



<https://psicomundo.com/relatos/relatos3/tesis.htm>

INDICE

Prólogo

Introducción

Metodología

Marco Teórico

Capítulo 1: El concepto de síntoma

- El síntoma
- Características del síntoma
- Cara signo y significante del síntoma
- Síntoma y saber inconsciente
- Síntoma y goce
- Goce y placer

Capítulo 2: Principios del psicoanálisis

- Primer principio del psicoanálisis: El inconsciente como un saber estructurado
- Segundo principio del psicoanálisis: No hay relación sexual

Capítulo 3: Psicoanálisis y Anorexia

- Anorexia como síntoma
- Anorexia en la neurosis
- Anorexia en la psicosis
- El don: la no respuesta a la promesa de amor
- Comer Nada: Nada como deseo

Capítulo 4: La dinámica anoréxica

- Relación madre e hija
- Dinámica familiar
- Metamorfosis de la pubertad
- El perfil de la joven que padece el síntoma anoréxico

Capítulo 5: Estrategias de abordaje para el tratamiento de la anorexia nerviosa

- Tipos de tratamientos
- Tratamiento individual
- Tratamiento grupal
- Tratamiento familiar
- Criterios de alta
- Discusión
- Conclusiones y Sugerencias

Referencias Bibliográficas

Resumen

La investigación, está destinada a resolver la problemática actual respecto a la inexistencia de una metodología definida de tratamiento de la anorexia nerviosa desde el psicoanálisis, que describa explícitamente la estrategia de intervención que englobe el abordaje del fenómeno. Frente a esto, el objetivo general que se plantea es establecer una metodología de intervención psicoanalítica de la anorexia nerviosa, a través de la revisión y profundización de la bibliografía correspondiente a la praxis psicoanalítica. La metodología a emplear, será la revisión bibliográfica, acerca de la concepción de anorexia desde la perspectiva psicoanalítica, abarcando su definición, descripción, interpretación y tratamiento.

Los resultados principales de la investigación hacen referencia a la concepción de la anorexia nerviosa como un síntoma que se superpone a distintos mecanismos psicopatológicos. Así, se abre paso a la comprensión y explicación de la génesis de este síntoma. Finalmente y una vez comprendida la dinámica de la anorexia nerviosa, se expone una sistematización de la información existente con respecto al abordaje de este fenómeno, con el fin de orientar estrategias de tratamiento individual, grupal y familiar, considerando ciertos aspectos y las fases que comprende cada uno de éstos, además de criterios claves para el alta del tratamiento.

Con la investigación se puede concluir que éste es un modelo innovador en nuestro país en la concepción de la anorexia nerviosa, que permite descartar una globalización respecto al seguimiento de ideales estéticos de moda como causa única de esta afección, respetando y enfocando su tratamiento a la individualidad de la persona. Este modelo de intervención

psicoanalítico nos propone frente a un escenario catastrófico que se tiene de esta afección, un panorama más alentador que beneficia y garantiza una estabilidad holística en la joven y además un tratamiento de bajo costo monetario.

*Mientras el niño ciego bebía la leche,
Su madre exclamó:
"¡ Pobre, nunca sabrá que es blanca !".
Al oírla, el pequeño se puso a llorar
y desde entonces la leche cesó de alimentarlo.
Mamá sin cesar, pero murió de hambre
(Piedad indiscreta, Alejandro Jodorowsky)*

Prólogo

La anorexia y la moda: El poder del mito

Las razones por las cuales un mito ocupa un lugar en la superestructura social: cómo ha surgido, qué función cumple, qué factores han confluído para construirlo son muchas y complejas. Por más y mejor fundado que esté el análisis de un mito, siempre deja una impresión de insuficiencia, un residuo irreductible al que es necesario atribuir una importancia decisiva en la creación del mito. Este residuo toma la forma, la mayoría de las veces, de una relación causal inapelable que una vez que ha sido adoptada no admite ninguna explicación: el mito no quiere ser explicado. Es posible esbozar las razones psicológicas o sociales a las que responde, pero imposible o inútil reducir la fuerza de su argumento y las explicaciones no contrarrestan la fuerza de su papel, tranquilizante o atemorizador.

La relación entre la anorexia y la moda de la ultradelgadez, es del orden del mito. No se puede pensar la moda sin la anorexia y la anorexia sin la moda. También ha establecido de un modo inapelable que se trata de un mal del fin de milenio. Inútil es recurrir a los casos – la gran mayoría - en que son múltiples las causas que convergen para que las adolescentes dejen de comer, sin que la culpa la tenga la moda. Igualmente inútil es recurrir a la historia que demuestra que la anorexia tiene más de ocho siglos en Occidente.

A diferencia de los animales nuestro comportamiento no está guiado por los instintos, que son pautas establecidas e innatas que rigen la conducta de una especie para preservarla. El mito parece cumplir en los humanos la misma función del instinto: si Ud. tiene una hija que influida por la moda está haciendo dieta, es una futura anoréxica y corre un serio riesgo de muerte. El mito se aplica a todas por igual, sin variaciones posibles, al igual que el programa instintivo en el mundo animal. En el mito de la anorexia este resto irreductible, que no admite argumentos contrarios es el riesgo de muerte. Todos los seres vivos, necesitan comer para poder vivir.

El mito de la anorexia contiene este "resto irreductible", que no admite réplica alguna. Parece ignorar o haber olvidado los múltiples recursos que los organismos humanos tienen para desafiar las leyes de la naturaleza. No sólo psicológicos, filosóficos, religiosos, ideológicos, también "físicos". Por eso, junto al valor de la vida continuamente exaltado, el mito de la anorexia propone una serie de medidas al modo de un cinturón de seguridad destinado a protegerla. Cumple la función de garantizar un poder, social, ideológico, económico, en manos de quienes las propagan. Por eso se impone de manera sobrecogedora e imperativa ofreciendo programas de tratamiento

preestablecidos a los múltiples y variados conflictos psicológicos individuales, familiares, sociales, que afectan a la adolescencia, y combate la distinción entre una verdadera anorexia nerviosa de un deseo pasajero por hacer dietas estrictas. Como todo mito, el de la anorexia instigada por la moda no se apoya en una idea fuerte, fundamentada, sino en imágenes, a las que se recurre para fortalecerse e infundir temor. Las imágenes de adolescentes esqueléticas, - no importa si gozan de buena salud - son utilizadas para sembrar terror en sus familias, en sus amigos, en la sociedad toda. Ya casi no existen adolescentes que hagan una dieta, sin que el mito de la anorexia aceche como un lúgubre convidado de piedra a la mesa familiar. Y sin que se las amenace con un castigo ejemplar.

¡Si no comes, - una de las clásicas formas del portarse mal en otras épocas -, vendrá el hombre del saco a llevarte!... Hoy en día, existen instituciones "del saco" consagradas para las jovencitas que portan el mal y cuyos padres no pueden o no saben ponerles límites. Nadie ignora, que allí se las pesa de espaldas a la balanza, se las acompaña al baño para que no vomiten, y que se cierran con candados las puertas de las heladeras para que "piensen en otra cosa" que no sea la comida.

Durante el transcurso de la presente investigación, se irán esclareciendo algunos mitos anclados a la anorexia nerviosa que nos invitan a reflexionar sobre el panorama que se tiene actualmente de esta afección.

Como dice Silvia Fendrik en su artículo "la dirección de la cura en la anorexia nerviosa" en 1998, para el psicoanálisis la anorexia no constituye una patología en sí misma, sino que es un síntoma, que nos revela un conflicto psíquico y que nos muestra una cara visible, que corresponde a la no ingesta de alimento, lo que conlleva a un adelgazamiento extremo. Y por otra parte tenemos una cara que esta mas oculta y que refiere a la significación particular que hace la joven respecto a su relación con la comida.

Se ha dicho, que es un fenómeno que apareció en las últimas décadas del siglo XX. Sin embargo, existen testimonios fehacientes de su existencia desde el siglo XIII de nuestra era. Incluso se tiene información desde la época de Platón, en donde se considera este síntoma como patrimonio de las mujeres, cuyo origen radica en el útero que en la pubertad despierta y, hambriento se desplazaba por el cuerpo obstruyendo la respiración dificultando el pasaje de los alimentos, tomando posesión de todo el cuerpo y sus órganos.

Frente al tema que la delgadez ideal es un invento moderno, podemos decir que como ideal existió en diversas culturas, y en diversas épocas. Existieron en la Edad Media, como lo muestra la pintura medieval, en el siglo XIX, como lo muestra la literatura romántica (Jóvenes lánguidas, etéreas, "sífides") y a comienzos del XX, como lo muestran las revistas de moda de los "años locos".

Sobre la base de lo anterior, se ha dicho que la causa de la anorexia nerviosa, son los ideales estéticos de extrema delgadez. Por sobre todo debemos recalcar y no perder de vista que sus causas son múltiples y deben buscarse en la psiquis individual. Volviendo al tema de los ideales estéticos, las jóvenes que se presentan a la consulta, carecen de habilidades estéticas, se presentan con sus caras deslavadas, ropas holgadas que ocultan sus caracteres sexuales secundarios, los cuales son promovidos por estos ideales de la moda.

La alarma que se promueve a través de los medios de comunicación es que la obsesión por las dietas conduce inexorablemente a la enfermedad. Luego, existe una alarma constante frente a todo tipo de dieta, etiquetando inmediatamente de anoréxica a cualquier joven que desee llevar una dieta pasajera.

El enorme porcentaje de riesgo de muerte, es una amenaza basada en la distorsión de las estadísticas. En nuestro país se copian registros de otros países, los que más convienen al marketing de la anorexia, sin tener en cuenta el contexto y el momento en que se realizaron. No se consultan las fuentes más confiables – hechas en los campus de las universidades americanas - porque éstas suelen cuestionar o relativizar sus resultados: reconocen que los diagnósticos abarcan personas que no están enfermas, y que han sido influidas por la moda que confunde la anorexia con la hiperdelgadez, o una "huelga de hambre" adolescente con una enfermedad grave o mortal.

Un miedo que se infunde es que la falta de menstruación por más de tres ciclos seguidos, conduce a la esterilidad. Sin embargo, es de saber que cuando se normaliza el ciclo menstrual se recuperan todas las funciones. Una paciente con anorexia es infértil mientras no menstrúa, porque no está ovulando. Pero esto no se puede extrapolar al futuro. Cuando recupere su peso y lo mantenga, y se regularice su nivel hormonal, entonces va a menstruar normalmente y va a poder quedar embarazada.

La mayoría de las propuestas de tratamiento médico, indican que las pacientes deben ser alimentadas contra su voluntad. La puesta en marcha de este tipo de tratamiento autoritario, menosprecia el riesgo psíquico de este forzamiento ya que con esta actitud estamos poniendo en riesgo la vida de la constituyéndose en una violación de su persona. Consideramos que debemos preocuparnos más en que nos quiere decir con su rechazo al alimento, en vez de obligarla a comer.

Recordemos pues, que el comer no es solo una necesidad orgánica y mecánica. La alimentación además tiene un valor simbólico: psíquico, familiar, social y cultural. Comer es mucho más que alimentarse. Nuestro cuerpo no es una máquina que insume calorías como si fueran kilowatts. Para el ser humano es también una forma de relacionarse: consigo mismo, con quienes lo rodean, y con el mundo en que vive. También es una importante fuente de placer.

Si comer es mucho más que una necesidad orgánica y mecánica, esto nos hace pensar que dejar de comer es mucho más que un rechazo a dicha necesidad, que una adaptación a una moda, que un signo de inmadurez o de insensatez. Es en el abordaje del conflicto - entre deseos y prohibiciones, entre el placer y el deber - que subyace a los síntomas, en donde está la respuesta al malestar con la comida y no sólo en los signos exteriores que clasifican con una misma etiqueta a problemas psíquicos y/o existenciales de origen muy diverso.

Los signos exteriores permiten etiquetar rápidamente los trastornos alimenticios. No hay una joven con anorexia igual a otra. Son procesos psíquicos individuales y debe respetarse la subjetividad de la paciente. La fábrica de anoréxicas seriadas parece ignorar que todo aquel que posee un rótulo en nuestra cultura está expuesto a ser discriminado y atacado. Es suficiente con tener en nuestra sociedad gente etiquetada como: drogadictos, homosexuales, negros, mujeres, judíos, obesos, etc. como para agregar uno más a esta lista llena de prejuicios.

Introducción

El tema de la anorexia nerviosa, emerge en el presente año como un tema relevante para la sociedad chilena y éste se encuentra actualmente indicado en diferentes medios de comunicación, con recurrentes noticias y artículos referidos a nuestro país.

Según investigaciones del Centro Neuropsiquiátrico de Santiago, el número de personas que padecen anorexia nerviosa ha aumentado, ascendiendo a 70.000 mujeres en Chile (según lo citado en Muñoz, 2001). La prevalencia de la anorexia nerviosa se ha estimado entre un 0,5 y 3% del grupo de adolescentes y mujeres jóvenes. Estas cifras aumentan al doble cuando se incluyen adolescentes "sanas" con conductas alimentarias anormales o con una preocupación anormal sobre el peso corporal (Urrejola, 2001). El alarmante aumento de la incidencia y prevalencia en Europa, EEUU y Canadá se ha podido observar en los últimos treinta años a merced de estudios de seguimiento. Antes de los años sesenta, se consideraba que la incidencia de anorexia nerviosa era del 0.24 al 0.45 por 100.000 habitantes al año, después de los sesenta esta cifra ha aumentado hasta el 1.6 por 100.000 (Santos & Cols., 2001).

La edad promedio de presentación es 13.75 años, con un rango de edad entre los 10 y 25 años. En cuanto al sexo afectado, el mayor número de casos se producen en mujeres, con una distribución según sexo de aproximadamente 9-10/1 (Urrejola, 2001).

