el sujeto se vuelve dependiente de los objetos externos.

Jeammet (1989) plantea que cuanto más dependiente haya sido el niño, los objetos externos van a ser recursos narcisísticos aún más difíciles de utilizar, “surge así el riesgo de aparecer un antagonismo entre los lazos objetales y la salvaguarda del equilibrio narcisista en lugar de su complementariedad...” (Jeammet, 1989, p. 53).

En la adolescencia, la autonomía que se debe lograr respecto a los padres, supone una interrogación de las bases narcisistas, por lo cual los que tengan fallas en éstas van a necesitar nutrirse de éstos adultos que son su apetencia objetal (Jeammet, 1995). Así, la atracción y apetencia es tal que se vuelve en una amenaza de invasión (Jeammet, 1995).

Cuando narcisismo y relación objetal parecen oponerse, esto conduce al sujeto a ver al objeto como una amenaza narcisista, haciendo así que lleve a intentar borrar el lazo con el objeto (Jeammet, 1989). Así es que en una adolescente con fallas narcisistas importantes, se toma el objeto como un objeto de invasión, de amenaza, “la necesidad que tengo de otras personas amenaza mi integridad narcisista...” (Jeammet, 1995, p. 164). De esta forma la disyuntiva entre narcisismo y relación objetal podría pensarse como un elemento importante que estaría presente en la anorexia nerviosa. Como se mencionó anteriormente en el trabajo, la adolescente con este trastorno alimentario, tiene una gran vulnerabilidad, que siguiendo los planteos de Jeammet (1994a), sería una vulnerabilidad de los basamentos narcisistas.

Esta vulnerabilidad narcisista, Jeammet (1994a) la relaciona con que va a tener consecuencias en la investidura de objeto; “lo que es llamado la apetencia objetal será sentido como una amenaza narcisista” (Jeammet, 1994a, p. 8). Acá es donde se refleja la paradoja de la que habla el autor, la contradicción de necesitar, de desear ese objeto que es vivido como una amenaza. En el caso de la alimentación, las anoréxicas se privan de lo que les falta, lo que más desean.

Es por esto, que Jeammet (1994b) vincula los trastornos de las conductas alimentarias con las conductas relacionales, describiendo a estas como algo similar, “la relación con la alimentación es así, el prototipo del conjunto de las relaciones” (Jeammet, 1994b, p. 32). Es posible pensar que haya una analogía entre la relación que las anoréxicas tienen con la comida y su propio cuerpo, así como también con sus relaciones de objeto y sus modalidades de investidura en general (Jeammet, 1994b).

Jeammet (1989) afirma que está el riesgo a que haya un vuelco en el narcisismo negativo, “que se nutre del rechazo de los lazos objetales y conduce al autosabotaje de las potencialidades del adolescente como testimonian los trastornos del comportamiento tan característicos de esta edad” (Jeammet, 1989, p. 54). Esto podría pensarse que es lo que sucede con las adolescentes con anorexia nerviosa, en donde éstas rechazan las relaciones de objeto y se terminan atacando a sí mismas.

Se puede concluir que las primeras etapas del desarrollo emocional, van a influir directamente en el narcisismo. Es decir, que los trastornos vinculares precoces producirán fallas en los soportes narcisistas y se puede sostener que esto se reflejará en la etapa de la adolescencia, en donde se puede desencadenar la anorexia nerviosa.

Dependencia y adicción

“¿El adicto que afirma su plena libertad de destruirse, su independencia frente a los otros y al sistema, su capacidad de abstraerse de las necesidades más elementales aparentemente sin demanda ni necesidad de otra cosa que no sea su objeto de adicción, es autosuficiente o construye su espacio de dependencia piedra a piedra por temor al sometimiento del otro?” (Maurice Corcos, 2003, Citado en García 2011, p.103).

Varios autores (Consoli et al., 1999; Brusset, 1996a; Espinal, 2000; García, 2011), vinculan a los trastornos alimentarios con las adicciones. Se puede afirmar que uno de los aspectos que caracteriza a toda adicción, es el grado de dependencia que genera para la persona. Respecto a esto surge la interrogante ¿qué tienen en común los trastornos alimentarios con el resto de las adicciones?

Consoli et al., (1999) sostienen que uno de los trastornos de comportamiento son las conductas de adicción, que dan lugar a la absoluta dependencia, bajo el dominio sobre una necesidad imperiosa, y del objeto susceptible de satisfacer. Es dentro de estas conductas donde Consoli et al., (1999) ubican a los trastornos de conductas alimentarias, considerándolos uno de los tipos de adicción, junto al alcoholismo y la toxicomanía.

