



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Facultad de Psicología

Trabajo final de grado - Articulación teórico clínica

“La delgada línea que suspende al cuerpo entre la vida y la muerte”

Autora: Yerutí Pérez Nassi 5.013.922-3

Tutora: As. Mag. Susana Quagliata.

Revisora: Prof. Adj. Mag. Silvana Contino.

Montevideo, Uruguay

Octubre de 2020.

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Presentación del caso	6
Descripción de las intervenciones realizadas en la práctica	7
Análisis institucional y sus implicaciones	7
Líneas de intervención para ser planteadas en el análisis.....	9
Articulación conceptual.....	9
Función subjetivante y construcción histórico-social en torno al cuerpo de la mujer	9
Proceso de desarrollo y constitución psíquica de la anorexia	13
El lugar de hija-hermana dentro de ese grupo familiar	18
El cuerpo como ruptura del pacto endogámico de las generaciones	23
Los efectos traumáticos de la violencia	27
La sexualidad como representante de la vitalidad descendida	32
La vía de lo corporal como abordaje del conflicto	37
Análisis de la implicación.....	41
Reflexiones finales	43
Referencias bibliográficas	47

Resumen

El presente trabajo final de grado corresponde a la modalidad de articulación teórico-clínica, respecto a una experiencia clínica desarrollada en el marco del Programa de Facultad de Psicología en convenio con la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), de "Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios de Salud de ASSE".

Se pretende comprender a partir del caso clínico de una adolescente, la asociación que existe entre la salud y el contexto en que habitan estas personas. Se considera que en algunos casos pueden oficiar como factor clave en los trastornos alimenticios, específicamente en las mujeres quienes mayormente son las que presentan la anorexia como enfermedad.

Se comenzará presentando la viñeta y describiendo las intervenciones realizadas en la práctica. Se propone una articulación conceptual a partir de este caso clínico, un recorrido histórico y social, para contextualizar esta problemática en la época actual. También se realizará un análisis de la implicación lo cual resulta fundamental para la comprensión de cómo se pensó la intervención psicológica.

Se procurará hacer visible desde el desarrollo de diversas líneas de análisis, aquellas relacionadas con el sufrimiento psíquico, con la historia de vida y familiar de la adolescente. La articulación conceptual procura profundizar y fundamentar desde allí otras líneas de intervención: función subjetivante y construcción histórico-social en torno al cuerpo de la mujer, el rol asumido como hija-hermana dentro de ese grupo familiar, el cuerpo como expresión del deseo de romper el pacto endogámico, los efectos traumáticos de la violencia, la sexualidad como representante de la vitalidad descendida y la vía de lo corporal como vía de abordaje del conflicto.

Sobre el final se propondrá una revisión sobre los dispositivos de abordaje para la anorexia y se hará énfasis en la importancia de aquellos basados en el cuerpo y de aproximación al sufrimiento psíquico. Las investigaciones e intervenciones con personas que padecen de anorexia, van desde el psicodrama, yoga y abordaje familiar (sistémico). Los mismos han sido analizados en relación con las necesidades que presenta la problemática e intervenir en estos casos con el objetivo de generar insumos, para su tratamiento a través de diversas perspectivas. A su vez, se reafirma la importancia del trabajo interdisciplinario en equipo, para complementar y dirigir las intervenciones.

Palabras clave: cuerpo, anorexia, género, violencia, abordajes.

Introducción

El presente trabajo corresponde a la modalidad de articulación teórico-clínica, respecto a un caso tratado en la práctica de graduación de la Facultad de Psicología. La experiencia se enmarca en el Programa de Facultad de Psicología en convenio con la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) de "Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios de Salud de ASSE". Las intervenciones mencionadas fueron desarrolladas en un servicio de atención de salud de segundo nivel, en el área de salud mental.

El primer contacto con este caso clínico surgió en las visitas realizadas en la sala de internaciones a una adolescente con trastornos alimenticios, diagnosticada con anorexia, quien posteriormente continúa en la consulta de la policlínica del centro de salud para seguir con el abordaje a partir del diagnóstico de su enfermedad.

En la primera parte se presenta el caso clínico y la descripción de las intervenciones realizadas en la práctica con la adolescente, en una primera instancia. A continuación, la descripción del análisis referido al marco institucional y las principales cuestiones que atravesaron esta experiencia.

La articulación conceptual plantea y explica el desarrollo de las principales líneas de intervención que se realizaron y se proponen otras, a partir del análisis clínico realizado posteriormente del caso: la función subjetivante y construcción histórico-social en torno al cuerpo de la mujer, y sus efectos; la asunción de un difuso como hija-hermana dentro de ese grupo familiar; el cuerpo como expresión y síntoma del deseo de romper un pacto endogámico, que se repite a través de las generaciones; los efectos traumáticos de la violencia, la sexualidad en tanto representante del proceso vital descendido y la vía del síntoma en el cuerpo, como expresión del conflicto.

En el desarrollo de la primera línea de intervención se interroga acerca de la anorexia como trastorno, para luego incluir una contextualización referida a la comprensión de la misma en las diferentes épocas, hasta hoy, ya que suele ser un factor clave en la anorexia. En esta línea, se profundiza sobre el análisis de las reglas culturales e imposiciones sociales producidas alrededor del cuerpo, especialmente sobre la mujer y la producción de subjetividad.

En este sentido, desde la perspectiva de la salud determinada por el contexto Foucault (citado en Hernández, 2013, p.82) conceptualiza "la sociedad disciplinaria es entonces una sociedad normalizante". Si bien, las normas sociales van cambiando, también lo hacen los conceptos de belleza y salud, adquieren diferentes sentidos y efectos en la vida de las personas. Estas imposiciones causan sufrimiento y hacen síntoma en el cuerpo, como en los llamados "trastornos alimenticios" para la psiquiatría.

En este sentido, la familia es una institución que forma parte de la sociedad disciplinar, la primera de la cual formamos parte desde las primeras etapas de la vida. Asimismo, se plantea analizar y comprender la influencia que ejercen las dinámicas familiares y conductas de la familia en la constitución psíquica del niño, que dan lugar a estas alteraciones alimenticias.

En relación a lo anterior, sobre las primeras etapas de la vida y la constitución psíquica, Lacan (citado en Carbajal, D'Angelo y Marchilli, 1985) conceptualiza acerca del *estadio del espejo* como el tiempo donde nos vemos sostenidos por la mirada del Otro, siendo el primer Otro la madre, que habilita la castración y consecuente lugar del falo en el orden de lo imaginario. Esto es la identificación formadora del yo, llamada la identificación narcisista. Sobre la teoría del psicoanálisis lacaniano, es a partir de la mirada que tiene lugar la interacción más primitiva con un otro que se repite a lo largo de nuestra vida. La mirada es una función que funda y modela las interacciones sociales, cómo expresar gestos y construir sentidos de pertenencia hacia determinados grupos. En el ámbito familiar la ausencia de la mirada hacia el niño puede ser recibido como una actitud de rechazo y vivenciado como tal.

En la tercera línea se pretende investigar la transmisión de la historia familiar a través de las generaciones y cómo afecta a cada sujeto en la asignación y asunción de roles. En el caso de la adolescente se desarrollaron vínculos distorsionados entre los miembros de la familia, asociados a creencias, mitos familiares y contexto socio-ambiental de cada época.

La cuarta línea para pensar estas perturbaciones alimenticias plantea las posibilidades de desarrollo de las mismas con estrecha relación a relatos de violencia intrafamiliar, lo que pudo constatarse en el espacio clínico. Se presupone que la anorexia es la manifestación de un conflicto y desequilibrio entre el deseo de vivir y de morir, que la persona vivió o vive situaciones traumáticas que la impulsa a vivir al borde de la muerte.

La violencia trasladada en situaciones de abuso al cuerpo, que se desarrollarán en la quinta línea de intervención propuesta. Las consecuencias de los hechos traumáticos, vividos pasivamente, generan efectos destructivos sobre las personas, quienes no pueden o se niegan a aceptar sus propios cuerpos. Simultáneamente se somete al mismo a la enfermedad, sin lograr tomar contacto con las causas de la misma. Además, el análisis de la sexualidad se analiza como vía de expresión de la pulsión de vida, la cual habría quedado capturada por la pulsión de muerte y subsume a la misma a apartarse de la vida sexual adulta, de las funciones reproductivas, la expresión libre del cuerpo que rememora frustraciones repetidas, lo cual genera una detención del desarrollo psicosexual.

En la última línea se destacan técnicas que incluyen abordajes enfocados principalmente en la expresión del cuerpo, en cómo se manifiesta en la anorexia, para comprender y resignificar el síntoma a través de los sentidos que la persona pueden

construir, como son: psicodrama, gestalt, teorías sistémicas, yoga y dispositivos grupales familiares. La aplicación de estos dispositivos, podrían pensarse en una estrategia simultánea y flexible, los cuales incluyen sin excepción la psicoterapia individual, tanto para la contención de las movilizaciones como para la reelaboración o reacomodación de la funcionalidad de los síntomas.

Hacia el final, resultó necesario el análisis de la implicación durante y después de finalizada la práctica, que convergen hacia las reflexiones finales con el objetivo de promover y pensar las intervenciones con un enfoque integrador y multidisciplinario.

Presentación del caso

Afrodita es una adolescente de 20 años. Vive con su madre y cinco hermanos: dos mujeres y un varón mayores que ella, una mujer y un varón menores. Vivió con ambos padres hasta los 12 años, siendo la segunda hija de esta segunda pareja. Sus hermanos mayores son hijos de una anterior pareja por parte de madre. La madre es una mujer de 58 años y tiene dos hermanos varones mayores que ella.

Esta mujer acerca de su vida cuenta que trabajó desde su infancia en el tambo de su padre (alcohólico), cuya madre fallece cuando ella era una adolescente. Afrodita, la adolescente de este caso, dice haber sufrido situaciones de violencia doméstica por parte de su padre alcohólico. Actualmente su padre vive en otra ciudad y no mantiene contacto con la familia.

Respecto a la alimentación, dice tener una conducta alimentaria rara desde que su padre se fue de la casa. Este episodio sucedió a raíz del llamado a la policía, que los vecinos hicieron luego que su padre le apuntase con un arma a la cabeza. La adolescente dice haber tenido un miedo intenso por engordar manteniendo su peso en no más de los 35 kilos. Ha tenido grandes dificultades con su menarca. Realiza dietas restrictivas inicialmente con alimentos variados. A partir de los 15 años comienza con una dieta vegetariana, solo se alimentaba de manzana, banana y café dos o tres veces al día en horarios puntuales (17, 20 y 21 horas) calculando las calorías diarias. En cuanto a su estado de ánimo, dice nunca haberse sentido bien y que luego de la mudanza a Montevideo, habían aumentado los síntomas depresivos. Comienza a estudiar Bellas Artes, pero luego de los primeros meses abandona.

Descripción de las intervenciones realizadas en la práctica

El primer contacto con el caso surge de las visitas realizadas en la sala de internaciones, y se continuó en el trabajo con ella dado el interés que suscitó para integrar la experiencia del aprendizaje clínico. Además era un caso rechazado por algunos especialistas, que se negaban a atenderla por tratarse de un caso difícil, según ellos. Luego se pensó en ofrecer un espacio de atención y consulta de la policlínica del centro de salud, a partir de un abordaje que diera seguimiento y apoyo a partir del diagnóstico y sufrimiento alrededor de su enfermedad.

Los principales objetivos de las intervenciones llevadas a cabo en la práctica fueron lograr integrar la historia de vida de Afrodita, y evaluar su funcionamiento psíquico a través de las técnicas desde los encuentros, así como también brindar un espacio de apoyo para la adolescente. Las técnicas aplicadas, fueron pensadas en el proceso de las intervenciones en las instancias de supervisión, en coordinación con la docente referente de facultad y en conjunto con la psicóloga del equipo de salud mental de la institución hospitalaria.

Los sentimientos predominantes que se observaron en los encuentros con ella fueron la angustia y síntomas depresivos, la conducta de retraimiento y las dificultades para poder comunicar en palabras cómo se sentía.

Se realizaron:

- Visitas en sala con el objetivo de acercarse a ella, conocer e indagar sobre su historia de vida y vínculos familiares, así como también realizar un seguimiento de su caso y redes de apoyo.
- La aplicación de técnicas gráficas y proyectivas- test del dibujo de la figura humana (DFH), test del dibujo de una familia, test del dibujo en ocho hojas y cuestionario o test verbal desiderativo.

Análisis institucional y sus implicaciones

En palabras de Lourau (1970) “se llamará «implicación institucional» el conjunto de las relaciones, conscientes o no, que existen entre el actor y el sistema institucional” (p.270) El autor refiere a reconocer que la estructura de la organización está compuesta por una implicación diversificada, por cada individuo que la compone. Propone pensar el concepto de contratransferencia, desde la psicología social como la expresión emocional que se aplica al analista. Por otro lado, Álvarez (2001) propone:

Lo deseemos o no estamos involucrados intelectual y afectivamente, sujetos a una particular manera de percibir, pensar y sentir en razón a nuestra pertenencia a una determinada familia, a una cierta clase social, como miembros de una comunidad religiosa, como partidarios de una corriente política, como profesionales de tal o cual disciplina, y esas implicaciones condicionarán nuestro juicios y nuestra decisiones. (p. 9).