En cuanto al pronóstico, se aprecia que la mitad de las pacientes con anorexia nerviosa se recuperan completamente, un 30 % lo hacen en forma parcial, y un 20 % no muestran ninguna mejoría en sus síntomas. La mortalidad precoz alcanza a un 5 % y se debe principalmente a complicaciones cardíacas y suicidio (Urrejola, 2001).

El tema ha revestido tal gravedad que se ha expuesto que el Ministerio de Salud debiera incluir estas patologías dentro de sus planes de atención mental y psiquiátrica, creando programas específicos que consideren el trabajo de equipos multidisciplinarios de médicos, psiquiatras y nutricionistas. En el mismo sentido, se ha precisado que las isapres debieran incluir estas enfermedades dentro de aquellas consideradas catastróficas (según lo citado en Pereira, 2000).

Sobre la base de esta situación alarmante de la anorexia nerviosa, surge un interés de investigación acerca del tema desde el punto de vista psicológico, específicamente desde el psicoanálisis, donde se puede visualizar una concepción distinta de la anorexia, que muestra un panorama más alentador respecto a su abordaje, y además derriba algunos mitos que se tienen en cuanto al tema.

Es así como se encuentra que desde la perspectiva psicoanalítica, la anorexia no es una patología en sí misma, si no una constelación de síntomas y signos que se superponen a distintos mecanismos psicopatológicos (Gorali, 2000). Se instala en diferentes tipos de patologías mentales, acompañado de estructuras psicóticas y neuróticas. Es un fenómeno, que padecen principalmente sujetos de género femenino, ocurre en niñas adolescentes y púberes y ocasionalmente en varones (Baravalle, 1998).

Así mismo, desde la perspectiva psicoanalítica, la causa de este fenómeno es intrínseco a la persona que lo padece, ya que es ella quien hace una significación personal frente a lo que es la comida y sus relaciones frente a ella (Benjamin, & Fendrik, & Souval, 2001). Es decir, la joven anoréxica tiende a hacer una dieta estricta, no exclusivamente por querer ser delgada, sino porque no quiere que se manifiesten sus caracteres sexuales secundarios, que actualizan fantasías incestuosas (Soria, 2000). Otros enfoques, como el sistémico, explican el síntoma de la anorexia, como una falsa rebelión y mayor independencia al sistema familiar (Fosch, 1994), esta postura es compartida por la teoría psicoanalítica, subrayando en la necesidad de enfrentarse con el mito familiar, entendido éste como, una armonía ideal de unidad y bienestar familiar (Baravalle, 1998). Es importante recalcar el funcionamiento familiar de las jóvenes anoréxicas; son familias aglutinadas, que mantienen dicho mito, existiendo una lealtad al grupo y negación de los conflictos, cerrando así, espacios para la queja y el intercambio afectivo, requisito o tierra fértil para generar somatizaciones (Losinno, 2000).

El tratamiento psicológico, destinado para estas jóvenes, se vincula a que la paciente realice un insight y surjan desde ella críticas a la relación familiar, rompiendo así el mito familiar. La paciente anoréxica se cura cuando toma conciencia de los conflictos, que remiten a la actualización de las fantasías incestuosas y que impedían su acceso a la adolescencia. (Benjamin, & Fendrik, & Souval, 2001).

La intervención psicoanalítica para esta afección, se refleja implícitamente en el relato de numerosos casos clínicos, que se puede encontrar en la bibliografía existente. Sin embargo, y éste es el problema que se desea abordar, no existe una metodología definida de tratamiento que describa explícitamente la estrategia de intervención que englobe el abordaje del fenómeno.

En el marco de la definición del problema, la propuesta de investigación a realizar, se basa en una revisión bibliográfica referente a; la definición, descripción, interpretación y tratamiento de la anorexia nerviosa, a través de diferentes textos comprendidos desde el psicoanálisis, con el fin, de realizar una sistematización de la información existente que pueda orientar estrategias de tratamiento individual, grupal y familiar, para la anorexia nerviosa. Así mismo, considerar criterios de alta desde esta perspectiva.

Por lo tanto, el objetivo general que se plantea es: establecer una metodología de intervención psicoanalítica de la anorexia nerviosa, a través de la revisión y profundización de la bibliografía correspondiente a la praxis psicoanalítica. Siendo los objetivos específicos: describir fundamentos de la teoría psicoanalítica, caracterizar y describir la anorexia nerviosa desde la perspectiva psicoanalítica y determinar estrategias psicológicas terapéuticas desde la perspectiva psicoanalítica para la anorexia nerviosa.

La metodología a emplear, será la revisión bibliográfica, acerca de la concepción de anorexia desde la perspectiva psicoanalítica, abarcando su definición, descripción, interpretación y tratamiento. La línea psicoanalítica a la que se remite la investigación a realizar, se basa en el pensamiento de Freud y de su continuidad con la escuela francesa de psicoanálisis, cuyo representante principal es Jacques Lacan. Los criterios para elegir este autor, se fundamentan en que éste realiza una lectura ortodoxa de Freud, por lo que es considerado un psicoanalista ortodoxo, aspecto fundamental para esta investigación, que permite remitirse respecto al tema de

la anorexia nerviosa desde un psicoanálisis puro. A sí mismo, los autores escogidos como fuente de información, corresponden a autores que se adscriben al pensamiento de Jacques Lacan.

Para llevar a cabo el objetivo general planteado, se sistematizó la información de modo tal que en el primer capítulo se define y describe el concepto de síntoma desde el psicoanálisis, el cual para esta investigación constituye un concepto importante que permitirá entender la concepción de anorexia nerviosa, además, este concepto es el eje central para el abordaje de esta afección desde el psicoanálisis.

Siguiendo en la definición de aspectos que faciliten la comprensión de la investigación, el capítulo dos, se remite a la explicación de los principios del psicoanálisis que son fundamentales en su relación con el concepto de síntoma.

Ya en el tercer capítulo se comienza, entonces, con la definición de la anorexia como un síntoma, ya que es así como se concibe esta afección desde el psicoanálisis. Y en el marco de esta definición, se sigue un orden en su descripción como síntoma, apoyándose en lo descrito en los capítulos anteriores. Además, se describe la posición de este síntoma en estructuras tales como la neurosis y la psicosis, para finalizar con la comprensión y explicación de la génesis de este síntoma.

En el cuarto capítulo, se abordará la dinámica anoréxica, haciendo una descripción fenomenológica de las características propias de la familia y su relación con la joven que padece el síntoma, así como también se presentará el perfil de la joven, el que servirá de orientación para el abordaje de esta afección.

Finalmente, en el quinto capítulo se presenta la sistematización de las estrategias de abordaje para el tratamiento de la anorexia nerviosa desde el psicoanálisis, realizando una descripción de tratamiento a nivel individual, grupal y familiar. También se presentará los criterios claves para el alta del tratamiento desde esta perspectiva psicológica.

Metodología

Planteamiento del problema

La anorexia nerviosa emerge en el presente año como un tema relevante para la sociedad chilena y este se encuentra actualmente indicado en diferentes medios de comunicación, con recurrentes noticias y artículos referidos a nuestro país.

Una forma de tratamiento de esta afección, consiste en la intervención psicológica desde la clínica psicoanalítica. Esta intervención se refleja implícitamente en el relato de numerosos casos clínicos, que se pueden encontrar en la bibliografía existente. Sin embargo, y éste es el problema que se desea abordar, no existe una metodología definida de tratamiento que describa explícitamente la estrategia de intervención que englobe el abordaje del fenómeno.

En el marco de la definición del problema, la propuesta de investigación a realizar consiste en una revisión bibliográfica referente a; la definición, descripción, interpretación y tratamiento de la anorexia nerviosa, a través de diferentes textos comprendidos desde el psicoanálisis, con el fin, de realizar una sistematización de la información existente que pueda orientar estrategias de tratamiento individual, grupal y familiar, para la anorexia nerviosa. Así mismo, considerar criterios de alta desde esta perspectiva.

Objetivos

General

Establecer una metodología de intervención psicoanalítica de la anorexia nerviosa, a través de la revisión y profundización de la bibliografía correspondiente a la praxis psicoanalítica.

Específicos

- Describir fundamentos de la teoría psicoanalítica.
- Caracterizar y describir la anorexia nerviosa desde la perspectiva psicoanalítica
- Determinar estrategias psicológicas terapéuticas desde la perspectiva psicoanalítica para la anorexia nerviosa.

Procedimientos

La metodología a emplear, será la revisión bibliográfica, acerca de la concepción de anorexia nerviosa desde la perspectiva psicoanalítica, abarcando su definición, descripción e interpretación por medio de la revisión y profundización de los conceptos, principios y praxis psicoanalítica con el fin de obtener las claves para la sistematización y abordaje de su tratamiento.

Para efectos de justificar los criterios metodológicos que se utilizaron en la revisión y profundización de la bibliografía correspondiente a la praxis psicoanalítica, es que se refiere al fundamento psicoanalítico: "la praxis precede a la teoría" con esto se hace referencia a que existen fenómenos que son observables en la clínica y que son innegables. A estos fenómenos se les caracteriza, y es a partir de esto que se instaura u origina la teoría. Es por esto, que es fundamental para el psicoanálisis, cuando se refiere al fundamento ya mencionado, recalcar la inseparabilidad de la teoría y la práctica clínica, ya que una no es sin la otra.

Específicamente existe un marco teórico, producto de la praxis, que se constituye como columna vertebral del psicoanálisis, el cual se mantiene desde sus comienzos con Freud hasta el día de hoy. De esta columna vertebral se desprenden dos escuelas, la inglesa y la norteamericana, éstas se fundan y mantienen los conceptos provenientes de la columna psicoanalítica ortodoxa; sin embargo adquieren su identidad de escuela debido a que centran su atención en conceptos específicos del psicoanálisis. Existe también la escuela francesa de psicoanálisis que siguió desarrollando los conceptos de Freud, y que se mantiene en la línea desarrollada por éste, por lo que es considerada una escuela ortodoxa del psicoanálisis. Frente a esto y para efectos de nuestra investigación se opta por la escuela Francesa de psicoanálisis, la cual se mantiene dentro de esta columna vertebral desarrollada por Freud, manteniendo la posición ortodoxa del psicoanálisis. El criterio considerado para optar por una postura ortodoxa se fundamenta en el hecho que es una posición que asegura un lenguaje común dentro del psicoanálisis, lenguaje que viene de esta columna vertebral teórica y que es compartido por las otras escuelas, asegurando así una mejor comprensión teórica y práctica dentro del psicoanálisis.

Por lo tanto la línea psicoanalítica a la que se remite la investigación a realizar, se basa en el pensamiento de Freud y de su continuidad con la escuela francesa de psicoanálisis, cuyo

representante principal es Jacques Lacan. La elección de este autor, se fundamenta en que éste realiza una lectura ortodoxa de Freud, por lo que es considerado un psicoanalista ortodoxo, aspecto fundamental para esta investigación, que permite remitirse respecto al tema de la anorexia nerviosa desde un psicoanálisis puro. A sí mismo, los autores escogidos como fuente de información, corresponden a autores que se adjuntan al pensamiento de Jacques Lacan.

La selección y organización de la información se realizó sobre la base de las siguientes etapas: en primera instancia, se reunió el material existente respecto a anorexia nerviosa dentro del psicoanálisis, luego de la lectura realizada se diferencian los planteamientos de las distintas escuelas psicoanalíticas, para luego clasificar la información relacionada con el psicoanálisis lacaniano, tanto en el tema de la anorexia como en los temas del síntoma y los principios fundamentales del psicoanálisis. Posteriormente se procedió a la búsqueda de autores lacanianos que hayan desarrollado el tema de la anorexia nerviosa para continuar con la lectura de la información. Para esto la búsqueda de los autores se basó en las citas más recurrentes que aparecían en las distintas publicaciones, llegando así a consultar autores como Schütze, Fendrik y Lacan, que se constituyen fuente y base de información de la anorexia nerviosa. Finalmente se sintetizó la información que se encontró entre los autores, correspondientes a la génesis, concepción y abordaje de la anorexia nerviosa, determinando las fases, criterios y principios correspondientes a cada tipo de tratamiento (individual, grupal y familiar), logrando con esto establecer el método en forma explícita de las estrategias de tratamiento.

Cabe mencionar que otro criterio de importancia en la metodología corresponde a que la sistematización de las estrategias de abordaje para el tratamiento de la anorexia nerviosa, tema central del capítulo cinco, se realizó sobre la base del pensamiento y experiencia de los autores citados en los capítulos anteriores, dándole continuidad y coherencia a los resultados obtenidos.

Marco Teórico

Capítulo 1

"El concepto de síntoma"

Para comprender el tema de la anorexia desde la perspectiva psicoanalítica, es necesario guiarse por un concepto: el síntoma, porque a través del concepto de síntoma se van a abrir dos avenidas, dos constataciones que llevan a establecer los dos principios fundamentales para el psicoanálisis. Uno es el síntoma relacionado con el concepto de saber inconsciente, otro es el síntoma relacionado con el concepto de goce. Considérese un triángulo, una tríada, síntoma, saber y goce (Nasio, 1994).