Las conductas de adicción se caracterizan por “el desplazamiento de las relaciones de deseos concernientes a personas o a sus representaciones fantásticas, sobre relaciones de necesidades ligadas a un objeto material de la realidad exterior: alcohol, droga, alimentos” (Consoli et al., 1999, p. 157). Se trata de personalidades dominadas por una problemática relacional oral, siendo la relación esencialmente material, y que genera seguridad y relativo bienestar para estas personalidades (Consoli et al., 1999).

Por los aspectos que tienen en común con las adicciones, Brusset (1996a) denominó a los trastornos alimentarios como “toxicomanías sin drogas”. El consumo de tóxicos y los trastornos alimentarios, como sostiene Brusset (1996a), son

comportamientos típicos de la adolescencia y enmascaran lo que pertenece al funcionamiento psíquico por la transformación de las relaciones del individuo. Estas conductas tienen en común la automatización de los comportamientos, los cuales son una repetición de actos que inciden en la economía pulsional y llevan a empobrecer la afectividad, la vida sexual, la fantasía y las relaciones del sujeto (Brusset, 1996a).

Espinal de Carbajal (2002), sostiene que en la anorexia hay una sobreinvertidura de la noción del cuerpo que es particular, pero que puede tornarse un carácter adictivo, donde se podría hablar de una adicción al ideal de delgadez.

Jeammet (1994a) afirma que el carácter de encrucijada de los trastornos alimentarios, revela la característica de la sensibilidad al medio, lo que él llama “la importancia de la dimensión de la dependencia” (Jeammet, 1994a, p. 7). La dependencia de las respuestas del ambiente, se produce por el fracaso de las capacidades internas de autodominio, y ésta traduce una vulnerabilidad de los basamentos narcisistas (Jeammet 1994a).

En estas conductas de dependencia, siguiendo a Jeammet (1994a), se puede ver un rasgo adictivo en la anorexia “más rechazo lo que necesito, menos puedo interiorizar, menos puedo alimentarme, más quedo dependiente y más debo rechazar” (Jeammet, 1994a, p. 8).

Jeammet (1994a) habla del “manejo perverso de la dependencia”, ya que en la dimensión perversa hay un deseo de usar al objeto con una modalidad puramente funcional, de dominio narcisista y así el objeto sirve solo para completar al sujeto.

Se puede ver que en el comportamiento adictivo, ese intento de encontrar un neo-objeto de sustitución, representa el ordenamiento de tipo perverso de la relación, “es un ordenamiento defensivo por el cual ellas se esforzaran por revertir su propio sentimiento de dependencia...” (Jeammet, 1994b, p. 34). Jeammet (1995) habla de las organizaciones perversas de la relación, en donde sustituyen la relación humana, por una relación en la que se va a tomar el objeto apresado.

Jeammet (1994b) destaca que estos comportamientos sobreinvisten el dominio de las sensaciones ligadas a la exterioridad, en oposición al intercambio afectivo, al dominio de las emociones, y la interiorización de los vínculos. Es decir que en la anorexia y las adicciones, se buscan sensaciones externas para reemplazar el vínculo libidinal interno investido, y sustituir las emociones intolerables (Jeammet, 1994b). En ambos se da la búsqueda de sensaciones corporales en detrimento de la vida afectiva (García, 2011). De esta forma, dichas sensaciones “protegen al sujeto del vacío interno

y del riesgo de perder ese objeto (...) de esa manera controla, manteniéndolo externo, sin dejarse penetrar por él” (Jeammet, 1994b, p. 35).

En estas situaciones, también se encuentra la vulnerabilidad depresiva, la dificultad para captar y expresar estados afectivos; los estados internos son transmitidos en sensaciones o estados corporales y un alto porcentaje de los casos tiene como antecedente alteraciones vinculares tempranas (García, 2011).

Se puede afirmar que la anorexia nerviosa se autorrefuerza; “al sujeto le queda entonces como único recurso para huir de su creciente dependencia y afirmar su identidad, el refuerzo de la conducta adictiva” (Jeammet, 1994b, p. 37). García (2011) destaca que “la dependencia, o la adicción debe ser concebida no sólo como un comportamiento desviado, sino como un proceso de regulación del equilibrio del sujeto, a través del comportamiento” (García, 2011, p. 105).

Como sostiene Brusset (1996a), la anorexia y toxicomanía, desde el plano psicopatológico, se pueden pensar como dos formas de respuesta en relación a una misma problemática: la de la adicción.