El análisis institucional es atravesado en varias dimensiones por múltiples líneas conformadas por: los trabajadores, usuarios y la sociedad en su conjunto. En el acercamiento a la problemática de la Anorexia nos encontramos que en el centro de salud no existen protocolos de intervención para estos casos y tampoco recursos humanos formados en tal especificidad. A nivel institucional, una enfermedad poco abordada y rechazada por algunos especialistas, lo que genera puntos ciegos a nivel institucional en el tratamiento de la paciente.

En este sentido, innovar en los abordajes terapéuticos conlleva una investigación y creación al momento de intervenir en la singularidad del caso. Lourau (citado en Manrique, Di Matteo y Sánchez, 2016) afirma que:

el investigador/analista está implicado con su objeto de investigación/intervención, las instituciones de pertenencia y referencia, las demandas sociales, la epistemología del propio campo disciplinario y la escritura o cualquier otro medio que sirva para exponer los resultados de la investigación. (p. 991).

A partir de la comprensión de la problemática y desde un análisis crítico surgieron diversas interrogantes sobre las inquietudes que generaba la situación clínica y las respuestas de la institución. Reflexionar sobre esta experiencia llevó a preguntar sobre la construcción de la demanda, la cual emergía tímidamente y provocó la reacción a intentar responder dichas interrogantes. A partir de la comprensión del caso y las dimensiones que atraviesan la clínica, el propósito que surge es repensar los dispositivos terapéuticos con la integración de abordajes orientados hacia el cuerpo, los cuales sean complementarios al psicoanálisis, la terapia cognitivo- conductual, entre otros enfoques.

Las interrogantes quedan planteadas sobre el papel de las instituciones y la apertura hacia la integración de disciplinas y enfoques, de la misma forma con las herramientas y nuevas tecnologías.

Líneas de intervención para ser planteadas en el análisis

- Función subjetivante y construcción histórico-social en torno al cuerpo de la mujer.
- Proceso de desarrollo y constitución psíquica de la anorexia.
- El lugar de hija-hermana dentro de ese grupo familiar.
- El cuerpo como expresión de ruptura del pacto endogámico a través de las generaciones.
- Los efectos traumáticos de la violencia.
- La sexualidad como representante de la vitalidad descendida.
- La vía de lo corporal como abordaje del conflicto.

Articulación conceptual

Función subjetivante y construcción histórico-social en torno al cuerpo de la mujer

Resulta imprescindible hacer mención a algunas cuestiones históricas en relación a las mujeres, desde un abordaje con perspectiva de género, en tanto las construcciones subjetivas que se desarrollan suelen producir modos de ser y estar en el mundo. Con el fin de entender sus consecuencias, especialmente en relación con las alteraciones de la conducta alimentaria, las mismas son denominadas por el Tratado de Psiquiatría DSM-IV (López-Ibor y Valdez Miyar, 2002) como “trastorno” (TA) y con relación a su prevalencia: “Más del 90% de los casos de anorexia nerviosa se observa en mujeres” (p. 657). Existe un mayor desarrollo de este trastorno, según el sexo y género:

La prevalencia de la anorexia nerviosa durante la vida es, en las mujeres, de aproximadamente un 0,5%... La prevalencia de la anorexia nerviosa entre los hombres es aproximadamente una décima parte de la de las mujeres. En los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado. (2002).

Según los manuales de psiquiatría la anorexia y la bulimia nerviosa son un trastorno de la conducta alimentaria. Problematizar el concepto de anorexia para pensarla como una enfermedad producida en y desde los vínculos en el contexto socio-ambiental de convivencia del sujeto, aquello que lo enferma.

Comenzamos por identificar desde este punto de vista a la *anorexia* con las siguientes características diagnósticas, desde el DSM IV (López-Ibor y Valdez Miyar, 2002)

comprende el rechazo a mantener el peso corporal mínimo, vivido con miedo a ganar peso y en la alteración importante de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, así como también en el caso de las mujeres que son afectadas por esta problemática, que suelen presentar amenorrea.

El Manual de Psiquiatría especifica que durante los episodios de anorexia nerviosa se manifiestan en los siguientes subtipos: *tipo restrictivo*- cuadros clínicos donde predomina la dieta, ayunos y ejercicio intenso para bajar de peso; *tipo compulsivo/ purgativo*- caracterizado por atracones o purgas (o ambas), seguido luego por el vómito, uso de diuréticos, laxantes y/o enemas de forma excesiva. Estas personas no tienen conciencia de su alteración, incluso niegan siendo necesario obtener información de la familia u otras personas. Asimismo, tanto los síntomas como los trastornos asociados suelen experimentarse cuando las personas “sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo” (López-Ibor y Valdez Miyar, 2002, p. 655)

A partir de la modernidad, el sistema patriarcal subsume a la mujer a roles estereotipados de género sobre todo la colonización de su cuerpo, se la representa en el imaginario social y simbólico como figura pasiva y perteneciente al ámbito privado, la casa. Varela (2008) expresa:

El cuerpo femenino ha sido territorio conquistado y arrebatado durante siglos. Aún hoy lo es en buena parte del mundo. El cuerpo femenino en toda su extensión: sexualidad, salud, belleza y capacidad reproductora. El patriarcado se ha empeñado en negar la sexualidad de las mujeres, su placer y su deseo, y, al mismo tiempo, se ha encargado de imponer cánones estéticos al margen del riesgo que éstos tienen para la salud. (p. 234).

Barrán (2009) se refiere al gozo del cuerpo en la época bárbara (1800-1860), en Uruguay, describiendo el posible ejercicio desenvuelto, ya que la ropa permitía los movimientos naturales, libres y placenteros. En este período la sociedad se caracterizaba por escasas reglas de convivencia, sin tradiciones y poco jerarquizada, en cuanto a división de clases sociales; respecto a la época “civilizada”. A partir de 1860, el autor profundiza en la historia de la sensibilidad del Uruguay, en la denominada “civilización” de la sociedad “bárbara” caracterizada por los diversos modos de control, centrados en el cuerpo y la sexualidad. Se construye una nueva sensibilidad en la que el cuerpo deja de ser libre para ser sujetado y controlado desde la imposición de normas. La mujer era condenada si se mostraba sensual con su cuerpo, incitando posturas con piernas abiertas y tono de voz elevado. Las actitudes que fueron aceptadas y promovidas en la época bárbara, con

respecto al goce desenvuelto del cuerpo de forma placentera y plena; en el contexto “civilizado” eran castigados (Barrán, 2009).

La normativa de la época civilizada de comienzos del siglo XX en el Uruguay, el disciplinamiento era ejercido con mayor peso en los sectores burgueses, amparados en la Iglesia Católica, por ser el sector social dominante (Barrán, 2009). Se desarrollaba mediante agentes represores como el cura, el médico, el maestro, el policía, el padre; que inculcaron la negación de la sexualidad, la discriminación de los sexos y diferenciación de géneros enmarcado en una visión dualista. Ello concluyó en la dominación de la mujer por los sectores burgueses, amparados en la cultura patriarcal, en palabras de Barrán (2009) la mujer “convertida en subalterna ante el esposo, el padre o el hermano mayor” (p. 339).

Las prácticas del cuidado de la imagen, suelen recaer mayormente asociadas a las mujeres en relación a la belleza como ideal: el pelo, el maquillaje, la vestimenta y el corsé, que según Hoces de la Guardia (2010) fue consolidado como la silueta de ajuste a partir de la colonización española en América Latina a partir del siglo XV, como una prenda imprescindible para las mujeres de dicha época. El uso del corsé, específicamente se refería a la normativización del cuerpo, es decir a producir un modelo que representaba a la mujer de modo universal desde una perspectiva explícita y por tanto simbólica. Los objetivos principales del corsé se corresponden a lucir esbelta marcando la cintura para resaltar la curva, logrado por una prenda ajustada que a fines prácticos resultaba sumamente incómoda comprimiendo el abdomen y los órganos mientras que reducía la respiración y los movimientos corporales.

Varela (2008) manifiesta con una mirada feminista sobre la situación de aquella época, haciendo mención a los efectos a nivel de la salud en las mujeres, expresando que a finales del siglo XIX, las mujeres que vestían corsé tenían mayor prevalencia de morir de tuberculosis ya que la prenda deformaba la caja torácica y facilitaba la infección. A principios del siglo XXI, la epidemia del nuevo milenio: anorexia y bulimia, ya que a nivel de las sociedades del mundo desarrollado y entre las clases acomodadas del subdesarrollado, las mujeres que no sufrían la pobreza también se morían de hambre.

Los problemas con la alimentación o perturbaciones con la conducta alimentaria, en esta época se mencionaban como un fenómeno que comienza a encarnarse en otros niveles de la sociedad. Se desarrollaron con mayor incidencia en los sectores o clases dominantes (media-alta), lo cual permite afirmar que no precisamente ocurrían por falta de recursos económicos, como podría pensarse si fuera otro el contexto de referencia.

Estos cuerpos femeninos convertidos en objetos y controlados son vividos desde la incomodidad al intentar cumplir y colmar expectativas, que generan sentimientos de subordinación y angustia al no responder los patrones de belleza de la época, cuyo castigo es la renuncia a ser elegida por un hombre, ser amada y por ende valorada como mujer.

Sobre la imposición de patrones Varela (2008) menciona que están predeterminados por la cultura y que “la anorexia no se cura equilibrando el peso de la enferma, hay que equilibrar a la persona y de paso, a una sociedad que esclaviza a las mujeres que quisieron ser libres y están presas de la moda” (p. 233).

Hacia fines del siglo pasado, desde la tecnología y sus desarrollos se incrementan los medios de difusión y comunicación, que a nivel de la publicidad refuerzan los estándares de normatividad, como es el caso de la moda. Estos modelos sociales han generado que las personas deseen acceder a los ideales y se guíen por lo que la publicidad ofrece. Sin embargo, otras personas se obsesionan con dichos modelos y pretenden lograrlos a pesar de las consecuencias. Se producen efectos iatrogénicos en la salud de los sujetos.

Es así que se puede comprender que las enfermedades están fuertemente determinadas en muchos casos por la propia sociedad, como la clara influencia que ejerce en la mirada sobre el cuerpo de las mujeres, a través de múltiples dispositivos biopolíticos: tecnológicos, culturales, en el ámbito educativo, laboral y familiar. Castro (citado en Kuras de Mauer, 2011) refiere: “El dispositivo de sexualidad, plantea M. Foucault, gira en torno a 'las capturas de los cuerpos, sus fuerzas, sus energías, sus sensaciones, sus placeres”, y es el poder quien las organiza” (p. 96) El autor comprende a la sexualidad, como un dispositivo de poder.

Sobre la relación que se ejerce entre la cultura y la actualidad, Orozco, Huerta y Soria (2012) conciben que las tecnologías en nuestra época forman parte de la cultura narcisista y atraviesan el discurso de los adolescentes, lo que genera ilusión de inmortalidad, omnipotencia y anhelo por la perfección.

En este sentido, a nivel de las técnicas gráficas aplicadas, Afrodita en el dibujo de una figura humana (DFH) primero dibuja a una persona del sexo femenino y luego otra del sexo masculino, expresa que la última le cuesta más y finaliza. Mantiene el trazo rígido y continuo. Dice que por lo general no dibuja personas, porque le gusta la naturaleza. Sobre la fase estructural o expresiva del dibujo el tamaño de la mujer es mayor a la del varón. En la figura de la mujer predomina el trazo circular asociado dependencia y emotividad a diferencia del varón donde predomina el trazo recto asociado a los estados de ánimo agresivos (Hammer, 1980). Sobre esta asociación a la figura del varón con sentimientos agresivos se encuentra implicada su propia historia, con su padre, que será profundizada en la línea de los efectos traumáticos de la violencia.

En el dibujo también, la expresión de detalles superficiales como el collar y rasgos del vestido en los hombros de la mujer, según Hammer (1980) reflejan sentimientos sexuales prohibidos y reprimidos. El trazo en la primer persona está marcado por líneas algo quebradizas e indecisas (reforzadas en la pollera, senos y cuello) que se asocian según Buck a la inseguridad y ansiedad (citado en Hammer, 1980).

Afrodita elige a la mujer para contar la historia, principalmente en su relato, surgen primero las nociones expresadas anteriormente en cuanto a los ideales de belleza:

Es divertida, con carácter fuerte, muy coqueta y trabaja en una agencia de modelos. Hace algunos años participó de un festival y ganó como reina pero este año la llamaron para participar de un desfile y no ganó, porque había engordado mucho y su cuerpo no era el ideal. Entonces se deprimió y decidió no seguir con el modelaje, a partir de ahí empezó a hacer dieta y adelgazar 5 kilos, llegó a un punto que no podía agarrar a upa a su hijo pequeño. Entonces sus familiares decidieron internarla y se recuperó. Empezó a comer otra vez y decidió que no iba a ser más modelo porque le estaba perjudicando la salud. Se sentía insegura con ella misma y su cuerpo porque se comparaba con otros y se veía más gordita. (Afrodita, entrevista 3, 2019 mayo).

Más adelante expresa que dicho relato es similar a lo que le pasa a ella, identificándose y reconociéndose con su propia historia.

En el caso de Afrodita, ella dice acceder a videos de una youtuber que se caracteriza por el uso de ropa de color oscuro y una figura corporal muy delgada, la que brinda tips sobre dietas, ejercicios y prácticas para lograr mantener un bajo peso. También participa en una página de seguidoras que compiten entre sí por ser la que tiene menor peso, generando un espacio en red para participar frecuentemente en las competencias o como espectadora.