1 El síntoma

Un síntoma psíquico, o sufrimiento mental, refiere una absoluta implicación del individuo, y estos síntomas o sufrimiento cumplen una función de ocultación y muchas veces de evitación de un sufrimiento mayor. El dolor del síntoma, por ejemplo, cumple la función de evitar el reconocimiento de un deseo inaceptable. "De acuerdo con su etimología, síntoma en griego, remite a «coincidencia»: lo que ocurre simultáneamente, pero también lo que cae simultáneamente" (Plon & Roudenesco, 1998). Siguiendo con su etimología, lo que ocurre simultáneamente es un conflicto que el sujeto no puede dominar por su voluntad consciente, este conflicto provoca un determinado sufrimiento para el sujeto, implica un significado que él no

comprende. Este síntoma es el resultado de una transacción en respuesta e intento de solución de un conflicto intrapsíquico, entre un deseo¹ y la fuerza opuesta a ese deseo. Por lo tanto, la lectura de un síntoma es una escucha de la significación que tiene, de aquel conflicto que se quiere comunicar, que remite a algo que el sujeto ha querido negar y que al encontrar su significación, éste desaparecerá. Un síntoma no tiene sentido; cuando adquiere sentido, el síntoma deja de tener sentido (Abadi, 1999).

Freud asimila la formación de síntoma al retorno de lo reprimido (Plon & Roudenesco, 1998). El síntoma funciona como recuerdo encubridor de escenas infantiles, escenas que el niño olvidó y que se olvidó que las había olvidado (Abadi, 1999).

Lacan, destaca que el síntoma no es el signo de un disfuncionamiento orgánico, como lo es normalmente para el médico y su saber médico: «viene de lo Real, es lo Real» (Lacan, 1994). Frente a este discurso, propone y explica que el síntoma es el efecto de lo simbólico en lo real. (Plon & Roudenesco, 1998).

En 1975 agrega que el síntoma es lo que la gente tiene de más real. Y si es, «la naturaleza propia de la realidad humana», la cura no puede en ningún caso consistir en erradicar al síntoma en tanto efecto de estructura del sujeto (Plon & Roudenesco, 1998).

1.1.1 Características del síntoma

Según Nasio (1994) un síntoma tiene cuatro características:

Cómo el paciente dice lo que le pasa, cómo dice lo que sufre.

En ese como lo dice, el punto en que el individuo balbucea, en que no sabe decir bien lo que le esta pasando, es donde también encontramos al síntoma.

Un síntoma en análisis necesita siempre la teoría que uno se hace de su síntoma; no hay síntoma en análisis sin que el paciente se diga porqué sufre. De la misma manera que Freud decía que los niños tienen una teoría sexual infantil, todo paciente tiene una teoría de bolsillo acerca de porqué sufre. Un síntoma en análisis es un síntoma acompañado de una interpretación del propio paciente, de porqué sufre, y esto es fundamental. Cuanta más teoría se hace la persona de porqué sufre, tanto más aquel a quien le propone esta teoría, va a convertirse en el Otro del síntoma.

El síntoma conlleva la presencia del analista, un síntoma en psicoanálisis no sólo necesita una teoría que lo explique, propia del paciente, sino además la presencia del analista. Pueden invertirse los términos y decir: la característica fundamental del síntoma en análisis es que el analista forma parte de él. Esto es algo específico de la relación analítica, es lo que abre las puertas a lo que se llama la transferencia. "Si usted se preguntara qué es la transferencia analítica, una de las respuestas inmediatas que podría dar es: la transferencia analítica es aquel momento en que el analista forma parte del síntoma del paciente" (Nasio, 1994, p. 15). Y eso es lo que Lacan llama el Sujeto-Supuesto-Saber. Esto significa que el analista ocupa el lugar primero, de ser destinatario del síntoma e inclusive, de ser hasta la causa del síntoma. (Nasio, 1994).

1.1.2 Cara signo y significante del síntoma

Siguiendo con la descripción del síntoma, esta manera de pensarlo como aquello que el propio sujeto que sufre interpreta, define al síntoma como un signo. También el síntoma es una construcción significativa, que tiene una dimensión simbólica y opera por sustitución. Es aquí donde se visualiza las dos caras del síntoma: una cara signo y una cara significativa.

La cara signo es esto: el sujeto sufre, algo le pasa, algo nuevo ocurre, lo interpreta y coloca al analista en el lugar del Otro de síntoma. Esa es la definición de un signo: es la definición que Lacan da a un signo, él dice, que es aquello que representa algo para alguien. Tal síntoma, representa algo para aquel que sufre (Nasio, 1994). Esa es la cara signo del síntoma, es la cara interpretada por el propio sujeto, aquello que se «hace ver». Es lo que se expone mudo a la mirada del otro (Baravalle, 1998)

Después está la cara significativa del síntoma. La cara significativa significa esto: si ocurre una vez va a ocurrir una segunda vez; lo que acaba de ocurrir anuncia una segunda ocurrencia significativa. La cara significativa del síntoma es, primero, el de ser un acontecimiento y, segundo, aparece como algo que anuncia su repetición. Lacan lo escribe con la letra

S₁

El 1 quiere decir que es un acontecimiento único, un síntoma, por ejemplo, es un acontecimiento que siempre es del orden de lo uno, y S quiere decir significativa. "Cuando digo que el síntoma tiene una cara significativa quiere decir, primero, que es Uno; segundo, que se repite, es decir, que va a haber un 1, otro 1, otro 1, etc.; y tercero, que un síntoma es significativa, porque el sujeto lo dice sin saber lo que dice; y es a partir de esto, de que uno sufre un síntoma, de donde se desprende que un síntoma es algo que uno dice sin saber lo que dice; o sea, yo puedo sufrir un síntoma, me puede ocurrir un acontecimiento, interpretarlo, pensarlo, darle un significado y, sin embargo, toda la interpretación que haga no va a impedir que dentro de tres días, dentro de un año, se vuelva a repetir tal cual; y que uno se diga: ¿Cómo puede ser, qué hay en mí para que el síntoma se repita implacablemente?" (Nasio, 1994, p.?)

Decir que el síntoma es un significativo, quiere decir, que se dice en un momento justo, en un momento preciso como para que el síntoma lo cuestione; no es algo que surge y no cuestiona; es algo que surge, sorprende y asusta, o bien, hace reír.

1.1.3 Síntoma y saber inconsciente

Para el psicoanálisis, aquello que sabía que esa palabra tenía que aparecer en ese momento, es el saber inconsciente. El inconsciente es el saber, un saber que el sujeto ignora. El inconsciente no sólo es un saber que hace que el sujeto diga la palabra justo en ese momento, sin que él sepa que la está diciendo, sino que el inconsciente es un saber porque hace que esa misma palabra se repita más tarde en boca de otra persona y en otro lugar. El inconsciente no sólo es un saber porque ubica esa palabra en ese momento, sino que el inconsciente es lo propio de la repetición; el inconsciente es el saber de la repetición. Decir que el inconsciente es el saber de la repetición, significa que el psicoanálisis supone que la repetición de un significativo, por ejemplo la repetición de un síntoma, es algo que está perfectamente estructurado; que tal elemento sabrá relacionarse adecuadamente con tal otro elemento en la repetición, en esta suerte de cadena virtual que lo

produce - el psicoanálisis lo traduce como cadena reprimida - la cual incluye todos los síntomas que como significantes han pasado, y todos los síntomas que van a venir. Estos dichos o significantes pueden estar puestos en boca de cualquiera, en la medida en que cualquiera esté en una relación de transferencia.

1.1.4 Síntoma y goce

Otro punto importante es el concepto de goce; para entender que es, se hace necesario remitir de nuevo al síntoma. Decía Freud: "un síntoma es dolor, es pena, es sufrimiento; pero también es una satisfacción, porque el síntoma nos evita un dolor más grande. Uno sufre con poco para no sufrir de algo mayor, de un dolor mayor" (Nasio, 1994, p. ?).

El goce es una moneda que tiene dos caras: la cara del dolor y la cara de la satisfacción; el goce es tanto satisfacción como dolor. La palabra goce hace pensar en goce sexual, punto de referencia fundamental para la teoría analítica. Pero no es eso, el concepto de goce va más allá de la idea de goce sexual (Nasio, 1994). El goce es esa mezcla de dolor y satisfacción y por lo tanto el síntoma conlleva un goce parcial sustitutivo, goce sustitutivo de otro goce mayor que el sujeto evita con el síntoma. Por lo tanto un síntoma es un goce parcial para evitar otro goce mayor.

1.1.4.1 Goce y placer

Existe una barrera para el goce, y este es el placer. Para Freud, el placer es la disminución de la tensión. Es atemperar la tensión, y justamente, aquello que atempera la tensión es lo que pone una barrera al goce. "Si tuviera que ser esquemático, diría: el placer es bajar la tensión; el goce es la máxima tensión" (Nasio, 1994, p.?). El goce es el punto máximo en que el cuerpo es puesto a prueba. Quizás el ejemplo más sensible en que el cuerpo es puesto a prueba es el dolor; el dolor es un ejemplo de lo que es un goce, un cierto tipo de goce que se opone al placer. La relación entre el placer y el goce es que el placer es una barrera de goce.

Lacan, traza una distinción esencial entre placer y goce; el goce reside en el intento permanente de exceder los límites del principio de placer. Este movimiento, ligado a la búsqueda de la cosa perdida, que falta en el lugar del Otro, es causa de sufrimiento, pero el sufrimiento no erradica nunca por completo la búsqueda del goce. El goce se opone entonces al placer, que disminuiría las tensiones del aparato psíquico al nivel mínimo (Plon & Roudenesco, 1998).

De ahí los síntomas como compromiso entre el goce imposible y la satisfacción exigida. De ahí las formaciones del inconsciente como modo sustitutivo de realización del deseo. Y de ahí también, el juego de la lengua en tanto que posibilidad de reencontrar las fuentes del placer interdicho, de remontar la represión y de acceder al libre empleo de las palabras y los pensamientos. Queda por decir, que el placer no carece de límites, y que el goce que los excede es rechazado, en tanto, que es extraño al sujeto. Lacan insiste también, en el modo en que la regulación del placer refrena el goce corporal; no obstante, la falta de este último deja lugar a lo que causa el deseo en el inconsciente (Plon & Roudenesco, 1998).

Capítulo 2

"Principios del psicoanálisis"

Primer principio del psicoanálisis: El inconsciente como un saber estructurado

Lacan rescata que el inconsciente, está estructurado como un lenguaje. Con esto, lo que él estaba pensando era que la relación de esos dichos virtuales, de esa cadena virtual de dichos, podía ser pensada en los términos de la lingüística, y más que de la lingüística, de la retórica, particularmente en términos de metonimia 2 y de metáfora 3 (Nasio, 1994).

La metáfora y la metonimia, son definidas clásicamente como «figuras de retórica» que modifican el sentido de las palabras: ellas «animan», «adornan el discurso», como si por otra parte existiera la palabra justa.

A la idea que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, le sigue otra fórmula: "El lenguaje es la condición del inconsciente". La idea lacaniana de una primacía del lenguaje - y por lo tanto del significante - se basa en el dato primero que no se trata de que el individuo aprenda a hablar, sino que el lenguaje lo instituye (o construye) como sujeto. Dicho esto y puesto que está tomado en un universo significante, el niño comienza a hablar mucho antes de saber conscientemente lo que dice su palabra: "El lenguaje - escribe Joél Dor - aparece entonces como la actividad subjetiva por la cual se dice algo totalmente distinto de lo que uno cree decir en lo que dice" (Plon & Roudenesco, 1998).

Si el inconsciente esta estructurado como un lenguaje, no puede sino desbordar ampliamente la entidad individuo. El inconsciente no puede ser individual - ni colectivo por otra parte - se encuentra entre dos, las partes común que une a los dos protagonistas analíticos (Nasio, 2001). Luego, la interpretación del analista es la repetición en boca del analista de un síntoma (significante) dicho por el paciente.

El inconsciente ata, el inconsciente liga, el inconsciente abraza a la gente; y ésta es la idea fundamental lacaniana. El inconsciente en Lacan es un inconsciente que liga; para Lacan el lenguaje es algo que liga, que ata. El inconsciente es algo que se juega en el orden del dos; el inconsciente es algo que pasa por encima de las cabezas de esos dos partenaires analíticos: el analista y el analizando, y que puede manifestarse en boca del uno o en boca del otro. Esto es el inconsciente como saber (Nasio, 1994)

El sujeto habla sin saber lo que dice. Más allá de la trivialidad del «molino de palabras», Lacan sostiene, que un discurso dice más que lo que el sujeto cree. Sin saberlo, a veces deja escapar una «palabra plena», verdadero corte significante, efecto de sentido, o incluso reducción a través de la cual, el sujeto se conjuga con su deseo inconsciente (Plon & Roudenesco, 1998).

Desde este punto de vista, la interpretación sería el retorno en el analista de lo reprimido del analizante, dicho de otra manera, el analista expresa lo que el paciente reprime (Nasio, 2001).

Así se llega al primer principio: el inconsciente como un saber estructurado.

Segundo principio del psicoanálisis: No hay relación sexual

El psicoanálisis plantea que el ser hablante no quiere gozar, no puede gozar. El ser hablante es alguien que rechaza el goce; y que lo rechaza como instancia mayor, es decir, como el goce-Otro 4. Esto es muy importante. "Es una diferencia ética fundamental porque finalmente, si ustedes me preguntan qué es un neurótico, yo diría: un neu-rótico es aquel que hace todo para no gozar; todo

lo necesario para no gozar, y por supuesto, una manera de no gozar es gozar con poco". (Nasio, 1994, p.?). Para darse cuenta que la satisfacción absoluta no llega jamás, lo mejor que se puede hacer es seguir deseando y contentándose con sustituciones, cosas parciales, con pantallas que satisfagan parcialmente el deseo. Hay dos cosas con las cuales el neurótico goza para no gozar de algo más allá: una es el síntoma y otra la fantasía. La fantasía y el síntoma son los dos medios a disposición del ser hablante, en particular, el neurótico, para evitar, para recusar, para refrenar el goce.