Sin embargo hay una diferencia que se puede destacar, como sostiene Jeammet (1994b) es que en el caso de la anorexia, sucede lo contrario al resto de las adicciones en cuanto a que el apaciguamiento no se busca como satisfacción directa, sino vinculado al triunfo que genera la no-satisfacción de la necesidad. “En la anorexia la saciedad está presente desde el principio como si la satisfacción de la necesidad alimentaria hubiera sido alucinatoriamente realizada...” (Brusset, 1995, p. 31).

Otra discrepancia que se puede pensar, es que en las adicciones para curarse se tiene que aprender a vivir “sin”, pero en el caso de la anorexia se tiene que aprender a vivir “con”, es decir poder convivir con el alimento, pudiendo lidiar así con la imagen corporal y el miedo a engordar.

La temática de la dependencia toma gran relevancia en las anoréxicas, en donde ellas al querer escapar de su propia dependencia, elijen un sustitutivo objetual material, pudiendo controlar a ese objeto. Así, el comportamiento de adicción reemplazaría la relación objetual, sustituyéndola por una relación de dominio, con fines utilitarios.

La dependencia, tanto en la anorexia como en las demás adicciones, está unida a una personalidad vulnerable, pudiéndose relacionar esa vulnerabilidad con las fallas de los vínculos tempranos.

Se puede pensar que el vacío interno que sienten, los haría buscar un sostén en el exterior, y una vez que encuentran ese y ven que son capaces de dominarlo, encuentran fuerzas para seguir reforzando su conducta, y por ende su dependencia.

Por último, vale destacar la observación de Brusset (1996a), el cual sostiene que la anorexia y las toxicomanías, más allá de las diferencias que puedan tener, en ambas las consecuencias somáticas implican daño y pueden conducir a la muerte.

Pulsión de muerte, Omnipotencia y Desmentida

Luego de haber hecho hincapié en las fallas de las primeras etapas, lo cual como se ha visto tiene gran lugar para la problemática de la anorexia nerviosa, surge la interrogante ¿qué lugar ocupa la pulsión de muerte en estos casos?

Freud introduce el concepto de pulsión de muerte en “Más allá del principio del placer” en 1920. Esta pulsión, representa la tendencia de todo ser vivo a volver al estado inorgánico (Freud, 1920).

En el Diccionario de Psicoanálisis, Laplanche y Pontalis (1981) afirman que “las pulsiones de muerte se dirigen primeramente hacia el interior y tienden a la autodestrucción; secundariamente se dirigirían hacia el exterior, manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva” (Laplanche y Pontalis, 1981, p. 336).

Vale destacar que el psicoanálisis, plantea una gran diferencia entre instinto y pulsión, siendo ésta última la que rige para el ser humano. El instinto por su parte, es propio de una especie animal, varía poco de un individuo a otro, y parece responder a una finalidad (Laplanche y Pontalis, 1981). Por otro lado, el concepto freudiano de pulsión, Laplanche y Pontalis (1981), sostienen que se instaura en la descripción de la sexualidad humana.

Recalcati (2004) afirma que uno de los aspectos específicos que distinguen a la pulsión respecto al instinto, es que en el montaje pulsional existen dos satisfacciones distintas. Una de éstas, es de tipo biológico-natural, y se vincula con la idea de una función instintiva y satisface específicamente una necesidad, y la otra es de tipo sexual que coincide con la realización de una satisfacción especial (Recalcati, 2004).

La pulsión a diferencia del instinto, “tiene un objeto caprichoso y su satisfacción no coincide con la de una necesidad” (Sobral, 2011. p. 105). Esto se puede visualizar

en el caso de la anorexia, que “no se trata ni del saber hacer del instinto ni de su fijeza” (Sobral, 2011, p. 105).

Se puede ver, como en las adolescentes anoréxicas hay un grado alto de destructividad, en donde al dejar de alimentarse se puede pensar que están en un juego permanente con la muerte: “la relación con el alimento puede estar profundamente perturbada de forma tal que el sujeto elija no comer y sea capaz de llevar esta elección hasta el extremo...” (Sobral, 2011, p. 105).

Se abstienen de algo tan elemental como lo es el alimento, una necesidad básica para toda la especie humana. El alimento en sí, no solo genera satisfacción, sino que también está montado de simbolismos y valoraciones que hacen que alimentarse vaya más allá de cubrir la necesidad básica del cuerpo.

Sin duda que en cada cultura hay distintas significaciones sobre la comida, y en las distintas sociedades hay particularidades específicas sobre el momento de comer. Como sostiene Polto (2002), en cada sociedad está vinculado el horario y ritmo de alimentarse, y éstas “determinan que el placer de comer no sea sólo personal, sino unido al intercambio y a la comunidad” (Polto, 2002, p. 241).