Proceso de desarrollo y constitución psíquica de la anorexia

Mediante el apartado anterior, sobre la contextualización socio-cultural de la problemática, surge la necesidad de continuar con el estudio del caso, y profundizar en cuanto al proceso de desarrollo de la anorexia, el que será abordado a continuación en relación al contexto familiar, ya que la familia se comprende como la primera institución de la cual formamos parte dentro de la sociedad.

Sobre el análisis del origen y desarrollo de estas conductas alimentarias, encontramos que si bien las personas pueden experimentarlos en cualquier etapa de la vida, suelen comenzar mayormente en la infancia y evolucionar en la adolescencia, mientras que en otros casos suele aparecer por primera vez en esta etapa de la vida.

En el caso de la o las infancias, ubicadas en los tiempos de constitución psíquica múltiples autores conceptualizan sobre la influencia de las conductas de la familia,

específicamente de la madre con el niño o niña, en la anorexia y otras problemáticas graves similares. En el proceso de desarrollo y constitución psíquica es fundamental comprender la relación de la madre o quien cumpla la función materna con el niño o niña. Para Megdy (2012) la problemática teórica y clínica del estrago materno se comprende en “la voracidad estructural que representa el deseo de la madre en la subjetividad, y de la tenacidad que toma esta en la relación madre-hija, como algo que ha de ser llevado al terreno del síntoma en el análisis.” (p. 171)

En particular con Afrodita, se podría pensar que los efectos del estrago materno remiten a un vínculo estrecho y voraz entre ella y su madre, el cual aún persiste en la relación entre ambas, dado que ella necesita que su madre la alimente y dice no poder hacerlo por su propia cuenta. De este modo busca inconscientemente el cuidado de su madre, quien parece no haberle provisto a su hija el sustento y cuidados necesarios para que ella pudiera valerse por sí misma quedando en un lugar de espera o desde una inexistencia.

En este sentido, un aspecto común a todos los gráficos es que se omiten las piernas y pies, asociado a conflictos relacionados con dichas áreas (Hammer, 1980). Específicamente en el dibujo de una familia, dibuja a ambas figuras (madre e hija) sin pies. Se interpreta que las piernas y pies expresan significación funcional de seguridad, responsables de sostener el cuerpo y de su locomoción que en este caso se asocian a la falta de seguridad y sustento que tiene la adolescente. Otro rasgo del dibujo, en la primera figura es que se resaltan los pechos, lo que corresponde según Hammer (1980) a individuos infantiles con necesidades orales. El énfasis en los senos (de la madre) los que dibuja grandes y escotados en el vestido, se encuentra en relación con la función de alimentar, dar pecho al bebé, en el sentido de que ella se encuentra a la espera para que su madre la alimente.

A su vez, en el dibujo de una familia en la figura femenina se resalta la cintura como separación de lo “superior” y lo “inferior” dividiendo significativamente las áreas del cuerpo (Machover, 1949). Lo “superior” en la mujer, en relación a factores nutricionales distinguiéndose por su desarrollo principalmente del pecho, lo más destacado en jóvenes que dependen del pecho de su madre hasta edades relativamente altas (Machover, 1949). Lo “inferior” referido a funciones sexuales y de reproducción (Machover, 1949).

Las conductas de la madre hacia su hija pueden estar asociadas a la historia familiar, ya que la madre expresa que el punto de inflexión de su vida fue el conocer al padre de Afrodita y que unos años después descubre que tenía otra familia y que era alcohólico. Si se comprende el contexto de la llegada a la familia de Afrodita, como segunda hija, coincide con la época en que su madre devela la verdad sobre su pareja. A partir de allí podemos inferir el posible significado del nacimiento de Afrodita para su madre y la consecuente falta

de sostén hacia su hija, la que parece advenir a una familia donde se desatan múltiples situaciones de violencia a las cuales es sometida en su infancia, profundizadas más adelante en las líneas correspondientes sobre los efectos traumáticos de la violencia y en el lugar de ella como hija-hermana dentro de ese grupo familiar.

Megdy (2012), se refiere al término estrago en relación a su efecto ambivalente, ya que resulta por un lado a la fascinación e impronta de la madre en los primeros años de vida del bebé; y a su vez a las marcas que de dicha fascinación se imprimen en el sujeto. En este sentido, el estrago materno según el autor “es padecido con una particular intensidad por el sujeto femenino, quien, en su novela familiar, da cuenta de una complejidad inédita y pertinaz, implícita en la relación madre-hija, y difícilmente equiparable a la de otro tipo de relación humana” (p. 171) En esta época contemporánea, la anorexia se acompaña de una proliferación de otros desórdenes alimenticios y revelan el orden simbólico que se construye la subjetividad actual de la época, que se apareja a un declive del padre simbólico; dando lugar a la voracidad de las posiciones subjetivas en pugna conforme a las cualidades del deseo materno (Megdy, 2012).

Desde el deseo materno como libidinización del cuerpo del bebé también Winnicott (citado en Fernández de la Vega, 2018) expresó que los procesos de integración y personalización dependen de una madre suficientemente buena, y se fundan en el sostén psíquico y físico que ésta brinde al bebé. La importancia de los cuidadores primarios en el desarrollo del bebé, puede tener consecuencias en la conformación de la personalidad, Bick (citado en Fernández de la Vega, 2018) establece que la función contenedora de la piel le ofrece sentimiento de continuidad y de integración, y surge en la relación con el otro a través de los cuidados.

En relación al desarrollo y constitución de los límites físicos y corporales, parecería que hubo una escasa integración representada, dado que hay un estado de indefensión en Afrodita que persiste, ante la imposibilidad de simbolizar y queda como atrapada en una demanda eterna de contención. Desde allí el sentimiento y angustia de vacío, puede sentir que es devorada y la aterroriza dejándola en un lugar indefenso e infantil.

Benyakar y Lezica (2016) señalan que la emergencia de las vivencias de vacío se relacionan al núcleo de lo traumático; describiendo estas vivencias como: “La ausencia de representación de lo propio, quedando el afecto a merced de lo fáctico, produciéndose un hueco en la trama vivencial” (p. 7)

Anzieu (citado en Fernández de la Vega, 2018) describe que ante el fracaso en la constitución de esa piel psíquica, puede advenir una segunda piel, la que sustituye la natural dependencia respecto del objeto por una pseudo independencia, expresada a modo de coraza muscular que cumple la función de músculo verbal de contención.

En esta línea, Anzieu (citado en Fernández de la Vega, 2018) señala que, para que el bebé se apropie de su piel a través de las experiencias de contacto con la madre, debe darse una relación aseguradora de apego. En ello se comprende el inicio de “la constitución de un límite entre lo que está adentro y lo que está afuera” (p. 461) en tanto envoltura de sostén del yo como una unidad.

Winnicott (citado en de las Casas, 2003) define el afán de perfección de las pacientes anoréxicas y bulímicas en torno a la búsqueda de aliviar la depresión de sus madres, que podría ser alcanzada si oculta sus sentimientos e impulsos y recurre a una disociación encarnada en el cuerpo.

En este sentido, en la entrevista de historia de vida, su madre describe un día de su vida en relación al vínculo con su hija: *“Ella es la que más sale conmigo. Es atenta y compañera”*. Se observa que Afrodita parece ser la que más acompaña a su madre, porque según la madre ella necesita un mayor apoyo ante su soledad y dolor después del abandono de su padre (de Afrodita): *“Quedó mal cuando quedamos solos”. “Al mediodía tratar de que vaya conmigo a donde estoy para que pueda comer y sentirse alguien: ella vacía”*. Desde el punto de vista de Afrodita dice que va al trabajo de su madre para que la ayude a comer en el almuerzo, y luego a modo de intercambio, ella la ayuda en su trabajo en el hogar de ancianos. La modalidad del vínculo se invierte y conjuga la angustia y apoyo de una a la otra, a modo de un vínculo infantil e indiscriminado.

El vínculo de ambas se describe como próximo e interdependiente, el que se desarrolla desde la identificación por parte de Afrodita con su madre; que se estructura en el abandono de este hombre a su familia y que a su vez, repite la historia del vínculo de su madre con su propio padre (abuelo de Afrodita) que también era alcohólico. Es en la identificación que se produce la necesidad de amparo de ambas ante situaciones de maltrato.

Otra conceptualización de la anorexia, según de las Casas (2003) es que “esta presenta en un polo: lo bueno-perfecto-delgado, forma de sentirse apreciadas y queridas; y en el otro: lo malo-feo-gordo que encubre el desprecio y rechazo, forma como realmente se sienten.” (p. 25) Estos impulsos se transforman en autoagresión mediante la inanición, vómitos, laxantes, distorsión de la imagen corporal, etc.; y la sexualidad se reprime y niega como es el caso de la desaparición de los caracteres sexuales secundarios, amenorrea, etc.

De ahí también surge el intento de poseer un cuerpo e identidad distinta a la de la madre, dado que el crecimiento implicaría la posibilidad de convertirse ella en madre (de las Casas, 2003). Afrodita expresa en el dibujo de una persona: *“Tengo miedo a crecer y ser una mujer, porque miro a mi madre y no me gustaría ser así” “Me gustaría ser una mujer pero no con tantos problemas”*. (Afrodita, entrevista 3, 2019 mayo) Esta autora dice también que:

La anorexia, desde otra aproximación, es concebida como un intenso deseo de fusión de la hija con su madre y el profundo temor que tal deseo le suscita. Entendiéndose fusión como la ausencia de un espacio transicional que impide el desarrollo de una auténtica capacidad de simbolización. (de las Casas, 2003, p. 25).

Si bien la anorexia es mayormente desarrollada en la adolescencia, se entiende que puede ser influida desde las primeras etapas de la niñez por el entorno. Dentro de los factores que determinan la anorexia, se destaca el anhelo voraz por mantener el vínculo estrecho con la madre, el cual al no ser satisfecho la atrapa en un conflicto entre el deseo de incorporar a la madre vía identificación con su cuerpo y sentimientos de culpa, por su actitud voraz y envidiosa, y viceversa por parte de su madre.

Si bien a través del control del cuerpo, busca una vía de escape de la relación con su madre, en los síntomas de este trastorno se visualizan según de las Casas (2003) la disminución del amor propio, expresada como desvalorización, reproche y castigo, que están dirigidas al aspecto primitivo y fundante del yo: el cuerpo, desencadenando daño y agresión al mismo y la distorsión de la imagen corporal.

La autoestima desde las palabras de Afrodita se infiere como algo a trabajar ya que tiene una mirada muy negativa acerca de sí misma. Desde el Psicoanálisis, el término autoestima es propuesto por Lancelle (2002) como el sentimiento y percepción de confianza, cohesión y afirmación personal. A su vez, da cuenta de sentirse triste, culpable e insatisfecha con su propio cuerpo: *“Me da miedo comer ahora, miedo a engordar y que yo me vea gorda. Y ahora que me presionan me siento más culpable”* (Afrodita, entrevista 2, 2019 abril). Asimismo, desde sus conductas: los cortes, IAE con fármacos, negarse a comer y el sentimiento de autodaño, muestra una marcada disminución de amor propio. Las diversas miradas sobre el vínculo temprano madre-hija pueden considerarse como marcas para el inicio progresivo de lo que luego puede llegar a ser un desarrollo temprano de la anorexia y que se afianza hacia la adolescencia.

Si bien, en este trabajo comprende a la adolescencia, como la etapa de la vida de múltiples cambios corporales y psíquicos, de pérdidas y duelos relacionados a ellos, de cambios en las relaciones vinculares, en la subjetividad y simultáneos procesos de reafirmación de la identidad e identificaciones. Se piensa, que la anorexia no es solo una enfermedad sino la oportunidad de tomarla como el síntoma que oculta la angustia de separación con la madre.

Cabe destacar, que en la anorexia nerviosa la historia familiar y personal debe ser considerada como parte de la misma enfermedad, lo cual resulta fundamental para pensar y analizar este caso.

El lugar de hija-hermana dentro de ese grupo familiar

En la presente línea de análisis se hará énfasis en la comprensión y reflexión del lugar que ocupa Afrodita dentro de ese grupo familiar, en tanto hija y hermana, así como también el rol que encarna como tal y los significados que se producen en torno a su figura, los que sostienen y dan sentido a la problemática de la anorexia como emergente de lo grupal. El análisis desde este punto de vista resulta pertinente ya que se desprende a partir de los relatos expresados en las entrevistas mediante los encuentros clínicos, algunos de estos han sido seleccionados y expuestos como fragmentos, a lo largo del trabajo.

Desde una perspectiva psicoanalítica podemos pensar según Tubert (2000) que el goce de la anoréxica se genera al hacer vacío, eliminando y expulsando la impronta de la pulsión de muerte. Este mecanismo se pudo observar en las visitas en sala y consultas donde era predominante una actitud negativa, muy distante y evitativa, al igual que en persistencia de la conducta alimenticia. También en el análisis al interpretar las producciones gráficas de tamaño pequeño y con trazo rígido, se puede observar que traducen una expresión de control y contención de los afectos, que en ocasiones puede eludir sentimientos y en otras desborda en llanto.

En esta línea Tubert (2000) expresa el doble significado de la anorexia calificada como progresiva y regresiva, donde se separa el cuerpo, como significante del yo de la relación con otro (la madre) que se ha apropiado imaginaria y a veces realmente del cuerpo de la hija; y el intento de destruir ese cuerpo se efectúa como único medio para lograr una separación o corte simbólico y deshacerse de una feminidad conflictiva.