Este goce mayor o goce Otro, "este lugar que uno evita, que nosotros los seres hablantes evitamos, este lugar al que no podemos y no queremos entrar, es el lugar del sexo como innombrable; no es el lugar de lo genital; es el lugar, el punto en el que el psicoanálisis no puede decir: "Esto es un hombre, esto es una mujer"; el sexo, para el psicoanálisis, es un lugar que carece de nombre" (Nasio, 1994, p.?). No es que no se reconozca la diferencia entre un hombre y una mujer, anatómica o socialmente. El psicoanálisis dice: desde el punto de vista del goce, no se puede saber si éste es un hombre que goza o ésta es una mujer que goza. El goce no tiene sexo definido. Decir que el goce no tiene sexo definido, se puede expresar a través de una fórmula más rigurosa: el goce no tiene ningún significante que lo signifique, es decir, que no hay nombre, no hay significante para "éste es el goce del hombre" "éste es el goce de la mujer". De allí que Lacan haya propuesto una fórmula que en su época hizo escándalo y que corresponde al segundo principio: *no hay relación sexual*. Lo que quiere decir, es que no hay relación simbólica entre un significante del goce masculino y un significante del goce femenino, porque no hay significante, de los goces de uno y de otro; porque el goce es un lugar que no tiene significantes, es decir, que no existe marca que lo defina (Nasio, 1994).

Puesto que el goce sexual está marcado por la imposibilidad de establecer en lo enunciable el Uno de la relación sexual, puesto que no hay significante del goce sexual, se deduce que el goce es fálico, es decir, que no se relaciona con el Otro5 como tal. Es goce de lo que ocupa ese lugar, de lo que suple; es goce de la palabra, fuera del cuerpo. "No hay relación sexual porque el goce del Otro tomado como cuerpo es siempre inadecuado, perverso de un lado y yo diría loco, enigmático, del otro" (Lacan, 1994, p?). Su fórmula ritornelo «no hay relación sexual», desde 1969 funcionará como un verdadero recordatorio permanente de esta ausencia de significante sexual. "No hay relación sexual, relación, entiendo, que pueda ponerse en escritura" (Lacan, 1994, p.). Por el hecho de que habla, por el hecho de que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, como lo demuestra Lacan, el goce no puede ser concebido como una satisfacción de una necesidad aportada por un objeto que la colmaría. Únicamente cabe allí el término goce y como goce prohibido, no en el sentido fácil de que estaría tachado por censores, sino porque está interdicto [entre-dicho], es decir, está hecho de la materia misma del lenguaje donde el deseo encuentra su impacto y sus reglas (Plon & Roudenesco, 1998). Lacan pretende demostrar que el goce se sostiene en la obediencia del sujeto a un mandato, sean cuales fueren su forma y su contenido, lo que lo lleva, al abandonar lo que hay allí de su deseo, a destruirse en la sumisión al Otro (gran otro). Decir que no hay significante sexual es una de las maneras de situar al Otro como lugar de la represión originaria. A consecuencia de esta repetición tendencial, el goce es en adelante distinto de la ley; gozar de la madre está prohibido (Plon & Roudenesco, 1998).

Capítulo 3

"Psicoanálisis y anorexia"

Anorexia como síntoma

Etimológicamente, la palabra "*Anorexia*", es de origen griego y quiere decir: sin hambre, sin apetito, sin deseo (Fendrik, 2001).

La anorexia ha llegado a considerarse como un cuadro más dentro de la psicopatología. Es decir, que se toma una parte por el todo, y así el síntoma se utiliza incluso para dar nombre al sujeto, que ya no es alguien que tiene problemas que se manifiestan también en su relación con los alimentos, sino que es "anoréxico" (Baravalle, 1998).

Para el psicoanálisis, la anorexia es un síntoma, que tiene como todo síntoma, una cara signo y otra significativa. La cara signo se remite a este rechazo del objeto alimentario y al adelgazamiento como consecuencia de éste. La cara significativa, se refiere al significado inconsciente que permite que emerja como signo.

Esta concepción de anorexia como síntoma, se basa a partir de dos supuestos fundamentales. En primer lugar y volviendo a la noción de síntoma mencionado el capítulo anterior, cumple la función de asegurar el no cumplimiento del goce Otro. Y en segundo lugar, como síntoma, se manifiesta en distintas estructuras de personalidad.

Silvia Fendrik (1998, p.) dice: "Les propongo pensar la anorexia así, en plural, como un síntoma, es decir, una sustitución significativa en la que el sujeto está implicado; síntoma que se puede insertar en diferentes estructuras y que tendrá las diferencias y variedad que corresponde a la especificidad de cada caso."

En algunos casos tal vez ni siquiera pueda ser estatuto de síntoma, sino consistir en un intento de restitución que solo puede ser signo (en el caso de la psicosis por ejemplo). Incluso en las neurosis a veces se necesitara un cierto tiempo para que la anorexia pueda devenir síntoma como tal (Fosch, 1994).

Según Silvia Fendrik (1998), este breve panorama "diagnóstico", anorexia como cuadro, es sólo para advertirnos que lo que llamamos "nuevas patologías" no son sino un desconocimiento o un olvido sintomático por parte de muchos analistas, que tal vez desconfían de las herramientas clínicas y conceptuales del "viejo" psicoanálisis para conquistar nuevos "mercados".

Es así como se pierde de vista que este síntoma puede aparecer en diferentes estructuras: neurosis o psicosis. Por lo que se dice que, aunque se presente con cierta frecuencia a una determinada edad y curse con una serie de fenómenos conocidos, esto no basta para establecerlo como una estructura más (Baravalle, 1998).

Es necesario reconocer ante todo, que cuando se habla de anorexia, se oscila implícita o explícitamente entre neurosis y psicosis. Se reconoce la fantasía de embarazo, el temor al envenenamiento que subyace a algunos delirios, o más comúnmente las depresiones con síntomas de abulia y desinterés e inhibición generalizada, entre los cuales está la pérdida de apetito, asimilados fácilmente al rubro "trastornos de la alimentación" (Gorali, 2000).

Se dirá con J. Lacan que a los problemas - y la ano-rexia lo es sin duda -, no pretendemos cerrarlos, ni dejarlos abiertos. De lo que se trata es de situarlos y asir las referencias desde donde pueden ser tratados. Es el propósito de este trabajo. La anorexia lejos está de ser un trastorno de la alimentación. Para el psicoanálisis no hay un objeto alimento, no se trata ni de cosas ni de seres, no es un mundo de objetos en el sentido común del término, sí de objeto como obstáculo. Sin embargo, casi siempre existe la tendencia a deslizarse hacia una noción armónica del objeto (Gorali, 2000).

Se puede decir entonces que: la anorexia es una constelación de síntomas y signos que se superponen a distintos mecanismos psicopatológicos. Se instala en diferentes tipos de patologías mentales, acompañado de estructuras psicóticas y neuróticas (Fendrik, 1998).

De acuerdo a esto, se puede mencionar que según la estructura, es el significado que la persona que padece anorexia le da a la comida (Fendrik, 1998).

Anorexia en la neurosis

En la neurosis, el síntoma tiene como objetivo sostener la función paterna. Esta función se encuentra siempre debilitada en la neurosis y no actúa con la suficiente intensidad como para separar al sujeto del goce incestuoso inconsciente con la madre. Esto se ve claramente en la anorexia. El sujeto no come, porque en la relación con su madre – o con quien cumpla ese rol - su deseo queda reducido a la necesidad, ya que se le atiborra de comida cada vez que efectúa una demanda de amor (Baravalle, 1998).

En una estructura neurótica, la ingesta de comida, será relacionada con la aparición de cambios corporales con redondeces y esto reactivará fantasías sexuales inconscientes de embarazo, por lo que se abandona la ingesta de alimentos. La reactivación de fantasías se hace presente en el ámbito de fantasías incestuosas en relación con el padre (Baravalle, 1998).

Meyer (en Schütze, 1983) dice que el ideal de la persona que padece el síntoma anoréxico no es la muerte, sino una existencia espiritual, una vida sin cuerpo y sin necesidad de nutrición. Con el ayuno se agota el desarrollo sexual somático, desaparición de senos y menstruación y con ello se sale al paso de las connotaciones sexuales que conlleva.

La desaparición o la detención de los caracteres sexuales secundarios sólo es posible hasta cierto punto, ya que, por ejemplo, la formación de los senos, en contraste con el desmoronamiento físico general, se conserva incluso en estadios avanzados de esta afección. Como consecuencia, la percepción del propio cuerpo se modifica cada vez más, tanto a través de experiencias reales como de deformaciones condicionadas por la angustia. Aun cuando las pacientes, objetivamente, han experimentado un espectacular adelgazamiento en el vientre, nalgas, muslos, etc., subjetivamente todavía se encuentran demasiado gruesas (Schütze, 1983).

Sours, Blitzer y otros autores (1969/1961 en Schütze, 1983) señalan también, que junto a la significación de la ingesta alimenticia para el natural desarrollo de los caracteres sexuales somáticos, la vivencia de la concepción y del embarazo como algo semejante o equivalente a la ingesta alimenticia (vientre voluminoso). Así, el rechazo de la ingesta sería equiparable al rechazo de las relaciones sexuales íntimas, cuyo motivo también se comprendería a través de este planteamiento.

Este punto demuestra que la predominancia de este síntoma en el sexo femenino, está dado por la existencia de fantasías de gravidez y embarazo, que son propias de las mujeres. En el caso de los hombres, el síntoma anoréxico indica que existe este tipo de fantasías, encontrándose a la base de este síntoma un trastorno de identidad sexual. De ahí que la proporción que se encuentra en términos de sexo sea 1 hombre cada 10 mujeres (Centro Neuropsiquiátrico de Santiago de Chile, 2001).

Anorexia en la psicosis

En la psicosis la cuestión es diferente. La función paterna no está debilitada, sino ausente. En el momento en que se constituye el sujeto, cuando es necesaria la función paterna para separar al hijo de la madre, no hay ningún padre que cumpla esa función. Ningún padre cumple esa función aunque muchas veces haya un padre de carne y hueso presente. Lo importante no es la presencia del padre como realidad sino que pueda cumplir con esa función. Al no producirse esa operación que denominamos metáfora paterna, al no haber padre, el psicótico se fabrica uno. Frente al despedamiento y estallido psicótico, el delirio cumple una función de estabilización. Cuando aparece el delirio se produce cierta calma en el sujeto, debido a que la metáfora delirante viene a sustituir la función paterna que falta (Baravalle, 1998).

En la estructura psicótica existe una connotación más paranoide, temor al envenenamiento o incorporación terrorífica por comida contaminada, puesto que toda comida sin afecto es vista como veneno (Baravalle, 1998).

Tanto en la neurosis como en la psicosis, la connotación y los distintos significados que se le asignan a la comida, llevan a la realización de una dieta estricta que la joven cumple fielmente (Baravalle, 1998). Esta es la cara signo del síntoma anoréxico, la no ingesta de alimento, signo común que está a la base de las diferentes estructuras en la que se instala el síntoma. Ésto, junto con el hecho que el neurótico sostiene al padre con el síntoma y el psicótico lo crea con el delirio, dará ciertas particularidades a la cura (Baravalle, 1998).

El don: La no respuesta a la promesa de amor

El objeto que la joven que presenta síntomas anoréxicos rechaza es el alimento, la anorexia es una defensa de la insatisfacción de la necesidad para preservar el deseo. Ella, muestra con su síntoma que no se trata de comida, que demanda siempre otra cosa. No se trata entonces de la comida, porque no hay ningún alimento que satisfaga el deseo, aunque la boca esté llena (Fosch, 1994).

Este rechazo al alimento como indica Lacan, tiene su origen en la primera etapa de vida del sujeto.

La madre es para el niño tanto como para la niña: el ser del cual dependen. El primero con el que se vinculan, omnipotente y poderoso, ya que es ella, la madre la que interpreta las necesidades del niño. Frente al llanto del niño, ella dice: tiene hambre, tiene frío, le duele aquí o allá, etc. Es ella la que pone nombre a sus demandas. Ella trata de saber que es lo que ese niño demanda en su indefensión; es así como para ella él también es un enigma. Se ponen en juego dos demandas y dos interrogantes. Por un lado cada uno demanda que se le satisfaga en aquello que desea y, por otro, cada uno se pregunta: ¿qué quiere de mí? (Baravalle, 1998).

Cuando el niño tiene hambre siente displacer, llora y grita. La madre responde a esta petición amamantándolo. Así satisface esta necesidad. Con gran sorpresa la madre comprueba que, aunque satisfecha esa necesidad, el niño quiere algo más. Agotadas todas las necesidades se puede inferir que él le pide amor (Baravalle, 1998). Para el psicoanálisis el don, es símbolo de amor (Gorali, 2000). Para el niño el seno no sólo es nutricio; para él ese seno es un objeto erótico, un objeto de goce, y es este el nivel en el que queda insatisfecho, ya que el Otro materno frustra esta petición de amor, no respondiendo a la promesa de amor hecha, el don, sino a la necesidad de comida (Gorali, 2000), *"atiborrándolo con la papilla asfixiante de lo que tiene"* (Soria, 2000). Aquí se aprecia el objeto de amor reducido al objeto de la necesidad (Soria, 2000). Aquello que parece encontrar en cada mamada lo pierde en el acto, ya que su deseo no queda satisfecho (Baravalle, 1998).

Ésto puede explicar la verdadera función del síntoma anoréxico. Se trata de la satisfacción sustitutiva de la saturación simbólica. Es la satisfacción como objeto. Un Otro que, nos recuerda Lacan, "confunde sus cuidados con el don de su amor". Ese otro impositivo que frente a la demanda de amor que abre a lo que no puede darse, al infinito, a lo que no puede saciarse ni colmarse, responde con un objeto, con algo que ofrece, con algo que tiene para dar. Así "confunde sus cuidados con el don de su amor" y "esta ignorancia es lo que el sujeto anoréxico no perdona" (Gorali, 2000, p.53).