Recalcati (2004) afirma “... el comer no es simplemente aplacar el hambre sino que es además y sobre todo la asunción de las reglas de la convivencia, del estar juntos, del gusto, de la tradición familiar y cultural” (Recalcati, 2004, p. 51). El alimento está relacionado a la idea de compartir, se puede ver como la mayoría de los eventos están organizados alrededor de una comida. De esta manera puede pensarse como se va dando el aislamiento social en las anoréxicas, donde al querer evitar la comida y no querer comer delante de los demás, pueden dejar de participar de actividades sociales, aislándose.

Más allá de esto, con las diferencias que se pueda encontrar en distintos lugares del mundo respecto a la comida, hay un hecho que es para todos y es que sin alimento no se puede vivir. Es por esto que la conducta de las anoréxicas, no deja de ser una gran interrogante para quienes no padecen de este trastorno ¿Cómo puede una persona privarse de una necesidad básica como el alimento?

Dejar de alimentarse, lleva implícita la idea de que uno puede morir. Pensando en la historia de la humanidad, se puede ver cómo el hombre ha implementado distintas formas de torturas, como por ejemplo en el holocausto nazi, una de éstas era dejar de alimentar a los judíos, y así muchos murieron fruto del hambre. Esto se puede pensar como una muerte agónica, en donde la persona sufre la falta de alimento y lo

va padeciendo hasta el momento de morir. Esto era usado como una forma de destrucción hacia los otros, pero lo complejo de entender en la anorexia, es que la destrucción va volcada hacia uno mismo, es decir es un acto autodestructivo.

Es así que surge la asociación de la anorexia, restricción voluntaria de no comer, con la pulsión de muerte. Polto (2002), sostiene: “en los trastornos alimentarios la significación destructiva que puede adquirir la conducta alimentaria, no sólo apunta hacia el alimento, sino también al cuerpo del sujeto y pueden inscribirse en la imagen corporal, actitudes profundas respecto a la vida y a la muerte” (Polto, 2002, p. 242).

Rechazar el alimento constantemente, se puede pensar como un acto contranatural, un camino que conduce a la muerte. Por otra parte, así como se piensa la pulsión de muerte presente en estos casos, ¿no es lícito también pensar que puede estar presente la pulsión de vida? ¿Se podría pensar que este trastorno alimentario sea una forma de pedir ayuda, expresando con el cuerpo el dolor y la necesidad de ser atendidas y “salvadas”? De esta forma ¿no estarían apuntando también a la pulsión de vida? Relacionado a esto, Jeammet (1994a), sostiene que no piensa que haya una conducta suicida en estas adolescentes, sino que más bien lo considera como una defensa de éstas para sobrevivir.

Se puede notar las fantasías de omnipotencia que hay presentes en estas adolescentes, creyendo que pueden prescindir del alimento. Éstas niegan sus necesidades físicas y biológicas, creyendo que tienen un control sobre sí mismas, “la omnipotencia patológica para decidir permanentemente sobre si comer o no comer, qué y cómo, cuándo o en qué tiempo...” (Polto, 2002, p. 243).

Las anoréxicas quieren tener el control de sus deseos, manejando sus necesidades, y así trascender de lo que ellas creen que no necesitan: el alimento. La omnipotencia en la mayoría de las religiones monoteístas, es adjudicada como una de las características del Dios. En el caso de éstas, se diferencian del resto de las personas que no tienen esta problemática: “estas pacientes quedan sumidas en un profundo aislamiento del orden social, al punto de casi desdeñar la condición humana, presentándose como dioses sin necesidades, pero siempre insatisfechas” (Polto, 2002, p. 243).

Se puede pensar en lo paradójico de esto, porque mientras éstas se sienten que tienen el control de sus deseos y necesidades, pudiendo prescindir del alimento y de los demás, con esto se están aislando de su entorno, dañándose a sí mismas y restringiendo sus posibilidades de satisfacción.

En relación a esto, se puede ver como en ellas está muy presente la negación. Así como se mencionó que niegan sus necesidades físicas, también se puede pensar que niegan estar por fuera de los parámetros saludables, y el riesgo de muerte que esto conlleva. Todas las cosas que éstas niegan, se refleja en que también nieguen la necesidad que tienen del otro, así como la necesidad de todo deseo.

Desde el punto de vista psicoanalítico, Martínez de Bagattini (1997), afirma que el mecanismo de defensa que se puede ver en ellas es el de la desmentida. En el Diccionario de Psicoanálisis, no existe el término de desmentida como tal, sino que Laplanche y Pontalis (1981) utilizan el término de renegación, afirmando que fue usado por Freud para explicar el fetichismo y la psicosis; modo de defensa consistente en el que el sujeto rehúsa reconocer la realidad, de una percepción traumatizante, principalmente la ausencia de pene en la mujer”. (Laplanche y Pontalis, 1981, p. 363).