Respecto a la historia de vida, la madre expresa sentirse desesperada actualmente con la situación: *“Tren de trabajar y estar para los hijos”*. Sin embargo, aclara sentirse así desde que su pareja se fue: *“Me quedo con la vida de ahora en comparación a la infancia y el padre de Afrodita que era alcohólico. Luché años, me cansé y le dije que se fuera. Ahora estoy tranquila, mal por Afrodita”*. Ambas frases son expresadas desde la incomodidad, es decir que su madre no está conforme con su situación desde hace tiempo atrás, y en sus palabras parece proyectar y repetir la angustia de su propia infancia, ya que la madre también fue hija de un padre alcohólico, con la que siente ahora su hija. Ambas experiencias están atravesadas de la ideología acerca de la feminidad y roles de género.

Desde un rol desdibujado Afrodita a veces hija y otras hermana para esta madre. Como hija-hermana se puede advertir que ella encarna un lugar en la familia, desde una posición que ha quedado atrapada en una subjetividad frágil, que requiere ser cuidada por parte de su madre y hermanos: *“Deseamos que se recupere pero no colabora. Come porque la obligo, con la única que lo hace. No tiene decisión propia para comer”*. (Madre de Afrodita, entrevista 1, 2019 abril)

A la hora de la cena, Afrodita dice que está sola en su cuarto, mientras sus hermanos están en la mesa, hasta que: *“Me pongo mal y mi mamá me acompaña, después ella cena en la cocina con mis hermanos”* (Afrodita, entrevista 2, 2019 abril).

Se sitúa y queda fijada a una etapa regresiva de su desarrollo, ya que al igual que a un niño su madre le tiene que dar de comer; siendo súbdita de la ley materna (Megdy, 2012). El autor expresa que “esto quiere decir que, a modo de señuelo, el niño se identifica con aquello que completaría a la madre –a saber, el falo imaginario– y a su vez, ella lo toma como el objeto que la colma” (p. 184) Las posibilidades de separarse del cuerpo de su madre parecerían no estar claramente diferenciadas. Su acceso a crecer ha quedado obstaculizado: *“Nosotros la vemos chiquita no como una mujer”* (Madre de Afrodita, entrevista 1, 2019 abril). Las frases de la madre hablan siempre por todos los integrantes de la familia representando una figura inmutable sobre los cuidados de sus hijos, que en el caso de Afrodita la atrapa en una figura infantil.

En este sentido, en el dibujo de una familia según Hammer (1980) el tamaño pequeño de las figura de la hija, refiere a percibirse retraída y con baja autoestima; lo que se encuentra en estrecha relación al vínculo de Afrodita con su madre. La altura de la niña se sitúa en el lugar de los genitales de la mujer como símbolo de inferioridad siendo expresado también en el mayor detalle en el vestido de la mujer (Hammer, 1980). Sobre la historia contada, la compara con la suya y a través de los insumos del dibujo se constata la expresión de la figura matriarcal y dominante (Hammer, 1980). Destaca el busto acentuado en la mujer, que según Machover (1949) usualmente se halla contenido en la imagen fuerte de la madre. Se identifica con el vínculo de cercanía y dependencia que ella tiene con su madre, representadas a muy poca distancia.

La comprensión de la anorexia es fundamental para entender la producción de subjetividad que Afrodita ha podido desarrollar, según Nin (2006):

Se produce una mutación de orden narcisista, donde las representaciones de sí corporales difieren dramáticamente de lo percibido de forma objetiva. Es allí donde aparece “el juego de espejo”, donde la adolescente intenta controlar el inexorable proceso de los cambios corporales que lo angustia y le genera una sensación de ser extranjero con respecto a si mismo. (p. 218).

Se puede mirar con atención el síntoma de la amenorrea, en la actitud de aceptar un cuerpo al que no le está permitido desarrollarse, que aparece como vedado en el crecimiento e imposibilita las capacidades de reproducción. Posible expresión de sentir que dicho lugar: mujer y madre solo puede ocuparlo y acceder únicamente su propia madre, sin

cuestionamiento. En ello se encuentra implicado lo que le genera ser mujer y el rechazo a engordar como forma de desarrollar su cuerpo y ocultar al mismo tiempo.

En este sentido Aberastury y Knobel (1971) refieren al concepto de ambivalencia dual como la dificultad en el proceso de separación entre padres e hijos adolescentes; donde: "Muchas veces los padres niegan el crecimiento de los hijos y los hijos viven a los padres con las características persecutorias más acentuadas" (p. 98) Agregan que ello ocurre si la fase pregenital se ha transitado y desarrollado con dificultades, con una escena primaria caracterizada por la persecución e indiferenciación (Aberastury y Knobel, 1971).

En esta línea y sobre las dificultades (ansiedades) de separación, la relación se caracteriza según Tubert (2000) por: "El anhelo de matar a la hija de la madre tiene necesariamente una connotación suicida; al exigirse a sí misma el cumplimiento del ideal, la hija se convierte en un reproche viviente dirigido al Otro". (p. 282) De este modo queda fijada casi exclusivamente en el rol de hija como forma de reivindicar el cumplimiento de ese ideal, que le ha sido impuesto, en el que se desenvuelve a modo de protesta tácita. Ello opera en una barrera que impide la toma de conciencia de la problemática, que trasciende su propio cuerpo, a nivel cultural y es mantenido en la reproducción de las relaciones existentes en su familia y en la sociedad (Tubert, 2000).

De este modo, los efectos producidos que ocupan un lugar central para la regulación narcisista en la etapa de la adolescencia son la imagen de sí y las respuestas del objeto externo; que parece referir a la proyección/introyección en ella de un cuerpo como pequeño e infantil por parte de sus familiares. Tubert (2000) dice que la mirada de otro se asocia a la superficie corporal. En particular con la Anorexia, esta autora afirma que la anorexia encarna una contradicción del cuerpo femenino entre la presencia y al mismo tiempo la ausencia, de modo que "revela el fallo en la función de espejo de la madre y al mismo tiempo la adhesión a ella en busca de la imagen ideal." (p. 288) De este modo oculta su cuerpo, cuya sexualidad femenina identifica con el cuerpo materno el que no puede simbolizar, y lo hace reaparecer como metáfora de algo que no puede expresar.

En relación a lo anterior, desde la presencia-ausencia ella encarna el papel oral de objeto de goce en su propio cuerpo, ya que ella misma trata ser reconocida por el otro, su madre.

Durante los encuentros, se pudo observar una contradicción entre: sus características físicas de debilidad vital (actitudes de desgano y expresiones de angustia) que sin embargo, por otro lado expresó llevar a cabo actividades con gran demanda energética como caminar, correr o hacer abdominales que realizaba con frecuencia y motivación a pesar de que sus condiciones físicas no fueran aptas dada su desnutrición y baja energía. Queda a la vista, la expresión dramática de la lucha entre las pulsiones de vida

y de muerte de la paciente, quizá representadas en este vínculo de madre e hija (Tubert, 2000).

Se puede comprender que la lucha entre ambas pulsiones de vida y muerte, surgen a partir del abandono del hogar por parte del padre de Afrodita, que según el relato de la madre se puede interpretar como la muerte simbólica y real del padre, ya que no mantiene vínculo con su familia; a partir de la cual ella tuvo que mantener su casa sola, siendo la única proveedora de la fuente de ingresos para sus cinco hijos. Cabe mencionar que “el abandono” es la causa por la cual intervino la justicia, por llamado de los vecinos ante la situaciones de violencia. La madre da cuenta de que las dificultades económicas fueron aumentando planteando el siguiente contexto: *“Antes faltaba la comida mucho, no había en el día solo en la noche. Había hambre y no quedaba nada para el otro día. Nos acostumbramos solo a una comida hace tres o cuatro años. En el día sólo refuerzos”* (Madre de Afrodita, entrevista 1, 2019 abril).

Desde este punto de vista, el contexto de crianza de Afrodita hasta su adolescencia ha sido en base a dificultades económicas y al “sacrificio” de ella misma, para que sus hermanos puedan comer: *“Tiene culpa de comer, yo sé que es porque antes había poca comida y dejaba para que coman los demás. Quedó mal cuando quedamos solos.”* (Madre de Afrodita, entrevista 1, 2019 abril) Afrodita siente culpa, según las palabras de su madre, pero no menciona lo que es vivir en un ambiente de violencia familiar en situación de alerta permanente. Sin embargo, la adolescente tiene conductas evitativas hacia el alimento. Afrodita expresa cómo vive sus sentimientos: *“Triste y mal todo el tiempo...Porque me lo merezco...No pude ayudar a mi madre cuando mi padre le pegaba”* (Afrodita, entrevista 3, 2019 mayo). Se identifica con su madre en el malestar que ello le suscitó y el sentimiento de desamparo, dado que ella misma lo sintió. Su fracaso en el intento de salvar a su madre la atormenta, aunque no puede ayudarse ella misma y tampoco encuentra auxilio en ningún familiar.

En este sentido, en el dibujo de una familia en relación al tamaño del espacio gráfico usado en total, es pequeño y según Hammer (1980) considera que el vínculo con su entorno familiar puede ser percibido por sentimientos de rechazo que tienden a la in-adaptación del sujeto en dicho grupo. Pudiendo ser la expresión de sentirse rechazada por su madre, ya que ella considero sentirse culpable por la partida de su padre al cual no dibuja.

Afrodita hace público el conflicto de violencia ejercida por su padre alcohólico cuando la apunta con un arma, desempeñando un rol de chivo expiatorio del grupo familiar que según Pichón Rivière (1997) es adjudicando y asumido por un miembro que se hace cargo de los aspectos negativos y/o ansiedades del grupo familiar. Principalmente podría pensarse que el mayor conflicto que esta familia teme enfrentar es la manera violenta que tiene el padre de tratar a Afrodita, además del abandono y violencia ejercido hacia todos, al evitar

los verdaderos conflictos que subyacen a nivel grupal se producen otros malestares familiares.

Respecto a la anorexia, Jonckheere (2004) afirma que “también la anorexia puede organizarse alrededor de una estructura ascética del ser-en-el-mundo” (p. 16) Cuando dice sentirse culpable por la situaciones de violencia vividas, carga sobre ella el rol depositario de ser la causa de las mismas. En el dibujo de familia como se mencionó anteriormente, esboza una mujer grande y una niña pequeña, ambas sin pies, lo que puede ser interpretado como la falta de sustento; en la historia expresa que:

La madre maltrataba a la hija porque piensa que el padre se fue por su culpa. Él se fue por trabajo, tenía que mudarse para conseguir trabajo. A la familia no la dejaron ir, se fue lejos. La madre se tuvo que hacer cargo de la hija, consiguió trabajo para mantenerla. Ahí empezó a odiarla, piensa que el padre se fue por su culpa. (Afrodita, entrevista 4, 2019 mayo)

Por último refiere que si fuera parte de esa familia ella sería la hija, a la que describe como el personaje más bueno, y que luego adjudica tener mal comportamiento. El tamaño de las figuras se relaciona con sus palabras dando cuenta de la asimetría relacional entre madre-grande y personaje menos feliz según sus palabras; niña pequeña y con mal comportamiento dado que es culpable por el abandono del padre como lo expresa Afrodita en la historia.

Con relación a lo anterior, es imprescindible hacer referencia a la relación ambigua y modalidad vincular de la madre ya que presenta características autoritarias y de desprotección en la crianza de Afrodita: “No compartía comidas con ella” (Madre de Afrodita, entrevista 1, 2019 abril) Particularmente, en la distribución y evitación que su madre realiza desde la comida con sus hijos por un lado y con Afrodita, quien parece sentirla como parte del castigo que merece, por no ayudarla, y también vivirse como la causa que su padre los dejara. Cabe señalar, que sucedió luego de la situación crítica de violencia donde su padre le apunta con un arma en la cabeza.

A su vez, en dichos relatos encontramos una expresión central para comprender las implicaciones del trastorno, que según Vázquez y Reidl (2013):

Las actitudes y comportamientos de la madre frente a la comida contribuyen a que los hijos manifiesten sus conflictos psicológicos y emocionales de determinada manera, ya sea mediante conductas propias de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o la obesidad. (p.22).

También Afrodita encarna ser el emergente grupal de la familia, a través de su problemática. Al mismo tiempo, su enfermedad es negada ya que le hacen bromas sobre la comida y explicitan estar saturados de su comportamiento verbalizando que: *“La culpa es de ella, tiene falta de motivación”*. *“Ella canaliza”* (Familia de Afrodita, entrevista 1, 2019 diciembre) En estas palabras sus familiares depositan la culpa de los problemas familiares que Afrodita parece hacerse cargo, lo que parecería dejar en evidencia el lugar que ocupa la adolescente en esta familia. El malestar que ello genera trasciende la palabra y desborda la angustia de la paciente expresada a través de su cuerpo. En consulta se observa que no intenta establecer contacto visual, mira hacia el piso que puede relacionarse con posturas corporales que muestran una vergüenza asociada a la culpa (agachar la cabeza).

Por último en relación al intento de omisión de la realidad de su entorno sobre su enfermedad, la madre expresa: *“Duermo a pastillas para no verla”*. (Familia de Afrodita, entrevista 1, 2019 diciembre) Aparece la negación a los hechos dolorosos de su vida e invisibiliza los padecimientos de su hija, en tanto ella es producto de una relación que en un principio parecía una cosa y luego fue otra: *“Lo conocí, sin alcohol pero no era él. Me mentía tenía otra familia con dos hijos, descubrí que no iba al bar. La relación siguió, lo perdoné”* (Madre de Afrodita, entrevista 1, 2019 abril). Afrodita tiene una hermana un año mayor, pero parecería que algo cambió en el contexto o era diferente al momento de su nacimiento, ya que se incrementa el alcoholismo y violencia por parte del padre.