Comer Nada: Nada como deseo

La anorexia no es un no comer, es un no comer nada que se traduce: comer nada (Gorali, 2000).

El deseo remite a un momento mítico, el objeto de deseo es un objeto perdido faltante, que se constituye como ausencia, una nada. No se trata entonces de que la anoréxica no come, sino de que como dice Lacan, come nada (Fosch, 1994). Porque la nada es el objeto que interponen frente a la demanda del Otro.

Nada, también tiene una formulación más precisa, es la incorporación del significante como tal, es el acceso del sujeto a lo simbólico, es lo que permite al sujeto un más allá de la demanda materna. Es la manifestación del sujeto de su pertenencia al mundo del significante. Nada, es el significante de la falta en ser del sujeto, de su humanización, de su entrada en el registro simbólico. Es la marca de la importancia del símbolo, de la palabra, del significante, en contra de la prefiguración o la complementariedad del objeto, es por lo tanto una apuesta al significante. Nada, sigue concerniendo por lo tanto al significante, no al objeto (Fendrik, 1998).

Nada, es la posibilidad de desear, es la positivización del deseo. Nada, sería entonces el paradigma de la entrada del sujeto en el deseo, del desafiar la necesidad que establece que es necesario comer para vivir. De ahí saldrá el comer, la necesidad más básica como deseo (Fendrik, 1998).

Para entender esto es necesario volver al concepto de deseo. El deseo es una aspiración jamás realizada, porque el fin buscado es un fin imposible, el del incesto. Es un impulso hacia el incesto. Ahora bien, la insatisfacción del deseo incestuoso se traduce mentalmente, no por un vacío o por una carencia en el pensamiento, sino, por una producción suplementaria, la de una alucinación mental. No la del cuerpo total de la madre, objeto siempre imposible, sino de una parte de ese cuerpo, como veremos en este caso, el seno. De este modo, la alucinación del seno es el sustituto de la posesión incestuosa del cuerpo materno. Para el niño el seno no sólo es nutricio; para él ese

seno es un objeto erótico, un objeto de goce, y es éste el nivel en el que queda insatisfecho. (Baravalle, 1998).

La joven que padece anorexia, rechaza ese estado dúplice que reconocemos en el niño de pecho, satisfacción del hambre e insatisfacción del deseo. Quiere que la insatisfacción reine por todas partes, que sólo haya insatisfacción, tanto de la necesidad fisiológica como del deseo. La anorexia consiste en decir: "No, no quiero comer para satisfacerme y no quiero satisfacerme para estar segura de que mi deseo permanece intacto" (Baravalle, 1998, p.11).

Por eso el sujeto que padece este síntoma anoréxico cada vez come menos, se fija un límite cada vez menor y se siente culpable si lo traspasa. Estas jóvenes hacen causa de la renuncia, del rechazo, al alimento. Comen nada, nos indica Lacan, porque la nada es el objeto que interponen frente a la demanda del Otro. Esto supone la principal dificultad para el tratamiento ya que la joven no tiene problema por no comer, sino por hacerlo (Gorali, 2000).

Por esto se niega a satisfacer la demanda de que coma, que la dejaría reducida a ser tratada en el plano de la necesidad. "Juega con su rechazo como un deseo", nos dice Lacan en "La dirección de la cura", confunde así, de-seo con rechazo. Pero, sobre todo, se instala en su causa. Causa que supone negar la necesidad. Sólo se siente culpable si traiciona su causa (Gorali, 2000).

Sin embargo, rechazo no es deseo, y es allí donde el sujeto implementa una estrategia de negativización del goce alimentario, a través de su huelga de hambre, se produce una positivización: la boca como lugar vaciado del objeto alimentario pasa a ser ocupada por el objeto nada, produciéndose una transformación del goce: el goce alimentario rechazado es recuperado como goce oral de la boca vacía. Por eso este rechazo no alcanza el estatuto de deseo, deteniéndose en una voluntad de repetición de un «no» reiterado sin fin, cuyo límite es el fantasma.

El sujeto se identifica aquí con la demanda, que pasa a funcionar como recuperador de goce. Es este plus, es la satisfacción que obtiene el sujeto en esta posición, la que plantea al analista el desafío que implica la puesta en forma del síntoma (Soria, 2000).

La anorexia es ese grito contra toda satisfacción y es un mantenimiento obstinado de la insatisfacción. Por eso es que no hay peor actitud hacia una persona con este síntoma, que querer alimentarlo. Esto sólo reforzaría su protesta y su insistencia en conservar el deseo a cualquier precio, es decir, defender cueste lo que cueste el hecho de no estar satisfecho y querer así preservar su ser. De esta manera, el mantener su deseo le permite a esta joven asegurarse de no concretar el goce. Ya que a los ojos de quien padece este síntoma, lo que va en contra el deseo, es la satisfacción referente a la necesidad de alimentarse, pues cuanto más se sacie su hambre, menos podrá mantener despierto su deseo (Baravalle, 1998)

El rechazo de la alimentación es un modo de no tragar cualquier cosa, un modo de sostener el deseo aún a costa de su propia vida. El deseo no puede ser colmado, puede ser evocado a través de la demanda, pero nunca satisfecho. Es así que la noción freudiana del deseo lo plantea como heterogéneo respecto del orden natural, indestructible, sustentado en una permanente insatisfacción (Fosch, 1994).

Capítulo 4

"La dinámica anoréxica"

4.1 Relación madre e hija

Existen distorsiones importantes en el vínculo madre – hija. Las madres son la figura dominante en esta familia y el padre es periférico. Éstas demuestran fuerte tendencia al sacrificio, con gran dificultad para hacer algo agradable para sí mismas (Losinno, 2000).

Es una relación simbiótica, la cual se instala de manera muda y, por lo tanto, de difícil observación clínica (Fendrik,1997).

La madre sobreprotege sin afecto y utiliza al hijo para autosatisfacerse. Por lo tanto, la niña se instaure como proveedora de gratificaciones narcisísticas hacia la madre. Es complaciente, perfecta, sometida. Por todo esto, la joven anoréxica crece con un yo falso, el cual está en conformidad con las necesidades de la madre (Losinno, 2000).

La madre no puede reconocer angustias o deseos en la niña y éstos son siempre reenviados al cuerpo. Existe una gran preocupación de la madre, pero que se expresa siempre en forma específica, concreta, logrando apreciar solamente lo biológico. Es por eso, que generalmente se consulta, sólo cuando ha tenido lugar la desaparición de la menstruación, amenorrea (Schütze,1983).

4.2 Dinámica familiar

La familia de la persona con síntomas anoréxicos, es rígida y se adapta a los cambios con mucha dificultad, puesto que son miembros muy cohesionados, existiendo límites débiles entre las personas, parecen casi inseparables, aún cuando haya conflictos que no han sido resueltos, ni explicitados, ni reconocidos. Por esta misma razón existe una disociación entre "ser" y "aparecer", que es típico en este tipo de familia. No existe una preocupación real por ser felices, sirve sólo con aparentarlo. Esto le da la connotación social de ser familias perfectas, con hijos perfectos, utilizándolos como un hijo ideal, cargado de omnipotencia (Losinno, 2000).

Como las emociones no circulan libremente, es difícil poder expresar algún tipo de agresión o desacuerdo que vaya en contra de esta cohesión como familia. La agresión no tiene cabida. Cualquier tipo de rechazo o queja es vista como una traición y esto es terreno fértil para respuestas somáticas. Es por eso que la persona que padece este síntoma, busca en la conducta de no comer, poder expresar su sentimiento de independencia y control de sí misma. Al no tener espacios para sentimientos agresivos y de rechazo, estos son trasladados hacia el cuerpo (Schütze,1983).

La relación de pareja está asentada sobre modelos pregenitales infantiles. Esto lleva al establecimiento de relaciones narcisísticas, no se reconocen uno al otro como dos seres discriminados y distintos, sino cada uno funciona según las aspiraciones del otro (Losinno, 2000).

En la joven con anorexia, hasta la pubertad no parecen tener conflictos, pero cuando estalla el síntoma aparecen estos, dramatizados en la conducta, debiéndose principalmente al surgimiento de fantasías incestuosas con el padre. Esto provoca el síntoma de la anorexia, como una falsa rebelión y mayor independencia del mito familiar (Laserna, & Moizeszowicz, 1994).

El mito familiar se refiere al mantenimiento de la armonía familiar ideal de unidad y bienestar. Existe una lealtad al grupo y una negación de los conflictos. Las características más relevantes de este mito familiar son:

- Es fundamental la lealtad, la entrega y el bienestar del grupo.
- Tendencia a ascender en todos los niveles de la vida social (económico, intelectual y cultural).
- Sobrevaloración del rendimiento escolar.
- Rechazo a cualquier forma de sexualidad.
- Sobrevaloración por todo lo artístico y espiritual (religioso).
- Extremo espíritu de sacrificio.
- Importancia exagerada del alimento como vehículo de expresión de sentimientos (la comida como recompensa o castigo) (Morales, 1988).

Estos elementos le otorgan un valor económico al mito familiar al afirmar que, por el hecho de ser "compartido sin discusión por todos los miembros, promueven rituales y proveen áreas pacíficas de acuerdo automático, son verdaderos programas de acción que ahorran cualquier pensamiento o elaboración posterior" (Ferreira, 1966 en Plon & Roudenesco, 1998).

A. Eguer (2000), también se refiere al mito familiar. Según este autor, el mito familiar viene a resolver contradicciones y antinomias atinentes a lo vivido, a las ideas y a las dificultades de la familia, ayuda a mantener el equilibrio homeostático, y le atribuye al mito familiar el carácter de "una convicción compartida", lo que daría estabilidad y eficacia.

Frente a esta escena de equilibrio y supuesto ambiente perfecto que se vive en la familia, es que la joven se revela, y lo hace a través de sus síntomas, dando una señal de alerta que indica que no todo está bien.

4.3 Metamorfosis de la pubertad

Existe una discontinuidad significativa en el comienzo de la pubertad y las transformaciones que trae aparejadas. Se trata de cambios reales en el cuerpo que demandan una reorganización de la relación del sujeto en lo simbólico y lo imaginario. Esta reorganización es difícil de llevar a cabo por las pacientes, que se esfuerzan por mantenerse "como antes" en un reconocimiento de los cambios que se traducen exclusivamente en términos de un exceso que perturba la imagen y en algunas la misma experiencia del cuerpo (Baravalle, 1998).

Debido a las características de cambio de esta etapa de desarrollo, es que se evidencia la problemática anoréxica en la niña, precisando que la presentación de este síntoma anoréxico, el no ingerir alimento, es la última señal de alerta, la última etapa que hace visible el proceso psíquico de la joven (Soria, 2000).

Las jóvenes con síntomas anoréxicos, rechazan ingerir comida más allá de un límite, subjetivamente fijado y cada vez más escaso. La necesidad de control, en relación con ese límite, las convierte en auténticas expertas en dietética. Controlan, obsesivamente, el contenido en

proteínas, calorías, etc. de los alimentos. Exigen saber lo que se va a cocinar ese día y el siguiente, para hacer su propia planificación. Pueden cocinar con esmero, para los demás, mientras ellas no comen o lo hacen en cantidades mínimas (Gorali, 2000).

Este tipo de sujetos suelen ser obedientes y disciplinadas, excepto si se le pide que coman, y suelen ser estudiantes o trabajadoras excepcionales mientras se mantienen en la posición anoréxica (Gorali, 2000).

De manera recurrente se repite en la historia familiar que la joven con anorexia fue "hija modelo", respondiendo a los ideales del Otro materno, sostenidas en una identificación narcisística que los signos de la pubertad hacen vacilar. Por lo tanto la conducta anoréxica nos permite situarla como intento de solución frente a la conmoción de las identificaciones en las que hasta entonces el sujeto se sostenía en una relación de aparente normalidad y armonía con los ideales familiares. El esfuerzo de estas jóvenes se dirige en forma obstinada a la búsqueda de lograr una imagen abstracta, nunca encontrada, que se erige más allá de la diferencia de sus sexos. Cabe recordar que la metamorfosis de la pubertad exige al sujeto una reorganización de su posición sexual, con el abandono de posiciones pretéritas (Losinno, 1999) .

Cabe destacar que la aparición de la menstruación, regla y desregla a la vez, ya que las pone en conflicto ante la posibilidad de ser madre o acceder a un desenfreno sexual (Fendrik, 1997). El borramiento de todo signo de carácter sexual secundario y la ausencia de menstruación las resguarda de enfrentarse a la relación con el otro sexo; intentan hacer como si este problema no existiera y todo el resto de su vida sigue igual, en una acción no exentas de logros valorados socialmente (Baravalle, 1998).

4.4 El perfil de la joven que padece el síntoma anoréxico

Desde un punto de vista psicológico, es posible distinguir ciertas características individuales de las personas que padecen anorexia.

Estas jóvenes, responden generalmente con las pautas esperadas por las personas significativas que la rodean, que por lo general es la madre. Esto las lleva a negar sus propias necesidades, con tal de satisfacer a sus padres, quienes la manipulan narcisísticamente. Estas menores, se comportan muy de acuerdo a las convencionalidades sociales, por lo que una de las características que resalta es que son sobreadaptadas. Teniendo a su vez, una dificultad sistemática en el reconocimiento de sus emociones (Schütze,1983).

La joven con anorexia, todo lo entrega a la sublimación. El placer corporal, todo placer corporal, es negado y se entrega a la sublimación. Por eso son buenas estudiantes (Gorali, 2000).