Como se puede ver, este término está descrito en relación a la castración. Freud lo vincula con la ausencia de pene en la niña, razón por la cual los niños van a renegar esta falta y creen ver un miembro (Laplanche y Pontalis, 1981). En el momento de pensar este concepto en relación a las anoréxicas, se puede vincular a que “la renegación no solo se refiere a una afirmación a la que uno se opone, sino también a un derecho o a un bien al que se rehúsa” (Laplanche y Pontalis, 1981, p. 365). Éstas se rehúsan a alimentarse, y como se mencionó anteriormente el alimento está montado de simbolismos y valoraciones que van más allá de la comida en sí.

Freud habla en la renegación de una escisión del yo, que en el caso del fetichista sus dos actitudes persisten toda la vida una junto a la otra, sin influirse recíprocamente (Laplanche y Pontalis, 1981).

La estructura perversa, siguiendo a Piera Aulagnier (1968) se torna en tres aspectos: un mecanismo defensivo, una actitud frente a la ley y el desafío que se manifiesta clínicamente (Piera Aulagnier, 1968, citado en Martínez de Bagattini, 1997). Así es, que Martínez de Bagattini (1997) compara a la anorexia con la estructura perversa, afirmando que utilizan el mecanismo defensivo de la desmentida. En cuanto a la actitud frente a la ley, “una ley primordial es desafiada, desafiando, venciendo y dominando el más primordial de los deseos: el hambre y la vida” (Martínez de Bagattini, 1997, p. 219). Y por último el desafío, se presenta cuando el muro que separa la vida de la muerte parece ser atravesado, “... un atravesar doloroso, terrible, que las hunde en un vacío aún más profundo al lograr (desmantelando la desmentida) su reconocimiento” (Martínez de Bagattini, 1997, p. 219).

Casas de Pereda (1995) al hablar sobre el proceso de simbolización en la infancia, afirma la necesaria presencia del semejante para que ocurra una marca psíquica. En la estructuración del psiquismo, la desmentida toma relevancia como defensa sustancial a la indefensión, ya que se desmiente la ausencia (Casas de Pereda, 1995).

Casas de Pereda (1995) habla de dos modalidades de desmentida: de la ausencia del otro y de la ausencia del pene materno. Está en juego la eficacia de la represión para la salida de ésta, ya que “del interjuego desmentida-represión depende en gran medida una estructuración psíquica saludable” (Casas de Pereda, 1995, p. 504). Como se mencionó anteriormente en el trabajo, se puede pensar que estas adolescentes con anorexia tuvieron fallas significativas en la etapa de la separación y así se refleja la importancia de la etapa oral, en donde la excesiva gratificación o frustración generada por parte del objeto materno, podría crear fallas en la estructura psíquica.

En la anorexia, hay una desmentida de la delgadez, que se vincula a la desmentida de la posibilidad de muerte (Martínez de Bagattini, 1997). Por otro lado, también está “... la desmentida de la dependencia del objeto (materno) negando así toda posibilidad de desamparo” (Martínez de Bagattini, 1998, p. 6).

Si se piensa que tanto la pulsión de muerte, la omnipotencia y la desmentida están presentes en este trastorno, habría que preguntarse de qué forma podrían éstas adolescentes contactarse con su vulnerabilidad y recurrir a alguien que las pueda ayudar a salir de esta situación en que se encuentran sumergidas.

¿Es posible una terapia psicoanalítica para la anorexia nerviosa?

Luego de haber incursionado en algunos aspectos que hacen a la adolescente anoréxica, surgen las interrogantes: ¿existe una cura para este trastorno alimentario? ¿Cómo se puede ayudar a éstas adolescentes a poder seguir con sus vidas dejando de lado a la anorexia? ¿Es posible una terapia psicoanalítica en estos casos?

Se puede afirmar que lo más urgente en estas adolescentes es que aumenten de peso, mejorando así su hábito alimentario. Sin duda que esto es fundamental, ya que se caracterizan por tener una delgadez extrema. Pero también vale pensar la importancia de ir más allá de la conducta en estos casos, ya que la anorexia se podría

pensar como la expresión corporal de una problemática mayor. El verdadero problema, no es con el alimento en sí, sino que esta desplazado (Sobral, 2011).