En el intento por reproducir lo que su madre “espera”, Afrodita parece asumir un lugar de omisión como sujeto de su propia historia, se niega a sí misma con una existencia propia aunque vivida desde el conflicto, al punto de regresar hacia un estado más infantil, cada vez más chica, flaca y menos visible como el intento de desaparecer encerrando el desarrollo de su enfermedad. Este intento también se sustenta en las palabras de su propia madre que evita verla, es decir que no la libidiniza e inviste como objeto de amor quedando Afrodita a la espera suya, lo que se relaciona con la propia historia de su madre y da cuenta de un déficit narcisista generacional.

El cuerpo como ruptura del pacto endogámico de las generaciones

En la presente línea se pretende realizar una revisión sobre los significantes transmitidos generacionalmente en esta familia, y la relación que establecen los mismos y generan a nivel psíquico y consecuentemente físico, el conjunto de síntomas expresados en el cuerpo de Afrodita. La comprensión de dichos síntomas, que se producen en torno a la problemática de la anorexia, será abordada como la posible expresión que toma en este caso, la ruptura del pacto endogámico a través de las generaciones en esta familia.

Maguillansky (2003) expresa como el carácter endogámico construye pertenencia e identidad y puede dar lugar a la consecuente constitución de vínculos exogámicos. El carácter endogámico del vínculo fraterno según el autor se manifiesta en la fidelidad a las leyes del espacio familiar, el cual adquiere valor de aniquilación en determinado momento, siendo necesario salir hacia la formación de nuevos grupos sociales.

En este sentido Alarcón de Soler (2007) expresa que: “una de las cuestiones paradigmáticas en la familia actual, es el debilitamiento y a veces la desinvertidura vincular dentro de lo familiar” (p. 180) Debilitamiento de las figuras parentales que no permite el soporte de un periodo endogámico que facilite el amparo necesario para fomentar el sentimiento de pertenencia familiar (Alarcón de Soler, 2007). En este sentido, las problemáticas que se manifiestan actualmente en la clínica se muestran ligadas a la falla en dicho periodo endogámico inicial. A nivel vincular se manifiesta, para Alarcón de Soler (2007) en:

Falla que deja al descubierto la «imposibilidad vincular», ya no como motor permanente del encuentro con el otro del vínculo, sino como causa de investiduras narcisistas sobre el propio yo, característico de las patologías narcisistas, por esto también denominadas «patologías del vacío». (p. 181).

Sobre la pertenencia familiar en palabras de Pereyra (2014) “el posicionamiento filial es la posición del sujeto que está en fundamento de la subjetividad, ya que advenimos inauguralmente a ella y permanece con cierta vigencia casi todo el transcurso de nuestra vida” (p. 22)

Afrodita se estructura en un rol que inaugura ser rechazada dentro de la familia, a partir del maltrato directo y abandono por parte del padre alcohólico. Su madre cree poder con todo de manera omnipotente y en cierto modo culpa a su hija por la partida de su padre, que a su vez parecería que también es el culpable por provocar su enfermedad. Estos rechazos, por parte de la madre y padre, pueden comprenderse según Kohut (1986) como parte de un núcleo patógeno, que genera consecuentes vacíos traumáticos en Afrodita y un insoportable dolor, que además la llevan a rechazarse a sí misma, llevarse casi a la reducción de su cuerpo a ocupar el menor espacio posible, a costas de pertenecer a esa familia y mantener un síntoma familiar en su cuerpo como goce del Otro, que no ama y tampoco habilita a la separación. Por el contrario, este des-amor la mantiene en espera del mismo, el cual no llega. Es decir, que los factores heredados desempeñan la conservación de un self cohesivo, lo cual da lugar a la conformación de perturbaciones narcisistas de la personalidad (Kohut, 1986).

En este sentido, ella está posicionada en un lugar de víctima y culpable con relación al padre, como si fuera su culpa el incremento de las dificultades económicas en la familia. Esta identidad que ha sido construida sobre una culpa inconsciente que le enferma. Grinberg (citado en Etchegoyen, 2008) propone dos tipos de culpa, la persecutoria y la depresiva relacionadas con el duelo normal y que posibilita la separación.

A partir de estos conceptos acerca de la culpa inconsciente, Afrodita encarna sobre sí la culpa persecutoria, como forma de saldar una deuda de la que es depositaria, por parte de su madre. Desde la historia de vida de la madre, ella relata que trabajó para su padre alcohólico desde su niñez y que se fue muy joven de su casa. La abuela materna muere cuando su madre era adolescente, pero no menciona otras características de su relación con ella. Como hipótesis, puede inferirse que la figura materna para ella tampoco fue contenedora, lo cual podría repetir, ahora como madre de su hija.

Granjón (citado en Pereyra, 2014) afirma que “las alianzas familiares están atravesadas por la herencia generacional y son los vectores de la transmisión inter y transgeneracional” (p. 29). Sobre esta hipótesis:

En “Psicología de las masas”, Freud alude al hecho de que las investiduras libidinales de objeto son resignadas incorporándolas en el yo; esta forma de identificación por conciencia de culpa explica el hecho de que muchas mujeres reciban de su madre un síntoma: “Has querido ser tu madre, ahora lo eres en tu sufrimiento”. (Megdy, 2012, p. 182)

También Megdy (2012) referido al estrago materno expresa que la complejidad en la relación madre-hija es que, en muchos casos, aunque cuente con el recurso paterno, la niña se empeña en buscar la respuesta al ser femenino en la madre. El autor expresa que “la madre fue estragada primero y, por ende, lejos se encuentra de proveer una respuesta satisfactoria. De este modo se produce un circuito sin salida, transmitido como un sino trágico de madre a hija, de generación en generación.” (Megdy, 2012, p. 187).

Como se decía anteriormente es importante comprender su contexto familiar, como factor determinante, no únicamente, en su desarrollo. Siguiendo esta idea Vázquez y Reidl (2013) conceptualizan a partir de las ideas de Minuchin, que la organización y funcionamiento familiar (de cierto tipo) conduce a los trastornos de la conducta alimenticia; es decir que los miembros están fijados en patrones de interacción familiar, donde el papel central lo desempeña la hija con síntomas de anorexia, evitando así abordar el verdadero conflicto que subyace a la familia manteniendo un precario equilibrio familiar, que caracteriza a la misma como psicósomática con estructura de sobreprotección, rígida y que evita conflictos.

El lugar que asume en la familia Afrodita, en la proyección de los aspectos negativos se espeja también por su entorno en términos de un rol familiar conflictivo y con la falta de ganas de vivir. Por un lado, ella sostiene con la anorexia un lugar central de la culpa familiar a través del síntoma (enfermedad). Al mismo tiempo, ella proyecta desde este lugar los conflictos familiares que los demás integrantes omiten o niegan e interpretan como la responsable de generar el problema. En la reunión con familiares expresan: *“Todos sabíamos que le pasaba algo”*. Su familia justifica que su enfermedad es falsa e invisibiliza que existe un daño real en su salud rechazando y a la vez cuidándola. Se podría decir que a nivel de la trama familiar se esboza un déficit narcisista generacional (como se mencionó al final de la línea de análisis anterior), transmitido al menos desde los abuelos de Afrodita a su madre, y de su madre a sus hijos.

Algunas reflexiones que se generan como interrogantes sobre esta situación son: ¿Debe desaparecer y al mismo tiempo ser cuidada?, ¿cuáles son los mandatos parentales que atrapan el deseo de vivir en Afrodita?

Sobre la extrema delgadez de la anorexia, el cuerpo pone en evidencia cómo asimiló esta ausencia materna cuestión que probablemente a través de pasar hambre. Según Wallerstein (1999):

El hambre suele asociarse con la falta de comida, pero también puede asociarse a negarse a comer: un rechazo a la comida y el alimento pero también, más ampliamente al cariño y suavidad. Un cuerpo hambriento también es, de manera importante, un cuerpo abyecto. (p. 178).

En este sentido, ella regula y sostiene articulando su rechazo a la comida porque ella misma es rechazada, ya que necesita una figura-cuerpo al cual apegarse para luego poder separarse, pero ello parecería que no ha sucedido, muy probablemente la madre no pudo y tampoco puede sostenerla. En la entrevista de historia de vida con su madre dice: *“Mi casa se viene abajo pero no la miro”*. En sus palabras podemos entender la falta de contención y de mirada. Luego a la pregunta sobre: ¿Por qué cree que su hija está enferma? responde: *“Pienso que le influyó mucho la separación. Me han dicho que hace años, yo no me daba cuenta”*. En su discurso hace referencia a la enfermedad de su hija a partir de la palabra de otros. Así comunica la falta de sostén afectivo que le brinda a Afrodita a partir de la ignorancia de su enfermedad, quizás porque no contó con las herramientas para darle contención y poder darse cuenta por ella misma de lo que le sucedía y no partir del discurso de otros.

Los efectos traumáticos de la violencia

Se puede comprender que los efectos de la violencia arrasan la subjetividad, en este sentido resulta imprescindible hacer un análisis sobre los mismos, para comprender la producción subjetiva que se generó en Afrodita luego de los sucesos a los que fue expuesta y sometida en su vida.

En primer lugar, Álvarez (1992) propone: "Podríamos localizar a los cuatro vectores que caracterizan a la violencia familiar (abuso sexual, maltrato corporal y emocional y abandono físico)" (p. 35) La autora refiere así apensar en el ejercicio del poder y la violencia (comprendido en actos y discursos), de uno o más sobre otros, que generan el no reconocimiento de éstos como sujetos (de deseo y derechos), quedando reducidos a objetos de descarga y sometidos a una situación de indiferenciación.

A partir de la información brindada en la entrevista con Afrodita y su madre, ambas refieren a que no existe una relación actual con el padre de Afrodita, porque afirman que es una persona violenta. Ambas mencionan un evento crítico en el que él apuntó con un arma a la joven, que en ese entonces tenía 12 años. Desde allí que no se conozca otra forma de paternidad que la violenta. En este sentido, sus síntomas se comprenden en el anclaje de la situación de amenaza de muerte (hecho traumático) con un arma, lo que conllevó a fijar una no-representación de la muerte y una angustia paralizante que no ha podido tramitar. Estar en una situación ante la cercanía de una muerte inminente, la violencia familiar y el padre apuntándole con un arma configura un límite impuesto y vivido como imposibilidad de vivir a una encrucijada psíquica que la conduce a dejarse morir como vía de ruptura de ese pacto de violencia y muerte familiar. Álvarez, Burstein, Casaurang, Liss y Neves (2016) refieren a Freud "vivir significa ser amado y cuando eso no ocurre el yo se resigna a sí mismo, se da de baja respecto de la investidura narcisista, se deja morir". (p. 11).

Sobre este hecho que lleva su vida al límite de la muerte, la adolescente se resigna y es a través del propio cuerpo que se consume a sí misma. Con el pasar de los años predominan los comportamientos autodestructivos en Afrodita, refiere haberse hecho cortes en los brazos y piernas. A partir de los mismos es que surge la interrogante sobre el deseo de vivir o de morir, que en según Kuras de Mauer (2014) las púberes con anorexia expresan el rechazo hacia que su cuerpo crezca, las púberes que se lastiman y cortan la piel buscan sentir, abriendo la pregunta, en estos casos, de ¿dónde se encuentra el deseo?

Sumado a lo anterior se pudo observar además del rechazo al cuerpo, cortes de piernas y brazos, y el aumento de sentimientos depresivos en el caso planteado. La anorexia se comprende dentro de los IAE como forma avanzada en esta etapa de su vida de querer morir, dada la gravedad de deterioro de su salud. Para Álvarez (1992) son

“desafectivizaciones que conducen al suicidio y también mini-suicidios” (p. 38) En la línea que fluctúa entre el vacío de la vida y la muerte, Tubert (2000) plantea:

Muchas veces estos actos están destinados a aliviar la angustia que despierta la figura de la anoréxica en tanto pone en escena la presencia de la muerte. Pero lo que intenta, excepto en un número muy reducido de casos, no es morir sino estar a punto de morir, sobrevivir negando toda necesidad vital, llevando una vida en los límites de lo posible. (p. 289).

Podemos pensar este hecho de ser apuntada con un arma como uno de las situaciones que han incrementado los principales efectos traumáticos de la violencia que experimentó la joven desde su niñez, sumado a múltiples situaciones de vulneración. El hecho está comprendido como trauma psíquico que en palabras de Pierre Janet (citado en Salvador, 2009) “es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona” (p. 5).

Las múltiples situaciones de vulneración que constituyen los consecuentes traumas afectan la psiquis, sobre lo cual Reich (citado en Fernández de la Vega, 2018) establece que el concepto de coraza entendida como el conjunto de rasgos de carácter que desarrolla una persona para protegerse, de los ataques del mundo y de sus propios deseos. En palabras del autor “la coraza sería la suma de las tensiones musculares necesarias para contener afectos, sensaciones e impulsos, además de las limitaciones que impone el mundo exterior” (p. 456) Como se expresó anteriormente en el apartado sobre el proceso de desarrollo y constitución psíquica de la anorexia. En esta línea, la paciente expresó en respuesta a como era antes y como es ahora:

Fui sintiendo menos. Antes lo quería a mi padre pero ahora no siento nada por él... Estaba triste porque él me hizo mucho daño, le pegaba a mis hermanos y mi mamá. En ese momento me sentía enojada hasta los 12. Después de eso no sentí más nada. Ni por él ni por nadie. Dejé de comer” (Afrodita, entrevista 2, 2019 abril).