También esto permite la articulación entre el rechazo a la comida y a los estudios. Rechazo a la demanda de instrucción utilitarista ahogadora del deseo de saber, en ese alimentarse, engordar de conocimientos, para ignorar lo fundamental. Cuando al deseo de saber se superpone la demanda de instrucción puede aparecer la "anorexia mental". El no aprender nada, vomitarlo, el aprovechamiento nulo, cero, nada. Nada que se interpone frente a la demanda del Otro. Quizás esto explique que cuando una anoréxica abandona su posición su rendimiento empeora (Gorali, 2000)

Son muy perfeccionistas y autoexigentes, por lo que al realizar regímenes alimentarios son muy estrictos, preocupándose por las calorías, comiendo solas, y haciendo dietas monótonas (Schütze,1983).

No son hábiles en el mantenimiento estético personal, ya que se nota ausencia de preocupación por el maquillaje y vestuario, se presentan por lo general con sus caras deslavadas y visten con ropas holgadas, las cuales le permiten ocultar aun más sus caracteres sexuales secundarios tales como caderas y senos (Schütze,1983). Esto invita a reflexionar sobre la posible influencia del modelaje en este tipo de síntoma.

Respecto a la posibilidad, que el síntoma anoréxico vaya en búsqueda de la imitación de una imagen de belleza sobrevalorada culturalmente, y que se encuentra representada por las top model, es cuestionable desde la perspectiva psicoanalítica. Ya que si hacemos referencia al sentido común y fenomenológico de la apariencia de la joven con anorexia, se percibe una diferencia radical en cuanto al modelo supuestamente a seguir. Estas jóvenes no persiguen la belleza de las top model, puesto que si fuese así, se podría apreciar en la consulta, a una joven arreglada, maquillada y con la seducción propia de este tipo de patrón de belleza. Sin embargo; se aprecia un desinterés en su aspecto físico, que se traduce en vestimentas que ocultan sus caracteres secundarios y alguna posibilidad de seducción. Si es que hubiese alguna relación con el seguimiento de este patrón de mujer, podría referirse a las características de las top model que se relacionarían con las jóvenes con síntomas anoréxicos, ya que éstas, las top model, son sobreadaptadas, y están bajo la tutela de un diseñador y maquillador que las moldean de acuerdo a sus necesidades y así, a través de ellas, logran reconocimiento por su trabajo. Esta dinámica es muy similar a la que se produce en la relación madre e hija en la familia de una joven que padece el síntoma anoréxico (Fendrik, 1997).

Capítulo 5

"Estrategias de abordaje para el tratamiento de la Anorexia Nerviosa"

Si bien existe un marco teórico que rige la práctica, el caso en particular y sus singularidades constituyen la base del fundamento psicoanalítico. Esto, porque en psicoanálisis se trabaja con lo que el paciente trae, o sea, con el re-conocimiento único y propio de cada individuo de sus significantes, los cuales constituyen su propia cadena virtual, que le da la singularidad al sujeto y por ende al tratamiento.

Una vez establecida la relación entre el rechazo de alimentos y la estructura psicopatológica que subtiende al síntoma, el psicoanálisis resulta vía para el abordaje de la anorexia nerviosa.

Como introducción al tema del tratamiento, se considerarán algunas cuestiones preliminares, retomando brevemente algunas de las ideas más generalizadas acerca de la anorexia y de su tratamiento analítico en el terreno de la alma que atraviesa al llamado psicoanálisis del fin de milenio (Fendrik, 1998).

En primer lugar, frente a la frase "Hace falta comer para vivir" el psicoanálisis encontraría un obvio límite al tiempo de comprender necesario, para escuchar la verdad del sujeto atrincherada en el síntoma. Puesto que la obligatoriedad y alarma ante la no ingesta de alimento pone énfasis en que

se debe comer y no da el espacio necesario para que la joven en análisis pueda significar y dar sentido a su síntoma. Sin embargo, y remitiéndose a la frase "comer nada", frase elemental en el caso de la anorexia, se encuentra que la joven no es que no coma nada, sino que come nada (Fendrik, 1998).

Recuérdese que gracias al shibboleth "deseo de nada", que se trata del rechazo a una demanda materna devoradora que redujo (y sigue haciéndolo) el deseo a la necesidad. Los síntomas anoréxicos serían la solución (defensiva) del sujeto para recuperar o alcanzar la vía del deseo (de nada) (Fendrik, 1998).

Nos encontramos con el hecho de que la fórmula "deseo de nada" se ha transformado en embolsante de la anorexia, y de allí la imposibilidad de situar la diferencia conceptual y por lo tanto clínica entre las anorexias donde predomina el goce y los síntomas en donde tenemos que extraer la veta del deseo, donde hay una verdad del sujeto acorralada, arrinconada, que se expresa a través del síntoma como llamado al Otro en tanto sujeto supuesto saber.

Recordemos también que este comer nada le permite a la joven resguardar su deseo y con esto se asegura el no gozar, es por eso que la incorporación de la comida iría en contra de este recurso de la joven, constituyéndose en una violación. Al estar más cerca del cumplimiento de goce, ante lo prohibido e innumerable, la joven experimenta desesperación, angustia existencial que la puede llevar a la muerte o la locura. Es por eso que se recalca de sobremanera, que la lógica del médico no es compatible con esta afección y es por esto también, que asociarse con ellos es tan descabellado, ya que se pone en riesgo la vida de la joven (Fendrik, 1999).

Efectivamente, y como segunda idea, el trabajo en equipo para que el paciente coma, dividiendo funciones, y poniendo en acto la antigua dicotomía mente-cuerpo es inconciliable con una dirección de la cura basada en la idea de que el sujeto en tanto significante es una unidad. No es el individuo al que se lo puede fragmentar y abordar desde distintas especialidades médicas o desde distintos ángulos, físico, psicológico, social, económico, cultural, etc. Piénsese si no, en la joven que llega a un analista como complemento o descarte, con múltiples diagnósticos y presiones, donde justamente los analistas cuentan con una experiencia que indica los impasses a los que conduce el trabajo en equipo (Fendrik, 1998).

Si se responde con el típico desdoblamiento analista/nutricionista, lo único que se logra es nutrir, alimentar, duplicar el síntoma, haciendo obstáculo para que el deseo atrincherado pueda reconocerse en los significantes que le abrirán el acceso a otros posibles objetos. Luego, se debe sancionar la alianza con el nutricionista, o los que nos llevan a asociar libremente alimento con objeto materno y no con significantes y buscar la causa en la Madre real.

Luego de la revisión de estas dos ideas, se abordará el tratamiento de la anorexia desde sus tres formas de intervención para el psicoanálisis, las cuales son: tratamiento de tipo individual, tratamiento de tipo familiar y tratamiento de tipo grupal. Estos tipos de tratamiento no son excluyentes entre sí, y pueden realizarse en forma paralela.

Tipos de tratamiento

Tratamiento Individual

Se visualizan ciertos criterios y fases que se viven en la sesión terapéutica. Hablemos primero de los criterios que se deben tener en cuenta, sobre todo el terapeuta.

El terapeuta debe dirigirse a la paciente explicarle que sólo se comenzará el tratamiento si ellas vienen por su propia voluntad, por su deseo, si ellas desean vivir y vivir mejor; se le aclara que no puede tomar un tratamiento sólo porque sus padres la envían a la consulta. Debe aclararse que si concierne la entrevista, el hecho de comer o no comer va a correr por cuenta suya, que ella está en condiciones de decidir por sus alimentos y de sentarse a la mesa como uno más de la casa. Se indica que debe normalizar sus actividades diarias. Se procede así como una forma de invitar al paciente a ingresar a un proceso de reorganización donde tiene que ser un participante activo, debe estar convencido que emprende un trabajo. Si no es así, es muy difícil entre otras cosas llevar a cabo el proceso de historización que implica intentar resignificar lo que esta inscripto para realizar una nueva inscripción (Torres, 1994).

La experiencia extraída de la bibliografía psicoanalítica ha demostrado la fundamental importancia de la ampliación del universo simbólico del paciente (y también del nuestro) mediante un diálogo que incluya historias, testimonios, relatos, cuentos (Fendrik, 1998). Con ellos y a través de ellos le ofrecemos un lugar, un albergue, más o menos transitorio para alojarse. Sería erróneo que el terapeuta impusiera con insistencia a las pacientes la interpretación del material de las narraciones (Schütze, 1983).

La actitud del terapeuta es básicamente de una escucha que permita la contención de la paciente, una comprensión empática que facilite que ella se exprese libremente. En lugar de un silencio o de un activismo por las dudas, a través de lecturas compartidas se trabajan las dudas junto con el paciente (Fendrik, 1998).

En la toma de contacto con la paciente en primera instancia, se suele estimular el hablar de sus emociones, como es la relación interpersonal, con su familia, procurando no mencionar el tema de la comida a no ser que ella lo mencione. Hay que hacer una contención de sus emociones y que es lo que ella piensa y cree de su vida. Hay que recordar en la joven anoréxica, que una de sus características principales es el no reconocimiento de sus emociones, ya que se comportan y sienten de acuerdo a lo que los otros significativos esperan de ella. Entonces el promover la expresión de las emociones, provocará un redescubrimiento de sí misma como una persona con emociones propias e independientes de la dinámica cohesionada del grupo familiar (Torres, 1994).

Finalmente, se deja en claro que la alianza se crea con ella, no con la familia, o sea, no con las creencias de la familia o con lo que ellos esperan. La joven, busca con su síntoma, establecer una falsa rebelión que le permite expresar autonomía con el no comer, sin embargo esta estrategia no funciona, ya que al dejar de ingerir alimentos concentra aun más la atención y con ello el control familiar del que pretendía huir. Esto es importante a la hora de establecer la alianza terapéutica, puesto que si ésta se hace con la familia, se estaría en contra de esta rebelión adoptada por la joven, convirtiéndose en una figura más de control, lo que produciría en la joven impotencia ante el fracaso de esta rebelión, desencadenando un posible suicidio. Cabe resaltar el cuidado que debe de tenerse con este tipo de paciente, ya que corresponde a una de las pocas veces que el terapeuta puede hacer que el paciente se suicide.

Se ha observado en la lectura de los casos clínicos, que el proceso terapéutico pasa por tres fases que permiten determinar el proceso psicológico por el que está pasando la persona con síntomas anoréxicos. Estas son:

Sobreadaptación: De acuerdo a la característica que resalta su adaptación a las diferentes situaciones en que se encuentra, en la sesión, la paciente habla mucho, sus diálogos hacen alusión a un bienestar tanto en su entorno familiar como en sus relaciones interpersonales. En cuanto al afán de mantener el control, resulta que las primeras entrevistas las pacientes se muestran inquietantes por todo lo que hay de impredecible y por ende incontrolable en ellas. De ahí que puedan observarse dos reacciones características de las pacientes, o bien que el terapeuta es tratado de manera tal que pareciera indicar un profundo conocimiento preexistente, a los efectos de producir una sensación tranquilizante en la joven que facilite la expresión de su hablar, o bien en la paciente se encierra en un profundo mutismo del que sólo sale para proferir un discurso nutricional inconsciente. La interpretación de este afán de control que subyace al fenómeno de la pobreza asociativa o del discurso catártico, hace innecesarias técnicas extra analíticas como modelado en arcilla o actividades plásticas que sólo desvían la atención de lo central a analizar (Losinno, 1994).

Rebeldía: la paciente trata al terapeuta de manera agresiva y manifiesta rebeldía ante el proceso terapéutico, como por ejemplo, no asiste a la sesión, no quiere hablar, no sabe de que hablar. Las jóvenes ven representado el conflicto que viven en su hogar relacionado con el tema de la dependencia y con su rebeldía intentan ir en contra de esta situación.

Si el tratamiento va en avance, se da el fenómeno de la transferencia, en el que de por sí existe el elemento de la dependencia, frente a esta situación es que la joven se presenta ambivalente, puesto que es en el tema de la dependencia donde está su conflicto (Bó de Besozzi, 2000).

La importancia de conocer esta fase, está dada en que se puede pensar, que esta actitud de rebeldía está basada en pérdida de rapport; sin embargo, constituye un signo de buen avance del tratamiento.

Insight: al final la paciente realiza un insight y surgen las críticas a ciertos aspectos de la relación familiar. La paciente comienza a actuar como grande, más independiente y con sus propias ideas.

El tratamiento avanza y comienza avanzar tímidamente una pregunta, que la coloca por primera vez en un cuestionamiento de sí misma ¿Por qué? ¿Para qué todo esto?. La técnica implica un abordaje desde la pregunta y desde la construcción. Pregunta que hace el analista y que culminará, en el mejor de los casos, con la pregunta que la joven pueda hacerse a ella misma. Hasta que esta no surja, ella se habrá ubicado en el lugar de la respuesta: la única forma de ser es flaca. Si la pregunta aparece se ha avanzado en un camino. Camino en la instalación del análisis y condición básica para que éste pueda desarrollarse. De ahí en más, se tratará de abrochar las escuetas significaciones que aparezcan para constituir un discurso que permitirá ligaduras que neutralicen el síntoma anoréxico (Laserna & Moizeszowicz, 1994).

Tratamiento Grupal

En cuanto a la segunda manera de tratamiento, se relatará el caso específico de la comunidad terapéutica "La Vela" (Colombo, 1999 en Goralí 2000), esta comunidad se basa en el tratamiento

analítico, orientada por los principios del psicoanálisis. Desde esta perspectiva, permite la definición de la sesión analítica como lugar específico de producción de efectos analíticos, con el fin de poder pensar de este modo, el funcionamiento del trabajo institucional y sus procedimientos orientados por la lógica del discurso analítico. Se ha escogido este modelo de intervención, puesto que comparte los mismos principios y fases de una intervención grupal, no institucional, o sea, dirigida en forma particular por un terapeuta.