Cuando la anoréxica está muy adelgazada, con un peso que puede poner en riesgo su vida, se puede pensar que no tiene indicación de una psicoterapia psicoanalítica. Lo primero que hay que tener en cuenta es la función vital de la persona ante todo. Una vez que ésta logre un peso tal en donde ya no corra peligro, ahí se podría comenzar con dicha terapia. La importancia del abordaje psicoanalítico en aquellas adolescentes con anorexia nerviosa, es que se pueda llegar al conflicto real, “los psicoanalistas trabajamos con los síntomas, nos aprovechamos de ellos para nuestra tarea, porque entendemos que el síntoma es expresión de un conflicto psíquico y que nos habla de él si estamos en condiciones de escucharlo” (Sobral, 2011, p. 70). “El haber mostrado que el síntoma esconde tanto como muestra y que ocupa una función en la dinámica psíquica y en el equilibrio de la personalidad, es uno de los aportes esenciales del psicoanálisis” (Jeammet, 1994b, p. 26).

Es importante mencionar lo que plantea Jeammet (1994b), en cuanto a que el psicoanálisis es identificado a la cura psicoanalítica clásica, y por esto una anoréxica en tratamiento puede ser mal vista, pero hay que tener en cuenta cómo ha ido evolucionando la teoría psicoanalítica en los últimos años. Se ha ido desplazando el acento del análisis de los conflictos vinculados a la represión hacia peculiaridades del análisis del narcisismo o de las modalidades de la relación de objeto (Jeammet, 1994b). Así, se puede ver cómo el psicoanálisis ha ido adaptando el abordaje hacia patologías relacionadas con dificultades más primarias.

Brusset (1996a) sostiene que las psicoterapias psicoanalíticas son posibles y eficaces si se toma en cuenta las particularidades de la transferencia, sobre todo “el temor a que la sesión, al tener el significado de comida, induzca una ‘toxicomanía de sesiones’” (Brusset, 1996a, p. 191). Jeammet (1994a) también alude a este mismo aspecto, afirmando que en los casos de las anoréxicas, hay una investidura transferencial masiva, en donde la única forma que tienen de controlar esa investidura sería reforzando el trastorno, para así no sentirse absorbidas por el terapeuta. Esto se debe a que el trabajo interpretativo, refuerza el temor a la dependencia del paciente y de esta forma, a la anoréxica lo que le garantiza su diferencia es reforzar el comportamiento anoréxico (Jeammet, 1994a).

Para evitar que esto suceda, una opción para el tratamiento es “introducir siempre en la realidad externa una mediación, una función tercera o de ‘terceridad’ que es una mediación de límite y de diferenciación para proteger la identidad del sujeto y

limitar el riesgo de la dependencia” (Jeammet, 1994a, p. 9). Algo similar es lo que plantea Martínez (1988) sobre la importancia de establecer un lugar de límite, el cual es un lugar de protección de la identidad, donde disminuye el miedo a la fusión y a la dependencia. García (2011) afirma que para que haya un límite necesario, es fundamental que el tratamiento de estas adolescentes esté a cargo de un equipo interdisciplinario. De esta manera el equipo puede ayudar a que las pacientes no queden ligadas a tanta dependencia con el terapeuta.

Hay varios tipos de estrategias terapéuticas posibles: ambulatorias, hospitales de día y la hospitalización, donde cada uno tiene sus indicaciones específicas (García, 2011). Es fundamental pensar la singularidad de cada paciente, ya que dependiendo del caso de cada una, se verá cual de todas las estrategias es la necesaria para la situación en que se encuentre. Como sostiene Anzalone (2010) uno de los criterios en que se sustenta la clínica psicoanalítica es el de la especificidad irreductible del sujeto, “... lo que implica analizar lo particular del sujeto y no la universalidad propuesta por la nominación de Anorexia” (Anzalone, 2010, p. 40).

Se puede ver como el tratamiento de un abordaje integral del paciente es imprescindible para pensar en la cura de las anoréxicas. Este trastorno alimentario, no parece tener una fácil salida sin la ayuda de un equipo de profesionales capacitados en el campo de las patologías alimentarias.

La terapia psicoanalítica para las adolescentes con anorexia puede ser muy útil para ver la modalidad relacional de éstas. En el tratamiento se puede revelar el vínculo con la madre, en donde en la mayoría de estos casos suele ser patológico. No solo es con la madre la conflictiva, sino que por lo general estas adolescentes son emergentes de una situación familiar compleja. Por lo tanto pensar un abordaje que integre a estos miembros es de gran importancia, porque así se corre el foco de atención, y se pasa a visualizar la dinámica interna de toda la familia. Esto puede parecer un aspecto fundamental, ya que “la clínica pone al descubierto las múltiples alianzas familiares que sostienen el trastorno y los boicots que la familia desplegará a lo largo del tratamiento” (García, 2011, p. 106). También, se puede considerar que sin contención familiar puede ser difícil que se logre la cura, por esto vale resaltar la importancia del apoyo de éstos y su participación en el tratamiento.