En sus palabras se encuentra que a partir del hecho que la mortifica, su cuerpo queda en un límite en el cual se desarrollaría un mecanismo de negación de lo vital mediante la negativa a alimentarse. Vuelve a referirse a esa etapa como punto de inflexión (de mejor a peor) en su vida: “*Cuando dejé de comer a los 12, no pude enfrentar la situación con mi padre*”. (Afrodita, entrevista 2, 2019 abril).

Cuando en el relato hallamos un antes y un después en la historia de vida, esto es un indicador de estar ante la presencia de un trauma psicológico. Benyakar y Lezica (2016)

postulan a lo traumático producido como un evento disruptivo, que da lugar a la angustia automática, vivencia traumática, vivencia de vacío, vivencia de desvalimiento y vivencia de desamparo. En este sentido se produce una falla en el proceso de co-metabolización (desorden en el proceso de elaboración y articulación) en sus tres aspectos, de contención, sostén e interpretación (Benyakar y Lezica, 2016).

A su vez se puede asociar lo anterior con la bradicardia, que se manifestó ya en su infancia y a su vez coincide con el punto de inflexión de la vida de Afrodita a raíz del abandono de su padre: *“De chica Afrodita tuvo asma una vez o dos, a los 8 y 12 años”*. (Madre de Afrodita, entrevista 1, 2019 abril) La suspensión de la respiración, el hecho de no poder hacerlo, la parálisis de las funciones vitales en respuesta al miedo por la violencia de vivencias traumáticas.

Por otro lado, en la segunda parte de la disociación instrumental, en el test desiderativo, que reconoce como la posibilidad de discriminar los aspectos valorizados de los aspectos rechazados de sí, lo que indica un Yo diferenciado del exterior e internamente que puede identificar aquellas situaciones que le generan ansiedad y sabe a qué recurso apelar para controlarlas (Celener de Nijamkin y Guinzbourg de Braude, 1993). A la cuarta pregunta:

-“¿Qué es lo que menos te gustaría ser si no fuese persona? ¿Por qué?”

-“*Agua. Porque no sé nadar y desde chica le tengo miedo al agua porque mi padre me quiso ahogar. Teníamos un balde grande y me entró adentro todo el cuerpo y me quiso ahogar, yo tenía 8.*” (Afrodita, entrevista 5, 2019 julio)

En este hecho se repite la falta de aire, el aguantar la respiración en vacío, sumada al miedo y terror de morir ahogada. A su vez, a la siguiente pregunta del cuestionario:

-“¿Qué es lo que menos te gustaría ser si no pudieses ser persona ni agua?”

-“*La oscuridad, porque me da miedo. Desde chica le tengo miedo.*”

Expresa que actualmente también le da miedo y que le asocia al vacío y que la hace sentir triste y sola. En este punto, se refiere a un miedo que se encuentra fundado en sentimientos que reconoce como parte de su persona.

Según Ferrari (2010) la noción de vacío se corresponde como “el rasgo discursivo dominante en la anorexia es una pasión narcisista por el vacío, el punto más íntimo del sujeto, una falta radical incalidable en el ser que no puede ser saturada por ningún objeto”. (p. 296)

A partir de esta interpretación, Meltzer (citado en Ferrari, 2010) señala que la compulsión anoréxica es una necesidad desesperada de un objeto bueno llenando un espacio vacío “pero se equivoca del lugar y del objeto con que llenarlo” (p. 295) En este sentido, la paradoja entre dos funciones vitales: alimentarse y respirar que anatómicamente se encuentran en la garganta a la altura de las laringes, interviniendo la glotis para la

deglución, fonación y mecanismo de defensa. A su vez, desde la función alimenticia se puede comprender que ella aún no ha podido digerir la situación traumática que vivió en su niñez con su padre y desde la comprensión de la respiración se relaciona con el quedar sin aliento, sin aire petrificada de miedo por las experiencias de violencia vividas.

Ambas funciones vitales intervienen en eventos traumáticos constituidas en relación a su respuesta de supervivencia, y coinciden a la edad de los 12 años siendo la etapa en la que se culmina la transición de la infancia a la pre adolescencia, como punto clave en su crecimiento. Según Fernández de la Vega (2018):

Las experiencias infantiles, los conflictos, los traumas dejarían huellas corporales concretas que se terminan solidificando, a modo de estratos geológicos, como un pedazo de historia viva. La persona que tuvo que construirse una coraza permanece aislada de sus sensaciones vegetativas y sus conductas no pueden ser vitales y espontáneas. (p. 456).

En este sentido Jonckheere (2004) propone que “la dificultad de la joven anoréxica para vivir – llevada al paroxismo – nos muestra esa incapacidad de pasar de la adolescencia a la adultez” (p. 12) La ausencia de espontaneidad para Afrodita se relaciona con la prohibición de crecer, de mover y desarrollar su cuerpo; comprendida como parte de la ausencia de diálogo somático, relacionada con las carencias afectivas en los primeros años de vida (Fernández de la Vega, 2018). La entrada en la adolescencia es vivida con terror, dado que se sitúa en el conflicto como límite, entre la vida y la muerte para la suspensión de un deseo propio y confinan su tiempo en la sala de espera de la vida (Jonckheere, 2004).

Ante la pregunta de cómo vive la tristeza la paciente asegura: “*Estoy cansada de llorar tanto. Prefiero no sentir*” (Afrodita, entrevista 2, 2019 abril) Vive negando lo que siente como mecanismo de defensa porque la energía que invierte su tristeza es insostenible, ya que no puede permitirse ver a su padre o dejar que la vea en las visitas durante los períodos de internación. En palabras de Jonckheere (2004) “la anorexia no puede arriesgarse a la mirada del otro, no puede arriesgarse al juego del amor, si no está sostenida desde su cuerpo” (p. 13)

Su intento por estudiar, mudarse y construir su propia vida se explica en el fracaso de simbolizar las experiencias de violencia que vivió en su niñez, Jonckheere (2004) afirma que en la anoréxica todo plan está detenido, ya que vive en las fronteras del mundo.

En ello se instaura en su subjetividad una producción que tiende a alojar en su cuerpo la muerte y vivir desde allí. En este sentido podemos comprender como su síntoma de rechazo se estructura en relación a las experiencias traumáticas vividas, que expresa en el cuerpo la fantasía de poder trascender un miedo que fue volcado en el plano físico,

mediante el despojo de su materialidad. Sobre el tema de la muerte, tan presente en su historia, su discurso y sus síntomas de forma iatrogénica, Jonckheere (2004) afirma aunque se suele exponer que la anorexia es una tentativa al suicidio, aunque no necesariamente lo es, ya que en muchos casos es la expresión de rechazo a la vida.

Su expresión y estado emocional de tristeza se traducen en una fuerte depresión en las visitas en sala y entrevistas con la paciente: *“Cuando me internaron el año pasado en el hospital me sentí muy triste le pedí a mamá que me internara.No aguantaba todo el dolor que venía acumulando”* (Afrodita, entrevista 2, 2019 abril).

Desde allí se instaura la noción de factores asociados al intento suicida que actúa Afrodita en su vida- no alimentarse, cortes, entre otros, por un dolor psíquico insoportable, ya que según Martínez (2017):

Se podría definir el Suicidio como el proceso sistémico de síntesis de la disposición autodestructiva que, más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza, está orientado a comunicar la intención de una resolución al conflicto que le da origen, por medios letales. (p. 27).

A partir de estas nociones podemos entender su dificultad de llevar a cabo su vida ya que está atrapada en una historia que la condena, la que no le permite arriesgarse a vivir. (Jonckheere, 2004) En ello se encuentra implicado su planteo de: *“Antes era más divertida, tenía más amistades y ahora no. Pasaba jugando”* (Afrodita, entrevista 2, 2019 abril) Como sus proyectos de vida y deseos están suspendidos, el relacionarse también lo está. Sobre esta línea se comienza una lucha contra las ambiciones de los demás ya que son vividas como fuerzas y presiones sentidas como efecto de una violencia exterior. En estos casos extremos se juega el ser-arrojado vivido como violencia, porque se impone a un sujeto que hubiera deseado dominar su destino, o que hubiera decidido liberarse de su cuerpo y trascenderlo (Jonckheere, 2004). En palabras del autor:

De ahí la toma del cuerpo como rehén: incapaz de sustraerse a la doble violencia – la violencia de los otros y la de la existencia – la paciente toma su cuerpo como rehén para oponerse a esta vida con la que ella no quiere hacer su historia. (Jonckheere, 2004, p. 23).

Por otro lado a nivel social encontramos los mandatos ejercidos sobre la mujer que son producidos y reproducidos por la hegemonía patriarcal de forma violenta implícita y explícitamente. La anorexia como enfermedad y síntoma se produce más en mujeres que en hombres, lo que en palabras de Varela (2008) “la sociedad busca, fomenta mujeres

perfectas y las niñas reciben esta presión, pero cuando llega la adolescencia se quiebran porque no son capaces de seguir las exigencias de su entorno” (p. 233).

También en los abordajes se suele violentar la toma de decisión de los y las pacientes donde se tiende a re victimizar a las pacientes, obligarlas a la ingesta de comida y centrando la problemática en el alimento.

Sobre ello Tubert (2000) refiere que los servicios de salud que tratan estos trastornos suelen generar efectos iatrogénicos, al generar etiquetas y categorías diagnósticas ya que anulan la posibilidad de reconocer la diversidad y singularidad de la problemática en cada caso.

La sexualidad como representante de la vitalidad descendida

En relación a la sexualidad como proceso vital, en este caso resulta representante de la vitalidad descendida. En este sentido, se cuestiona por el deseo en la anorexia, como se hizo referencia en los efectos traumáticos de la violencia, ya que la adolescente parece estar atrapada en el vínculo materno filial (de forma regresiva) es decir en su niñez y presenta escaso desarrollo hacia la sexualidad en términos de crecer y desear.

La sexualidad es referida como una dimensión fundamental del ser humano, según la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Mundial de Sexología (OPS, OMS y WAS, 2000):

Se experimenta o piensa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. (p. 6).

Ferrari (2010) afirma que en la anorexia se expresa un aspecto central de la sexualidad femenina, a partir de la clínica se constata que en este trastorno hay una gran vulnerabilidad narcisista del periodo de la pubertad y adolescencia femenina que en dicho desequilibrio se encuentra la ilusión reparadora puesta en escena con la fetichización de la delgadez. Sobre la vulnerabilidad narcisista también se hizo énfasis en el análisis de un fragmento de la entrevista familiar, en el apartado del cuerpo como ruptura del pacto endogámico de las generaciones.

En este sentido se produce en los casos de anorexia la pérdida del cuidado de sí, en términos sanos, en tanto se pretende alcanzar la plenitud no hay posibilidad de elegir, dando lugar a la enfermedad de la cual la persona no logra ser consciente como tal. Orozco,

Huerta y Soria (2012) establecen que la anorexia se define en el carácter fijo de la perfección anhelada, que puede estar encarnada en alguien que pretende una imagen de plenitud.

En referencia a las intervenciones realizadas y a partir del análisis de sus producciones gráficas existen algunas características reunidas sobre el caso como ejemplos de lo mencionado anteriormente. Se destacó un predominio de la figura de la mujer, con trazos rígidos y continuos en la mayoría de sus producciones gráficas. En este sentido, podríamos afirmar que su idea de feminidad está comprendida desde una idea fija de una perfección asociada al cuerpo que se refleja en otras características de su personalidad.

Sobre el emplazamiento encontramos una tendencia en todos los gráficos relacionados con la figura humana realizados a lo largo del eje vertical de la hoja, Buck (citado en Hammer, 1980) hipotetiza que “ello está asociado al sentimiento de realizar un gran esfuerzo, siendo su meta casi inalcanzable, y buscando sus satisfacciones en la fantasía y no en la realidad” (p. 56) Es decir, que en la necesidad de la perfección y su consecuente fracaso en lo real, dadas las condiciones del cuerpo humano que es naturalmente imperfecto suele ser buscada a través de otra vía, de la enfermedad en el cuerpo.

En este sentido Nasio (citado en Orozco et al., 2012) postula la dimensión simbólica del cuerpo “cuando el cuerpo es la suprema metáfora de la vida e, inversamente, la fuente inspiradora de miles de metáforas del lenguaje humano” (p. 80).

En relación a este caso, sus caracteres sexuales primarios y secundarios no se desarrollan conforme a los patrones esperados; y se hallan vinculados con su síntoma, inscripto en su cuerpo real y relacionado estrechamente con sus vivencias. En referencia a los procesos de desarrollo de la sexualidad podemos pensar sobre las propuestas de Tubert (2000):

Como consecuencia del fracaso en la simbolización, el cuerpo real —donde está enquistada la significación— se convierte en un campo de batalla donde combaten las pulsiones de vida con las de muerte —el fantasma adolescente de morir como niño para renacer a la existencia como adulto relativamente autónomo pasa al acto— ; la sexualidad se enfrenta con la autoconservación —se intenta controlar la angustia que genera el encuentro con la sexuación y la mortalidad reduciendo a su mínima expresión el cuerpo que las significa—; el yo se opone al otro —que se presenta como un doble, es decir, como una parte enajenada de uno mismo. (p. 282).