Esta institución situada en un pequeño pueblo de la provincia de Vercelli, entre Turín y Milán, aloja a un número reducido de pacientes, entre 5 y 9, pacientes afectadas por la anorexia grave, aquellos que no han sido posible tratarlos dentro de terapia individual o grupal, y con frecuencias provienen de otras internaciones hospitalarias con servicios de psiquiatría y nutrición clínica.

La comunidad se ha hecho cargo de una pionera apuesta teórico-clínica, tal apuesta, se funda en que la base de la anorexia constituye una respuesta a una relación alterada del sujeto con el Otro simbólico. A partir de esto, sus desórdenes (alimentarios, perceptivos, relacionales) constituyen los nexos fenomenológicos, para alcanzar a descongelar la singularidad del sujeto que se ha hecho portador y que en aquella, ha quedado bloqueada. Es así como trabaja la institución, en el transcurso del tratamiento, se focaliza en la lógica inconsciente que preside la construcción de la posición anoréxica.

Los pacientes permanecen en la comunidad por un periodo de tratamiento que oscila según los casos, entre ocho meses y un año. Es un lugar de transición, de pasaje y no un lugar de cronificación segregante que los protege de la dureza del mundo.

De la posición subjetiva, hasta la producción de la demanda de tratamiento, constituye el recorrido del trabajo del sujeto anoréxico en la comunidad. Tal trabajo se configura entonces como preliminar, en tanto que apunta a crear en el sujeto las condiciones de posibilidad de un tratamiento adecuado a la particularidad, a menudo de un verdadero análisis, cuando el sujeto salga de la comunidad (Recalcati, 1998 en Goralí 2000).

La institución tiene tres principios fundamentales a cerca del funcionamiento dentro de la comunidad, y estos son:

Equipo sujeto tratante: este punto responde la pregunta ¿quién dirige la cura en la comunidad?. Se postula que es el equipo tratante el responsable de la dirección de la cura, cuya producción está todavía en las manos del sujeto con anorexia. Operacionalmente esto consiste en hacer subsistir el equipo de la comunidad como sujeto supuesto saber, como lugar del Otro simbólico que orienta el trabajo de cada operador con los pacientes, y que deviene de los pacientes mismos, o sea, el objeto primario de transferencia a la institución.

Reglamentación incompleta: articula la relación entre la ley y el goce en la institución. Sólo una regulación que se sabe incompleta por estructura, según el matema del Otro simbólico barrado, que deja al sujeto su margen ineludible de movimiento para adherir o no a lo predispuesto para el Otro institucional, hace posible elaborar el acto de la transgresión como un tema de trabajo, un enigma que reenvía al remitente de parte de equipos de operadores (que funcionan como destinatarios), similar al acuse de recibo de las cartas certificadas.

Elaboración simbólica + interferencia sobre el goce: articula el trabajo institucional en comunidad como una acción conjunta sobre el sentido inconsciente y el goce, como la unión convergente de momentos de elaboración simbólica (los grupos, los atelier, los coloquios individuales, las reuniones) y de prácticas de interferencia respecto al ejercicio del goce, (las reglas que ponen límites y organizan el funcionamiento real del dispositivo comunitario), donde los primeros sin los segundos se revelan vacíos, y los segundos sin los primeros, se muestran ciegos.

El recorrido terapéutico esta a la base de tres fases que permiten leer la lógica de los pasajes cumplidos del sujeto en el curso del tratamiento comunitario. Estas fases son:

Resubjetivación: o sea, la reemergencia a un funcionamiento del sujeto capaz de investir libidinalmente su objeto, objeto que, en tanto marcados en un modo indeleble por la acción del Otro simbólico, colocan al sujeto en un lazo discursivo que implica la pérdida del goce por la acción de la cadena de significante. Esto implica la salida del aislamiento, la re-erotización del cuerpo, reanudación del ciclo menstrual, la constitución de relaciones amistosas y amorosas, relanzar un proyecto particular para el porvenir ligado al propio deseo.

Precisión de la demanda de tratamiento: construcción de una verdadera demanda de tratamiento adecuada al sujeto, que es preciso que surja del sujeto mismo, de modo que fuera de la comunidad prosiga su tratamiento con otros medios distintos a los ofrecidos. Sobre la base de la experiencia del centro, se observa y pretende que frente a sujetos de estructura neurótica logren una demanda de análisis individual. Frente a los de estructura psicótica el realizar la cura se presenta como la posibilidad de un anclaje del sujeto a otra identidad diferente respecto a aquella puramente anoréxica, identidad menos destructiva, dentro del contexto social semi-protégido que favorece el mantenimiento y la consolidación, dando pronta acogida a los momentos de fragmentación.

Organización del síntoma: está orientado a la organización y la reducción del síntoma alimentario, no de una manera frontal, o sea, como objetivo principal del centro comunitario. La reducción del síntoma se configura esencialmente como un efecto de la Resubjetivación (Cosenza, 1999 en Goralí, 2000).

Tratamiento Familiar

En una primera instancia se realiza una entrevista inicial con todos los miembros de la familia en que se visualiza la dinámica familiar en cuanto a:

- El papel de cada uno de los integrantes, en tanto pasivo o activo.
- Cual es la forma de relacionarse entre los miembros de la familia, tomando especial interés en la relación dada entre la madre y la hija (o) que padece anorexia.
- Cual es el mito o las creencias que dominan el funcionamiento de la familia.
- Determinar las normas morales y/o religiosas (Torres, 1994).
- Luego de la primera sesión, se establece un horario determinado para las sesiones familiares, por lo general son una vez a la semana (Losinno, 2000).

Como se ha visto, las características y la dinámica de la familia de la persona que padece anorexia es bastante complicada, son generalmente rígidos en cuanto a las creencias e ideas absolutas ausentes de duda y cuestionamiento, por lo que el trabajo con estas familias se hace más difícil. Por lo tanto frente a la sintomatología de la joven se oponen generalmente a un tratamiento terapéutico que revelaría un conflicto familiar oculto (Schütze, 1983). Es por eso que la familia trae consigo muchas resistencias frente al tratamiento psicológico.

Frente a esta situación de tratamiento, se puede visualizar ciertas etapas o fases que se dan en el manejo de éste.

Seducción: La primera estrategia de abordaje de la familia consiste en una seducción, seducción que se realizara con la familia de la joven basada en la contención de lo que ellos tengan que decir. Una escucha atenta que permita al otro sentir que lo están escuchando de verdad y seriamente atendiendo entonces a su angustia.

Intento de sacar a luz: Esto permitirá sacar a luz el lugar de la complicidad de cada integrante de la familia en este juego o mito que se mantiene en el hogar. Esto es un disparador que moviliza al resto de la familia.

Cuestionamiento: Una vez que se ha movilizado la familia, comienza el cuestionamiento de cada uno de los miembros en cuanto a su lugar y responsabilidad en el juego o mito.

Insight: Esta situación de cuestionamiento llevara poco a poco a que la familia pueda preguntarse sobre esta "verdad" que hasta el momento era única e incuestionable. De esta manera comienzan a reestructurarse una dinámica familiar más flexible, reconociendo la responsabilidad e individualidad de cada miembro dentro del hogar (Laserna & Moizeszowicz, 1994).

Luego de realizada la sistematización de los tipos de tratamiento para la anorexia nerviosa, cabe mencionar la forma en que estos se integran dentro del modelo de intervención propuesto.

Recuérdese que el tratamiento para esta afección puede darse en tres ámbitos (individual, grupal y familiar), los cuales pueden otorgarse en forma paralela y de acuerdo a lo señalado por varios de los autores citados en este capítulo, (Fendrik, 1998 ; Goralí, 2000; Laserna & Moizeszowicz, 1994; Losinno, 1994; Torres, 1994;) se pudo sistematizar el proceso de integración de estos tratamientos lo cual se procede a especificar a continuación.

El tratamiento individual es base para la intervención psicoanalítica y tiene como objeto la resignificación del síntoma y con ello su desaparición.

El tratamiento grupal tiene como fin, que de la joven surja la demanda de tratamiento, lo que da la posibilidad de un mayor involucramiento en el trabajo terapéutico individual en los casos en que no existe el compromiso para participar de éste, estimulando así la resubjetivización del síntoma por parte de la joven y junto con esto su acceso a la adolescencia. Por esto, como parte de los talleres, se fomentan actividades relacionadas con la enseñanza de habilidades que permitan resaltar su belleza y femeneidad.

El trabajo con la familia está orientado a que exista un soporte familiar que permita reconocer la dinámica que existe en el interior de la familia, sacando a luz el mito familiar y la toma de conciencia de una disfuncionalidad en sus relaciones.

Como se mencionó anteriormente, estos tipos de tratamiento pueden otorgarse en forma paralela, es decir, se pueden dar al mismo tiempo, gozando de independencia entre sí, siendo el de vital importancia el de tipo individual, o sea, el tratamiento con la joven que padece el síntoma anoréxico. El trabajo con la familia se realiza a partir de la entrevista inicial, ya que generalmente es ésta la que lleva a la joven a la consulta. Por lo tanto, en esta aproximación inicial se establece el encuadre del tratamiento, definiendo que en las primeras sesiones se atenderá sólo a la joven y que luego se requerirá de su presencia como parte del tratamiento psicológico.

El criterio para integrar el tratamiento familiar se establece cuando la joven comienza con el reconocimiento y cuestionamiento del mito familiar. Siendo de suma importancia la presencia de la joven en las entrevistas realizadas con la familia, con el fin de no excluirla y reconocerla como sujeto dentro del grupo familiar. El hecho de excluir a la joven de la entrevista familiar podría evidenciar la alianza del terapeuta con la familia y como se explicó anteriormente, esto puede contribuir al sentimiento de impotencia ante el fracaso de su rebelión desencadenando un posible suicidio.

Con respecto al tratamiento grupal, éste adquiere un carácter opcional, donde si se cuenta con las condiciones de espacio físico y el número de integrantes que es entre cinco y nueve jóvenes, se le propone como invitación a la paciente a formar parte de este grupo, siendo ella quien elige la incorporación o no a éste.

Estas consideraciones acerca de la integración de los tipos de tratamiento, son importantes de resaltar, ya que en el caso que el tratamiento familiar no pudiese realizarse, debido a reticencia de la familia para participar, o en el caso del tratamiento grupal por no contar con las condiciones físicas y número de integrantes. El tratamiento individual adquiere una mayor dedicación para cubrir aquellos objetivos que entregarían los tratamientos familiar y grupal.

Criterios de alta

Cuando las jóvenes aceptan de buen agrado el comienzo de su tratamiento y realizan el contrato de trabajo, es observable un cierto estado de asombro, se re-encuentran, pueden darse un sentido así mismos el que habían extraviado sin darse cuenta. Progresivamente la experiencia analítica va produciendo cierto sentido de alivio, de alegría, de esperanza, la idea de que se puede producir un nuevo orden que el proceso terapéutico que viene no tiene que ver estrictamente con comer, sino con facilitar su acceso a la adolescencia.

Varios autores (Gorali, 2000; Laserna & Moizeszowicz, 1994; Losinno, 1994; Torres, 1994), concuerdan que en el proceso de tratamiento de la joven que padece anorexia nerviosa, pueden determinarse ciertos criterios que serán considerados clave para el alta en el tratamiento. Estos son:

Mantención del peso: Durante primer mes se espera que la joven no baje de peso, que no siga la curva de descenso. Y luego, en el segundo mes que éste se estabilice. Es de imaginar que en el proceso posterior a la terapia va a lograr niveles de peso aceptable.

Normalización de la ingesta: Si bien, durante el tratamiento no se ataca el síntoma de la no ingesta directamente, el hecho que la joven mantenga y estabilice su peso significa que ha vuelto a comer y por lo tanto ha reparado el vínculo y la significación que tiene con la comida. Esta

normalización de la ingesta es proporcional a la necesidad y capacidad que tiene la joven de ingerir alimento, por lo tanto debe recomendarse el evitar exigir la incorporación de alimento en forma abundante. Luego de esto, puede ser derivada a nutricionista, a fin de orientarla en la obtención de niveles de peso aceptable de acuerdo al caso particular de la joven.

Cambios estructurales en el funcionamiento familiar: Una vez que se ha producido el insight familiar, tomando conciencia del disfuncionamiento que existe en el interior de ella, proporcionará la intención de un cambio que permita la flexibilidad como grupo familiar y el reconocimiento individual de cada miembro de la familia, lo que servirá de soporte a la joven en el transcurso de su proceso individual.

Toma de conciencia de los conflictos que impedían el acceso a la adolescencia: El hecho de estar sin miedos, sin críticas, sin balanzas, con una familia más flexible y aceptadora, le da la oportunidad de permitirse creer que hay algo bueno externo con quien se puede relacionar, en quien se puede confiar. Esto ayuda a la paciente que sufre, a producir una integración de sus aspectos internos desmoronados o no integrados, y hacer el duelo por aquello que le ha faltado: ya sea la madre tierna o amorosa o mujer eróticamente feliz o un padre libre de desear a su manera o padres que recibirán con alegría el hecho de su crecimiento. Con esto se da una resignificación de la cadena virtual inconsciente de la joven, que le permite un fluir en su proceso psicológico individual, con posibilidades de re-encontrarse consigo mismo y el mundo que las rodea.

Finalmente, de acuerdo a la experiencia de los distintos autores mencionados en esta investigación bibliográfica, se puede determinar que el tiempo aproximado en el que se lleva a cabo este tratamiento, y cuando están las condiciones o criterios para dar el alta, es de ocho a diez sesiones lo que corresponde a dos meses de tratamiento psicológico.

Discusión

Los objetivos planteados en esta investigación fueron alcanzados satisfactoriamente, logrando establecer mediante la sistematización de la información estrategias de intervención que orientan el abordaje del tratamiento de la anorexia nerviosa en su forma individual, grupal y familiar desde la perspectiva psicoanalítica, así mismo se logra especificar los criterios para el alta del tratamiento.