Por último, se puede pensar que las anoréxicas que se encuentran en tratamiento, tienen un beneficio que consiste en cierta conciencia de enfermedad y esto se puede considerar como algo alentador.

Reflexiones finales

Luego de haber hecho un recorrido por este trabajo, y ahondar en los distintos puntos del mismo, se pueden desprender varias cosas. En primer lugar, destacar que los aspectos que fueron planteados son una posible mirada de este trastorno, y que sin duda puede haber otras lecturas del mismo. La temática de la anorexia, siendo un tema tan complejo y delicado a la vez, se abordó con conciencia de la seriedad del trastorno.

Como se pudo ver en esta monografía, la anorexia no se restringe a tan solo una gran dieta por la obsesión de adelgazar, como consecuencia al paradigma de ideal de belleza, que está ligado a la noción de un cuerpo delgado. Si bien es real que hoy en día existe por parte de la sociedad una valoración a la delgadez especialmente vinculada al cuerpo femenino, se puede sostener que esto no es motivo suficiente para que se origine la problemática.

Este trastorno alimentario puede ser entendido entonces como la expresión corporal de un conflicto de origen psíquico, donde el problema real no está vinculado con el alimento en sí. Por lo tanto se puede ubicar a la anorexia nerviosa dentro del campo psicológico, más allá de que se exprese corporalmente.

Los vínculos tempranos tienen un peso fundamental a la hora de pensar en este trastorno alimentario. Desde una perspectiva psicoanalítica se puede sostener que una parte del problema radica en las fallas narcisistas de la persona, con su gran peso en la infancia, en donde la temática de la separación no pudo ser bien elaborada. Esto genera repercusiones en la etapa de la adolescencia, en donde se reactiva el conflicto de separación con la temática de la identidad. Se pudo ver, siguiendo los planteos de Jeammet (1995) como en dicha etapa se reactualizan las fallas narcisistas, y los conflictos de identificación.

La adolescencia es un período en que surgen los cuestionamientos de ¿quién soy? y ¿quién quiero ser? en donde se puede ver el interrogante en torno a la identidad. El ser “la anoréxica” puede ser vivido como algo propio frente a estas preguntas que generan mucha angustia y que remiten a la conflictiva interna y del relacionamiento con los otros. Asimismo la anorexia también puede ser una forma de desplazar la angustia presente en esta etapa de cambios, de muchas incertidumbres y temores en relación a uno mismo y al futuro que implica una vida independiente.

Hoy en día a raíz de la cantidad de casos con anorexia, hay quienes piensan a este trastorno como una problemática social y a raíz de esto puede surgir la

interrogante ¿es posible realizar medidas preventivas para la anorexia? Se puede pensar que sí, desde el lado de campañas de concientización respecto a la importancia de la buena nutrición, pero esto parece no ser suficiente como para evitar el síntoma. Puede ser algo valioso pensar en campañas que apunten a fortalecer la autoestima, donde el lema principal resalte la importancia de quererse a uno mismo tal cual es, en donde la imagen externa no sea lo realmente valorable de la persona.

La anorexia como tal interpela a la sociedad actual y lleva a pensar qué se puede hacer para responder a este sufrimiento humano. Este trabajo podría ser un intento de profundizar y entender más esta realidad para que desde la psicología, como área de la salud, se pueda brindar un instrumento de ayuda.

Referencias

Acevedo de Mendilaharsu, S. (1987). Identidad e individuación. *Relaciones*, 37, 4-5.

Acevedo de Mendilaharsu, S. (1988). La identidad. Algunas de sus vicisitudes. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 2(4A), 317-325.

Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia. (s. f.). ¿Qué es bulimia y anorexia?

Recuperado de <http://aluba.org.ar/home/que-es-bulimia-y-anorexia/>

American Psychological Association. (2011). Eating disorders. Recuperado de

<http://www.apa.org/helpcenter/eating.aspx>

Amigo, I. (2003). Anorexia. En I. Amigo, *La delgadez imposible* (pp. 97-118). Buenos Aires: Paidós.

Anzalone, E. (2010). La anorexia como síntoma de la contemporaneidad. En E. Anzalone, J. Bafico & M. González Imáz, *La actualidad del síntoma* (pp. 37-43). Montevideo: Psicolibros.

Brusset, B. (1995). Anorexia y bulimia. *Zona Erógena*, 27, 29-32.