Si bien sus postulados se desarrollan dentro de la sexualidad “normal” en la adolescencia podemos ver cómo repercute en el encuentro con la sexualidad de la paciente,

que se opone o niega a esta. En este sentido Tubert (2000) expresa “desde el punto de vista pulsional, el fracaso en la resolución de la crisis adolescente conduce a una regresión que supone el desplazamiento de la genitalidad a la oralidad y la reactualización del autoerotismo” (p. 284) En este sentido podemos ver un cuerpo que no aguanta más dolor y se consume a sí mismo. Siguiendo la propuesta de la autora mediante el ascetismo se expresa un deseo singular, que también alivia el dolor psíquico ya que lo reemplaza por el sacrificio del cuerpo, que muere de hambre, y que será, a su vez, erotizado.

Si se continúa con el análisis de las técnicas proyectivas utilizadas, en el caso del dibujo en ocho hojas que consta de una serie de dibujos consecutivos de una persona ordenados de modo superpuesto uno sobre el otro, donde ocurren cambios a nivel de cada producción. El mismo es aplicado con el objetivo de “ir penetrando en la imagen interna del examinado con mayor profundidad cada vez que se modifica el dibujo anterior” (Hammer, 1980, p. 281) Durante todo el dibujo predomina la presión suave y débil, típicos de las personas que sufren depresión y se sienten débiles; el tamaño pequeño corresponde a sentimientos de inadecuación y tendencia al retraimiento (Hammer, 1980).

En el primer dibujo la cara es borrada varias veces, especialmente la boca, observándose mayormente en el tratamiento de conflictos de los neuróticos expresado como ansiedad en el intento de alterar y perfeccionar (Machover, 1949). La boca es dibujada oval y carnosa relacionada a la etapa oral-erótica con características de dependencia, por otro lado el énfasis en el tamaño se refiere al capricho de los alimentos (Hammer, 1980). En este sentido, la oralidad se relaciona al primer vínculo con la madre nutricia (como se mencionó anteriormente) y al mecanismo de defensa de anulación de tipo obsesivo.

Se destaca de la ropa un vestido grande que cubre todo el cuerpo, de tal forma que no da énfasis a los rasgos sexuales de la ropa. Según Machover (1949) esto corresponde al grupo de los narcisistas por el cuerpo, con personalidad de tipo esquizoide, concentrada en sí misma e introvertida. Estos individuos se hallan preocupados por el proceso del propio cuerpo y sexualmente es probable que se restrinja a sus estímulos auto-eróticos.

En el segundo dibujo la figura es un poco más grande, aumentando las dimensiones de la ropamencionada anteriormente como rasgos de narcisismo del cuerpo. Modifica el pelo, el que representa con mechones más largos y cortos, “el pelo revuelto significa que ella es una persona desaliñada, negligente y enferma” (Machover, 1949, p. 56). Los ojos aparecen mirando hacia arriba, destacado en los individuos paranoicos en tanto rechazo del mundo exterior (Machover, 1949). Se encuentran en dirección hacia arriba en estrecha relación al cerebro lo que significa daño, poder o control hipnótico (Machover, 1949).

El tercer dibujo se modifica de un tamaño menor a los anteriores. Los elementos que se cambian son el pelo el que aparece recogido con un moño, lo que a diferencia de los dibujos anteriores se contrapone a las características de la persona desaliñada (Machover,

1949). Con ello puede inferirse la tensión entre un extremo y el otro. A su vez se introducen detalles en el vestido, en la zona central del cuerpo reforzando la división superior/ inferior del mismo “expresando bloqueo de encontrar el área corporal de la sexualidad” (Machover, 1949, p. 79).

En el cuarto dibujo se vuelve a modificar el pelo representado lacio y peinado. También el detalle del vestido está enfocado en la zona de la cintura, con mayor expresión que en el dibujo anterior. El quinto dibujo repite lo mismo que en el anterior sin embargo cambia la expresión facial. Representa aplacamiento y tristeza que puede asociarse al bloqueo por su sexualidad.

En el sexto dibujo se vuelve a modificar el pelo, representado por la ambivalencia del recogido del moño y otra parte suelto pero conservando el peinado ordenado. Los ojos están cerrados “como si deliberadamente se cerrara al mundo con el propósito de concentrarse en su narcisismo” (Machover, 1949, p. 52). La expresión facial esboza bienestar. A su vez, el detalle del vestido es desplazado hacia la zona de las piernas, y el detalle en la cintura del dibujo anterior se desarrolla en la expresión de una flor que se enlaza y sostiene con líneas curvas a la zona de las caderas. El cambio de una figura triste hacia otra que se manifiesta feliz por el movimiento del detalle de la flor que puede ser vinculado al desarrollo de su sexualidad.

En la séptima figura vuelve a representar un rostro triste e inseguro y omite la flor. Dibuja una cruz a la altura del pecho, como detalle del vestido. El pelo se esboza nuevamente desaliñado. Por último, en la octava figura modifica el peinado volviendo a dibujar el moño y con una expresión facial más seria. En el vestido, dibuja con detalle los pétalos de una flor en la zona de la cintura extendidos hacia la zona genital baja y piernas. También representa pétalos aislados en las mangas del vestido. Si se asocia a la flor con la figura de la mujer, puede verse como ella se detiene en el desarrollo de sus características sexuales y femeninas identificadas con sentimientos de displacer, a excepción de la figura número seis, en la que aparece con una percepción diferente. Esto puede ser resultado de algún suceso vivenciado como hostil y convertido en síntoma somático en la expresión de su sexualidad. La expresión facial expresada durante las proyecciones fluctúa entre el esbozo de bienestar y tristeza e inseguridad. Cuando termina los dibujos señala que le pareció interesante pero que no le convencieron.

Por otro lado, en el cuestionario desiderativo a la tercera pregunta:

-“¿Qué es lo que más te gustaría ser si no pudieses ser persona, ni un animal ni un vegetal?” Responde:

-“Una Barbie porque son perfectas, tienen un cuerpo y pelo ideal”.

Sobre el objeto inanimado, se puede inferir que la única forma de alcanzar sus fantasías sería mediante el control extremo y/o parálisis de sus funciones corporales.

También podría decirse que marca un profundo deseo ante su sexualidad ya que describe características y atributos llamativos de la muñeca, que idealiza de modo superficial como respuesta de defensa y temor ante su propio cuerpo.

Su sexualidad presenta características donde, por un lado da culto al cuerpo: piel, pelo y vestimenta activamente, vivida como goce; y por otro su capacidad de desarrollarse y reproducirse ha quedado capturado por su niñez, en el miedo a crecer expresado en el retraso de la menarca. En este sentido, se asocia la sexualidad inhibida y no desarrollada en función de la polarización vida-muerte, infantil-crecer, desaparición-cuidado materno.

Según Orozco et al. (2012) “la sexualidad, como la explicó Freud, articula al síntoma como un saber hacer con el cuerpo, da al síntoma algo más que el valor de un signo a descifrar, le otorga todo su carácter sexual” (p. 81)

Se refiere a no haber tenido relaciones afectivo sexuales, que a nivel simbólico comprende a su sexualidad como algo que no ha existido: *“No he tenido relaciones de noviazgo ni otras”* (Afrodita, entrevista 2, 2019 abril). Seguidamente trae a colación un episodio violento de abuso sexual durante su adolescencia, hasta ahora oculto o que no se sabía anteriormente: *“Atravesé otra situación con mi primo, tres años mayor que yo, en ese entonces mayor de edad y yo menor, donde me manoseo todo el cuerpo”*.

Pateman (citado en Segato, 2003) formula un modelo en el que expresa que el abuso oficia como acto instituyente de la primera ley de fundamento del orden social, estructurado en la desigualdad de géneros. Según Segato (2003):

La violación cruenta es el tipo de delito con menor representación cuantitativa entre las formas de violencia sexual. Como es sabido, la violencia doméstica y los abusos cometidos en la intimidad del hogar entre personas emparentadas son las formas más comunes y frecuentes de esos delitos (p. 22).

Referido a la violación Pateman (citado en Segato, 2003) explica que es la reapropiación de un cuerpo femenino, como conquista territorial. En la frase de Afrodita parece no reconocer sus propios deseos, es atacada por otros, y vive su cuerpo con ajenidad lo que inhabilita establecer los límites en su propio cuerpo. En esta escena de abuso repetido, aparecen en su vida aquellas cometidas por otros- su padre, su madre, su primo, lo cual ejerce un poder externo sobre su cuerpo de ser tomado y tocado.

En la negación de su sexualidad, encuentra un alivio defensivo, ya que a partir del abuso de otros desde su infancia y pre adolescencia se suma el abuso cometido por su primo cuando tenía 15 años. Afrodita se siente vulnerable ante los otros de los cuales teme que la coman, como metáfora del mayor abuso, es así que responde a la última pregunta en el cuestionario desiderativo:

- “¿Qué es lo que menos te gustaría ser si no fuese persona ni lo elegido en las pregunta anteriores (4 y 5)?”

-“*Un pan. Porque engorda comérmelo, no me gusta de lo que está hecho: la harina. Ni la leche. Me vería grande y gordo y no me gustaría ser así grande y gordo porque nadie te va aceptar, la gente es mala critica y lastima.*” (Entrevista 5, 2019 julio).

Las posibilidades de ser grande están dadas para los otros fantaseados como panes grandes y gordos, situándose y solo pudiendo ser ese pequeño y fino pan empobrecido; ello se vincula a su vez con la comprensión y disfrute de su propio cuerpo en términos de su sexualidad. Ante el miedo a ser devorada, se sitúa en la etapa regresiva oral- le tienen que dar la comida, reforzando su miedo a comer como forma posible de devorar-se ella misma.

A su vez, desde la expresión de “comérmelo” esboza una respuesta del plano inconsciente sobre su deseo (comer porque tiene hambre), como pulsión de vida que le cuesta reconocer y aceptar.

En este sentido la anorexia presenta una ambivalencia, haciendo carne en la negación a ser mujer conforme a lo esperado-madre y transgredir la normalidad. Su cuerpo aparenta no tener rasgos sexuales muy definidos, similares más a los de un niño, que no han sido desarrollados. Sin embargo, usa su cuerpo como metáfora inconsciente de la delgadez impuesta socialmente, como normal y aceptable en esta época histórica, cuya máxima expresión puede llevar a transgredir los límites de lo sano.

La vía de lo corporal como abordaje del conflicto

Se propone pensar en esta parte del trabajo los dispositivos que han tenido un abordaje diferente en torno a la anorexia. Se recopilan e introducen investigaciones a partir de diversas técnicas de abordaje para la problemática de la anorexia, las que presentan el camino de la vía del cuerpo y las sensaciones para una conexión con el cuerpo primero para así llegar a los sentidos que mantienen la conducta autodestructiva; y luego desde allí poder abordar desde la Psicología aquellos significados perdidos y construir con la paciente una historia que permita resignificar las experiencias en vivencias más satisfactorias que giren hacia la salud. Es decir movilizar el síntoma desde el cuerpo y contener también a través de lo individual desde la palabra, conforme a terapias complementarias dirigidas en simultáneo.

Chevarra (2009) propone la importancia de la relación del entorno con la psiquis y sus consecuentes influencias sobre ésta. En este sentido afirma que “no se nace con un cuerpo; se nace con un organismo que deviene cuerpo en la imagen de una unidad y la unidad se logra a partir de la experiencia de otro que observa y responde” (p. 9).

En este sentido, De Lucca (2010) expresa “cuando no podemos ni siquiera verbalizar lo que nos ocurre, sea por insólito, profundo e irremediable, lo corporal simplemente produce un gesto que hace saber cómo lo vivimos interiormente” (p. 208) Sobre esta línea el trabajo con el cuerpo entendido como lo real, se expresan diferentes intervenciones basadas en ejercicios con objetivos de conexión a lo simbólico para luego poder tramitar a través de la palabra.

Abordaje desde el Psicodrama

Los orígenes y creación del psicodrama remiten a la primera mitad del siglo XX, a partir de las ideas de Moreno (Guimarães, 2016). El autor expresa que el método psicodramático trasciende sus objetivos terapéuticos, reconocidas por Moreno en sus “tres modalidades distintas: el psicodrama experimental (o exploratorio); el psicodrama terapéutico, con sus cuatro categorías (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación); y el psicodrama educativo (didáctico, pedagógico, o didáctico pedagógico).” (p. 9).

Por otro lado, en palabras de Reyes (2007) “el psicodrama implica una concepción holística, que asume el desarrollo de un ser humano abarcando lo afectivo, lo cognitivo, lo corporal y el pensamiento lógico e intuitivo” (p. 174) En este sentido, es imprescindible destacar la posibilidad de abordajes psicodramáticos ya que comprenden la multidimensionalidad del ser humano.

Desde las lecturas del psicodrama Rojas (2013) propone una intervención sobre anorexia nerviosa y psicodrama con un grupo de personas basada en cinco ejercicios. Respecto a la imagen corporal la autora propone “la imagen corporal es la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo” (p. 380) Sepúlveda, Botella y León (citado en Rojas, 2013) expresan que una de las características en el inicio y mantenimiento de la anorexia es la alteración de la imagen corporal por lo cual su recuperación es fundamental en la intervención.