La discusión teórica de esta investigación se enfoca en relación con los criterios de alta de tratamiento mencionados en el capítulo cinco. Discusión que se centrará en el sentido que tienen estos criterios, las dudas que pudiesen originar en torno a éstos y que a continuación se pretenden examinar.

Comenzaremos pues, con los dos primeros criterios de alta del tratamiento psicoanalítico de la anorexia nerviosa, que refieren a la mantención del peso y normalización de la ingesta. Al leer estos, el lector podría preguntarse, acerca del porqué se consideran criterios que se centran en la cara signo del síntoma anoréxico para determinar el alta del tratamiento psicoanalítico.

Si bien la posición básica del tratamiento psicoanalítico es no atacar el síntoma en lo real - la cara signo del síntoma - se puede observar por medio del discurso de los padres y de la joven que se ha producido la resignificación de la joven con relación a la comida, y por lo tanto es aquí donde tiene

base los primeros dos criterios de alta, se ha mantenido el peso y la joven ha vuelto a comer, todo esto producto de la elaboración simbólica que la joven hace de su síntoma. Vale la pena recordar que: Un síntoma no tiene sentido; cuando adquiere sentido, el síntoma deja de tener sentido (Abadi, 1999).

Siguiendo con la discusión con relación a los criterios de alta se observa que el tercero - cambios estructurales en el funcionamiento familiar - se basa en la relación del sujeto que padece el síntoma con los otros sujetos que conforman su grupo familiar. Se menciona esto porque se podría pensar que el psicoanálisis pondría énfasis sólo en el individuo, sin embargo, el psicoanálisis representa a la persona como una entidad organizada topográficamente en diferentes niveles de profundidad, los cuales están interconectados de modo tal que los niveles más profundos determinan los niveles más superficiales, tales como las conductas manifiestas en relación con otras personas (Colapinto, 1987). Luego, para que exista un cambio en la dinámica familiar cada sujeto de la familia debe reconocerse como individuo y como protagonista de un disfuncionamiento familiar que mantiene el síntoma en la joven. Con esto se pretende aclarar que la dinámica familiar no se constituye como causa, sino que es un campo o soporte para el mantenimiento del síntoma, es por eso que en el momento de sacar a luz el mito familiar da la oportunidad para relacionarse con los otros de manera distinta, en un ambiente donde existen individuos que se relacionan con sus propias emociones y de manera más independiente, dando espacio en una dinámica familiar donde antes no existía.

Finalmente en el cuarto criterio de alta - toma de conciencia de los conflictos que impedían el acceso a la adolescencia - se hace alusión a que si bien, para el psicoanálisis la desaparición de un síntoma no es el fin último de la terapia, se considera como un criterio para ésta, debido a que la desaparición del síntoma significa el encuentro del significante en la cadena virtual inconsciente, y una vez producido esto, se está en condición de comenzar el análisis profundo y personal, cuyo fin es el encuentro de la felicidad, lo que implica invitación por parte del analista y un acceso por parte del analizado a la aventura del reconocimiento.

Luego de examinar cada uno de los criterios de alta para el tratamiento de la anorexia nerviosa, cabe destacar que la definición de estos, están destinados a una reestructuración en forma holística en referencia al sujeto que sufre el síntoma de anorexia nerviosa.

El aporte de las autoras en esta investigación, corresponde a la organización y sistematización de la información existente respecto al tratamiento de la anorexia nerviosa de acuerdo al psicoanálisis. Existe la teoría, existe la experiencia de los autores en los textos, información que las autoras organizan, estableciendo estrategias que orienten el abordaje del tratamiento para la anorexia nerviosa. Ahora bien, cabe destacar que la propuesta que se establece en relación con las estrategias de intervención en el tratamiento de la anorexia nerviosa desde el psicoanálisis, tiene como limitación, que estas pueden ser llevadas a cabo solamente por psicólogos con formación psicoanalítica, ya que los fundamentos teóricos para llegar a establecer estas estrategias se basan en una concepción teórica específica que es el psicoanálisis. Con estos se esclarece que esta postura obedece a sólo una visión de la psicología acerca de la concepción del tratamiento de esta afección. Por lo tanto, resultarían interesantes nuevas investigaciones desde las distintas perspectivas psicológicas con el fin de reconocer posturas teóricas que refuercen el sentido psicológico de este síntoma.

Luego de haber realizado una discusión teórica sobre el tratamiento de la anorexia nerviosa, se procede a la revisión de las ventajas y desventajas encontradas durante el transcurso de la misma.

Dentro de las ventajas de nuestra investigación se encuentra la uniformidad en cuanto a la concepción de la anorexia nerviosa de los autores consultados. Existe una homogeneidad respecto a los conceptos utilizados, las temáticas que guían las intervenciones y los criterios de altas que guían el transcurso del tratamiento. Además existe un evidente apego de los autores al pensamiento de Jacques Lacan, por lo que la exposición de sus relatos evidencia un lenguaje común entre los autores que facilitó la elaboración de esta investigación.

Dentro de nuestra consulta bibliográfica se encuentra la especialista en el tema, la psicoanalista Silvia Fendrik con quien tuvimos la oportunidad de tener contacto vía email, y a quien se le informó respecto a nuestra elaboración de tesis, teniendo la posibilidad de realizarle algunas preguntas respecto al tema, esto facilitó la investigación ya que despejó dudas que se tenían en el momento, dando la oportunidad de recibir retroalimentación por nuestro trabajo.

Dentro de las desventajas, se encuentra que la información difundida en Chile y que resulta de fácil acceso, corresponde a la descripción según el modelo médico de la anorexia nerviosa por lo que, al consultar por una visión psicológica respecto al tema fue de gran dificultad en su adquisición. Junto con esto, se encuentra la dificultad para acceder a la literatura sobre anorexia nerviosa desde el psicoanálisis en Chile, por lo que la adquisición de los libros fundamentales para la elaboración de la investigación tuvo que realizarse a través de la compra de éstos en el extranjero.

Conclusiones y Sugerencias

El objetivo general de la investigación era establecer una metodología de intervención psicoanalítica de la anorexia nerviosa, a través de la revisión y profundización de la bibliografía correspondiente a la praxis psicoanalítica. Este objetivo, fue llevado a cabo por medio de la sistematización de la información recaudada, la cual nos arrojó datos importantes y reveladores que contrastan con el panorama actual que se ha difundido respecto a la anorexia nerviosa. Así, nos hemos sumergido en la visión psicoanalítica de esta afección, que nos permitió contrastar y despejar el panorama oscuro que envolvía a este tema.

De esta sistematización, se pudo concretar la propuesta de tratamiento para la anorexia nerviosa en sus tipos individual, grupal y familiar, los cuales consideran principios y fases que orientan el curso del tratamiento y, que permite establecer sobre la base de lo anterior criterios de alta.

De la misma manera los resultados de nuestra investigación proponen una visión en la cual encontramos ciertas consideraciones importantes para el tratamiento, como:

Es un modelo innovador en nuestro país en la concepción de la anorexia nerviosa, puesto que, al considerarse ésta como un síntoma que guarda una significación particular en cada joven que lo padece, permite descartar una globalización respecto al seguimiento de ideales estéticos de moda como causa única de la anorexia nerviosa, respetando y enfocando su tratamiento a la individualidad de la persona.

Debido a la concepción holística que se tiene de esta afección, es posible visualizar en los distintos tipos de tratamientos fases que nos esclarecen la posición en el proceso psíquico de la joven. Esto trae como beneficios determinar criterios de alta, los cuales, basándose en la experiencia terapéutica, se da a las pocas sesiones de comenzar el tratamiento. Por lo tanto, el modelo de intervención psicoanalítico nos propone frente a un escenario catastrófico que se tiene de esta afección, un panorama más alentador que beneficia y garantiza una estabilidad holística en la joven y además un tratamiento de bajo costo monetario.

A medida que fuimos consultando y presentando nuestro tema, se nos fueron abriendo puertas que evidenciaron un gran interés por la propuesta que entregamos sobre la concepción y abordaje de la anorexia nerviosa, lo que nos llevo a tener la oportunidad de exponer una parte del tema en el Rotary Club de Arica y posteriormente publicar un artículo en el semanario del mismo. Además está en pie la oferta de publicación de la investigación, y la difusión de ésta, a través del Ministerio de Salud de Chile. Por lo que, la buena recepción manifestada hacia nuestra investigación, evidenció el interés de la comunidad hacia un planteamiento psicológico de la anorexia nerviosa camino fértil para futuras investigaciones.

Siguiendo a continuación en la línea de las observaciones realizadas, se sugiere:

La difusión de la información en Chile acerca del abordaje de tratamiento del psicoanálisis para la anorexia nerviosa, a fin de presentar una visión innovadora contrastante con los actuales tratamientos en el país.

Realizar investigaciones desde distintos marcos teóricos de la psicología respecto a la concepción y tratamiento de la anorexia nerviosa, como una manera de resaltar la importancia de los aspectos psicológicos de esta afección.

Referencias Bibliográficas

1. Abadi, J. & Abadi, M. (1999); Invitación al psicoanálisis, una propuesta para todos. Bs. Aires. Ed. Sudamericana. American Psychological (1994); Manual of publication of Asocciation American Psychological Asocciation. Forth Edition. Washington, D.C. Author
2. Benjamin, A. & Fendrik, S. (2001); Seminario: Psicoanálisis & Sauval, M. del hambre. Disponible: <http://www.edupsi.com.anorexia>
3. Baravalle, G., & Jorge, C., (1998); Anorexia, Teoría y clínica & Vacarezza L. psicoanalítica. Argentina. Ed. Paidós.
4. Bó de Besozzi, A. (2000); Dolor corporal y sufrimiento adolescente, Actualidad Psicológica, año XXIV - nº 279. Argentina.
5. Centro Neuropsiquiátrico (2001); Disponible de Santiago <http://www.anorexia.cl>.
6. Colapinto, J. (1987); Cebollas y pizzas.
7. Ponencia en Congreso de Terapia Familiar, Buenos Aires.
8. Eiguer, A. (2000); Representaciones sociales y los mitos familiares en la actualidad, Actualidad Psicológica, año XXIV – nº 279. Argentina.

9. Fendrik, S. (1997). Anorexia mal de brujas y santas. Revista La naciOnline. Disponible <http://www.lanacion.com.ar/suples/revista/971102/r-133.htm>.
10. Fendrik, S. (1997); Santa Anorexia "Viaje al país del Nunca comer". Bs. Aires. Ed. Corregidor.
11. Fendrik, S. (1998); La dirección de la cura en la anorexia. Revista de Psicoanálisis y Cultura, nº 8. Argentina.
12. Fendrik, S. (1999); Viaje al peligroso país del nunca comer. Disponible <http://www.rionegro.com.ar/salud/5-990218.html>.
13. Foch, M. (1994); Comer nada (Las anorexias). Montevideo. Ed. Roca Viva.
14. Gorali, V. (2000); Estudios de anorexia y bulimia. Bs. Aires. Ed. ATUEL.
15. Lacan, J. (1998); Seminario V, " Las formaciones del inconsciente". [CD-ROOM]. Infobase 4.1.
16. Lacan, J. (1998); Seminario XVI, "De un otro al otro". [CD-ROOM]. Infobase 4.1.
17. Lacan, J. (1998); Seminario XVII, " El reverso del psicoanálisis". [CD-ROOM]. Infobase 4.1.
18. Lacan, J. (1998); Seminario XXIII, " Le Sinthome". [CD-ROOM]. Infobase 4.1.
19. Laserna, M. & (1994); Adriana o el lugar de la Moizeszowicz, M. respuesta, Actualidad Psicológica, año XIX – nº 216. Argentina.
20. Losinno, H. (1994); Anorexia Nerviosa. Control del cuerpo y el contexto. Actualidad Psicológica, año XIX – nº 216. Argentina.
21. Losinno, H. (1999); El cuerpo en anorexia nerviosa y bulimia. Actualidad Psicológica, año XXIV - nº 264. Argentina.
22. Losinno, H. (2000); De la familia real a la representación de los padres, Actualidad Psicológica, año XXIV – nº 279. Argentina.
23. Morales, E. (1988); El rol de las familias en la patogénesis de la Anorexia Nerviosa. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol 34 - nº1. Bs. Aires.
24. Muñoz, C. (2001); Cuando comer es un problema. Artículo de la revista Crónicas del Domingo del diario la Estrella de Arica, 22 de abril Chile.
25. Nasio, J. (1994); El magnífico niño del psicoanálisis. Barcelona. Ed. Gedisa.
26. Nasio, J. (2001); Un psicoanalista en el diván. Bs. Aires. Ed. Paidós.
27. Pereira, J. (2000); Piden que Fonasa e isapres cubran la anorexia y bulimia. Artículo del diario la tercera, 10 de noviembre. Chile.
28. Plon, M. & Roudenesco, E. (1998); Diccionario de conceptos, términos y personalidades en psicoanálisis. [CD-ROOM]. Infobase 4.1.

29. Santos, E. & Cols. (2001); PsicoterapiaOnline. Disponible <http://www.psicoterapiaonline.net/anorexia.html>
30. Schütze, G. (1983); Biblioteca de Psicología 117. Anorexia mental. Barcelona. Ed. Herder.
31. Soria, N. (2000); Psicoanálisis de la anorexia y la bulimia. Buenos Aires. Ed. Tres Haches.
32. Torres, M. (1994); Del síntoma al nombre. Actualidad Psicológica, año XIX – nº 216. Argentina
33. Urrejola, P. (2001); Anorexia Nerviosa:Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible:<http://escuela.med.puc.cl/ops/Curso/Lecciones/Leccion09/M3L9Leccion.html>.