Brusset, B. (1996a). Anorexia mental y toxicomanía. *Psicoanálisis*, 18(2), 189-221.

Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Brusset.pdf>

Brusset, B., & Rovira, B. (1996b). Presentación y supervisión de un caso clínico de anorexia. *Zona Erógena*, 30, 43-44.

Calabuig, M., Campos, G., & Muiño, B. (2002). Anorexia-bulimia. ¿Un cuerpo deshabitado? En Asociación Psicoanalítica del Uruguay (Ed.), *El cuerpo en psicoanálisis: Diálogos con la biología y la cultura* (Vol. 1, pp. 247-252). Montevideo: Autor.

Caparrós, N., & Sanfeliu, I. (2004). Imagen corporal y anorexia nerviosa. En N. Caparrós & I. Sanfeliu, *La anorexia una locura del cuerpo* (pp.115-145). Madrid: Biblioteca Nueva.

Casas de Pereda, M. (1995). Entre la desmentida y la represión. *Psicoanálisis*, 17(3), 487-508.

Consoli, S., Jeammet, P., & Reynaud, M. (1999) *Psicología médica: Manual*. Barcelona: Masson.

Espinal de Carbajal, F. (2000). Conductas adictivas. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 5(4), 39-46.

Espinal de Carbajal, F. (2002). Imagen corporal en anorexia y bulimia. En Asociación Psicoanalítica del Uruguay (Ed.), *El cuerpo en psicoanálisis: Diálogos con la biología y la cultura* (Vol. 1, pp. 237-238). Montevideo: Autor.

Freud, S. (1979). *Obras completas: Más allá del principio de placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras* (Vol. 18). Buenos Aires: Amorrortu.

García, I. (2011). Trastornos alimentarios en la adolescencia. *Revista de la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia*, 1, 102-108.
Recuperado de http://www.supia.org.uy/SUPIA_N1.pdf

Gutman, L. (2014). *La revolución de las madres*. Buenos Aires: Planeta.

Jeammet, P. (1989). La apuesta narcisística de la adolescencia. *Temas de Psicoanálisis*, 7(12), 49-56.

Jeammet, P. (1994a). Anorexia y bulimia: Una perspectiva psicoanalítica. *Zona Erógena*, 18, 7-9.

Jeammet, P. (1994b). El abordaje psicoanalítico de los trastornos de las conductas alimentarias. *N/A. Revista de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, 6, 25-42.

Jeammet, P. (1995). La identidad y sus trastornos en la adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 19/20, 161-195. Recuperado de <http://www.seypna.com/documentos/articulos/jeammet-identidad-trastornos-adolescencia.pdf>

Laplanche, J., & Pontalis, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

López Ibor, J., & Valdez Miyar, M. (2003). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Mahler, M. (1990). *Estudios 2. Separación-individuación*. Buenos Aires: Paidós.

Martínez de Bagattini, C. (1997). Anorexia nerviosa y bulimia: Su relación con lo perverso. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 84/85, 213-228. Recuperado de <http://www.apuruquay.org/apurevista/1990/168872471996848516.pdf>

Martínez de Bagattini, C. (1998). Trastornos severos de la alimentación: Anorexia nerviosa y bulimia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 62(2), 17-35. Recuperado de <http://clinicauno.com/descargas/Trastornos%20severos%20de%20alimentacion.pdf>

Martínez de Bagattini, C. (2002). Trastornos alimentarios severos. El proceso de enfermar. En Asociación Psicoanalítica del Uruguay (Ed.), *El cuerpo en psicoanálisis: Diálogos con la biología y la cultura* (Vol. 1, pp. 107-117). Montevideo: Autor.

Martínez de Bagattini, C. (2004). El poder de lo socio-cultural y de lo arcaico en las patologías alimentarias. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 99, 69-83. Recuperado de http://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup99/rup99-martinez-2.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

Polto, A. (2002). Acerca del interjuego de algunos aspectos socio-culturales en la anorexia y la bulimia. Alimentación y asco. En Asociación Psicoanalítica del Uruguay (Ed.), *El cuerpo en psicoanálisis: Diálogos con la biología y la cultura* (Vol. 1, pp. 239-245). Montevideo: Autor.

Recalcati, M. (2004). *La última cena: Anorexia y bulimia*. Buenos Aires: Ediciones del Cifrado.

Sobral, G. (2011). *Madres, anorexia y feminidad*. Buenos Aires: Ediciones del Seminario.

Tato, G. (2006). Anorexia nerviosa y bulimia. En G. Tato, *Mensajes del cuerpo: Enfoque psicosomático del enfermar* (pp. 87-108). Montevideo: Trilce.