La autora propone una variación de la técnica de la silueta empleada en psicodrama, basada en el método propuesto por Finn Askevold (citado en Rojas, 2013) para medir la imagen corporal en el caso de pacientes con problemas somáticos. La técnica consiste en que el sujeto, situado frente a un papel como si fuese un espejo marca los puntos de su cuerpo, su silueta tal y como ella la percibe, a tamaño real; luego se acuesta sobre el papel, y sobre la figura anteriormente dibujada (intentado hacer coincidir la cabeza y los pies de la figura dibujada con la de su propio cuerpo) otra persona contornea, en un color diferente, su figura, dibujando la silueta real de la persona. “Tendremos así, dos siluetas superpuestas, la silueta real de la persona y la silueta percibida” (Rojas, 2013, p. 380)

Concluye que el trabajo realizado sirvió a que las pacientes reconozcan y acepten la distorsión de su imagen corporal, reduciendo el grado entre la figura percibida y la silueta real; tomando conciencia del alto rechazo que tenían hacia su cuerpo principalmente-

caderas, muslos y panza y relacionar dichos sentimientos respecto a otros aspectos de su vida, aprendieron a percibir y valorar las partes de su cuerpo que si les gustaba, aceptaron la anatomía del cuerpo de la mujer (cuerpo con curvas). Se lograron avances positivos y la intervención continuó hasta que las pacientes estuvieron preparadas para terminar la terapia (Rojas, 2013).

Abordaje desde el Yoga

Los orígenes del yoga se remiten a la época antigua, en la India. En Occidente es cada vez más utilizado siendo reconocido como promotor de la salud y la calidad de vida (López y Díaz-Páez, 1998). En palabras de estos autores “el Yoga es un método de autorregulación consciente que conduce a una integración armónica de los aspectos físicos, mentales y espirituales de la personalidad humana” (p. 393) Los efectos que produce son altamente positivos, como la aceptación de los límites y capacidades corporales, relajación y bienestar, lo cual se considera que puede favorecer a las personas que sufren rechazo a su cuerpo y angustia.

En este sentido se señala un estudio realizado sobre la experiencia de un grupo de mujeres con trastornos en la conducta alimenticia y la práctica de yoga. Las técnicas propuestas por Concha, Cruzat-Mandich, Moore, Ugarte y Díaz-Castrilló (2017) son consideradas como abordajes no farmacológicos.

Los resultados obtenidos fueron el cambio a una visión más positiva (mayor capacidad para disfrutar, gratitud y valoración por la vida); valoración de sí mismas (mayor consideración e importancia de la propia visión, sensación de mayor capacidad y seguridad personal, mayor sociabilidad, capacidad de autoobservación y contacto interior, mayor conciencia de autovaloración, aceptación del propio cuerpo y contacto positivo con la propia femineidad); apertura a la experiencia de emociones y sensaciones (sensaciones y emociones de bienestar personal, capacidad para expresar y sobrellevar emociones y sensaciones desagradables); desarrollo de capacidades psicológicas (mayor control sobre la sintomatología del trastorno, capacidad para establecer límites propios y a los demás, cambio de actitud frente a conflictos/dificultades y cambios benéficos sobre contenidos del pensamiento); cambios frente al proceso de recuperación (mayor motivación y comprensión del proceso de recuperación, mayor conciencia de las dificultades frente al proceso de recuperación, mayor conciencia de la propia capacidad y responsabilidad en el proceso de recuperación) y relevancia de la intervención en el proceso de recuperación (Concha et al., 2017).

Abordaje familiar

El marco conceptual del abordaje familiar se sustenta en el modelo sistémico, que según Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano del Campo (2016) sus bases conceptuales son el sistema familiar como un todo, en tanto un organismo estructurado e interdependiente

que se comunica mediante pautas de interacción, donde el individuo sólo es uno de sus componentes, con una función y posición dentro del sistema.

Siguiendo al autor afirma que el síntoma es una parte del patrón de comunicación y por lo tanto una característica del sistema y no únicamente de uno de los individuos. En este sentido se trabaja con toda la familia para intervenir en los patrones de interacción que le dan sentido al síntoma (Feixas et al., 2016).

A partir de lo anterior resulta imprescindible un abordaje familiar para el caso planteado ya que en el análisis teórico se presentan varias características y situaciones familiares que causan efectos iatrogénicos en la subjetividad de Afrodita.

En la línea de abordaje familiar, Espina, Ortego, Ochoa del Alda y Alemán (2001) señalan un estudio que propone intervenciones familiares e imagen corporal en los TA con terapia familiar sistémica; de abordaje unifamiliar dirigida por uno o dos terapeutas realizando sesiones familiares e individuales. La orientación es fundamentalmente gestáltica, siguiendo un modelo de psicoterapia breve focalizada. Espina et al. (2001) afirman “se utilizaron las siguientes técnicas: fantasías dirigidas, polaridades, técnicas de relajación, role-playing, silla vacía, ejercicios de movimiento, escultura, tareas para casa” (p. 34)

Abordaje en instituciones

El abordaje institucional enmarca las prácticas y es imprescindible que sea analizado. En el comienzo del trabajo se hace mención a ello, ya que es una dimensión fundamental el trabajo en equipos interdisciplinarios para la gestión, apoyo y seguimiento de los usuarios de un centro de salud público o privado que puedan brindar herramientas y tratamientos que favorezcan la salud de los usuarios.

En este sentido, Morales et al. (2002) se refieren al modelo de intervención en una clínica de adolescentes haciendo énfasis en las áreas de enfermería y nutrición- donde la toma de medidas antropométricas debe ser estando la paciente de espaldas a la báscula, y no se le informa acerca del peso específico. Morales et al. (2002) afirman:

Para esto se considera que el trabajo interdisciplinario permitiría que psicología profundice en la historia de la paciente y trabajo social en la historia longitudinal de los aspectos de la dinámica familiar, con los padres. El énfasis de la intervención se realiza bajo un enfoque de terapia cognitivo conductual sin dejar de lado otros modelos de intervención terapéutica, que en un momento determinado pueden reforzar positivamente el tratamiento. (p. 11).

La coordinación del equipo interdisciplinario se realiza con un intercambio de información entre los profesionales cuando se requiera; sesiones semanales de equipo

interdisciplinario; sesiones programadas del equipo con la familia para llegar a acuerdos sobre situaciones específicas y sesiones programadas de coordinación con otros profesionales o instituciones que participan en la atención del adolescente y/o su familia (Morales et al., 2002).

Es fundamental señalar que las investigaciones planteadas generaron efectos positivos para la salud de los grupos de personas en los que fueron aplicadas, y que particularmente en el caso planteado, dedicar dispositivos de abordaje que las incluyan podría contribuir a cortar el círculo repetitivo de lo traumático que redundaba en no crecer, que por la vía del sentido encuentra el equilibrio en un acercamiento en lo real de la integración de la imagen corporal unificada, a partir de un yo más fortalecido e integrado.

Análisis de la Implicación

El término implicación utilizado por Ardoino (1997) refiere a ayudarnos a representar lo que pretendemos investigar y comprender; plantea que “la idea de implicación es aquello por lo que nos sentimos adheridos, arraigados a algo, a lo cual no queremos renunciar” (p. 2).

Por otro lado, Lourau (1970) afirma que la implicación siempre está presente en la investigación, siendo útil y necesario su análisis, presente en nuestras adhesiones y no adhesiones, referencias y no referencias, participaciones y no participaciones sobre motivaciones y desmotivaciones, investiduras y no investiduras libidinales.

En este sentido, en el análisis de mi implicación en la práctica pre-profesional encuentro que la elección de este caso se relaciona con la necesidad de develar incógnitas e intereses en un campo temático con poco desarrollo. La curiosidad en el tema surgió desde un principio, dada la gravedad del caso, que se sostenía por el deseo-no-deseo y rechazo por la vida y desde allí se comprende la motivación de asistir a una situación que me convoca. En la misma línea, un llamado a aprender y profundizar más adelante en la formación sobre esta área.

Si bien a lo largo de mi formación académica no tuve la oportunidad de consolidar estudios específicos en el tema, ya que es poco abordado, particularmente en mi práctica surge la necesidad de profundizar en el sobre la marcha. Sin embargo, encuentro necesario para la comprensión de los trastornos alimenticios articular, entre otros signos psicopatológicos, el estudio sobre la sexualidad, la perspectiva de género y abordajes integrales mediados por el arte que fueron el motor de mi interés y deseo por realizar este trabajo.

Además, que la anorexia interpela conocer más sobre el rol de la mujer de hoy a lo largo de la historia en la producción de subjetividad de las sociedades.

Cabe recordar, que las intervenciones realizadas fueron en el marco de una institución de salud, como mencionaba al comienzo, donde se cruzan múltiples dimensiones que dan lugar a relaciones y significados instituidos que forman parte de la práctica. La articulación teórico-clínica que fundamenta este trabajo ha llevado a interrogar los aspectos del imaginario que la sociedad introduce en la vida cotidiana y en el inconsciente de las personas, de la misma manera en cómo las instituciones sostienen y/o expulsan al sujeto y sus familias.

Es necesario destacar que Lourau (citado en Ardoino, 1997) afirma que la implicación surge en la investigación a partir del desarrollo de las interacciones, que el marco de las ciencias humanas y de la educación convoca las estrategias y deseos propias en las relaciones de intersubjetividad. En palabras del autor “la implicación es un nudo de relaciones. No es ni 'buena' (uso voluntarista), ni 'mala' (uso jurídico policial)” (Lourau, 1991, p. 3).

La intervención me llevó a reflexionar sobre la figura de la mujer, a lo largo de las diferentes épocas y hasta la actualidad, en tanto los mandatos sociales que se ejercen con violencia sobre los cuerpos, que constituyen en muchos casos el origen del sufrimiento psíquico. La producción subjetiva de la actualidad, me convoca como mujer en tanto tal y formo parte de la sociedad y la cultura occidental.

A su vez, este trabajo me convoca a revisar e interrogar hacia el futuro y desde el ejercicio profesional acerca de la responsabilidad y capacidad transformadora e instituyente de las prácticas *psi*, para contribuir al objetivo de construir y ofrecer herramientas, para mejorar el bienestar psíquico de las personas y calidad de vida.

Reflexiones finales

A partir de la construcción de este caso desde la práctica con Afrodita se desarrollaron las principales líneas de intervención para la comprensión teórica y la estrategia para un posible abordaje clínico. En referencia a dicho análisis, sobre el caso de Afrodita, y la relación de su conducta asociada a los IAE, se puede plantear la pregunta paradójica sobre sí: *¿es posible llevar el cuerpo al límite entre la vida y la muerte al punto de comerse a sí misma cuál si fuera un comportamiento autodestructivo?*

Este comportamiento autodestructivo se sustenta, en la influencia de la historia de su entorno familiar. En el desarrollo del trabajo se hizo énfasis en el vínculo con su cuidador principal, la madre, dada la información extraída de las entrevistas la cual da cuenta de que hasta el momento, personifica un rol conflictivo en la crianza de su hija. Por un lado su madre ha hecho omisión a la problemática de violencia en su hogar y consecuentemente a los síntomas que presenta Afrodita expresados en su conducta alimenticia, de este modo sostiene un lugar de abandono en los cuidados.

Los síntomas manifestados en la conducta negativa a alimentarse de Afrodita se interpretan también en el rechazo a crecer, ya que no encuentra las posibilidades de separarse del cuerpo de su madre, posible expresión de que dicho lugar (mujer y madre) puede ocuparlo sólo la suya. Estas interpretaciones se fundamentan en el análisis de las técnicas gráficas y proyectivas aplicadas, donde la expresión de la figura de la mujer presenta elementos de inseguridad así como también sentimientos sexuales reprimidos, en referencia a Afrodita como mujer. Con respecto a la figura materna se interpreta a partir de los test aplicados, que su vínculo es estrecho y voraz, dada la proyección de los senos grandes de la figura de la madre y las características de la boca las cuales refieren a la etapa nutricia. Afrodita queda fijada en una etapa regresiva de su desarrollo, convirtiéndose en el objeto de goce de su madre, ya que al igual que un niño le tiene que dar de comer.

En este vínculo primordial se puede comprender que el psiquismo de Afrodita se construye desde el déficit narcisista a través del rechazo y la violencia, transmitido a través de las generaciones, que es comprendido como la falta de sostén de la figura materna. Un aspecto común a todos los gráficos es que se omiten las piernas y pies sobre ello se interpreta que estas zonas responsables de sostener el cuerpo en este caso se asocian a la falta de seguridad y sustento que tiene la adolescente.

Asimismo se interpreta que estas nociones influyen en la detención de su desarrollo sexual que se comprende como la expresión vital, ya que al quedar capturada en el goce inconsciente de su madre se borran las posibilidades de dar paso a su propio deseo quedando atrapada en una relación dual. En esta misma línea tampoco se habilita a la ruptura del pacto endogámico para dar paso a la exogamia.

Se puede asociar que en este caso la feminidad se halla comprendida en una idea ambivalente: en un extremo tiende a la perfección y en el otro al desalineo (proyectados en los arreglos del pelo y los cambios de expresión de las caras en el test de dibujo de ocho hojas), lo cual puede comprenderse como la manifestación del bloqueo, en tanto proceso vital descendido de la sexualidad. En ello también se encuentra relacionado a la división del cuerpo, como se vio en la figura femenina en el dibujo de una familia, donde se resalta la cintura como- separación de lo “superior” (dependencia del pecho de su madre) y lo “inferior” (referido a funciones sexuales y de reproducción). En este sentido, se asocia la sexualidad inhibida y no desarrollada en función de la polarización vida-muerte o infantil-crecer.

Por otro lado, sobre el sentimiento de culpa que expresan Afrodita y su madre (cuando hace referencia a su hija) se hipotetiza que en el rol de hija se le adjudica y deposita la angustia de la historia familiar, a través de las generaciones, de la cual ella se hace cargo ubicándose en el rol de chivo emisario del grupo familiar, siendo también el centro y víctima de un castigo que se ejerce sólo hacia ella. En ello se asocia la representación de su figura más pequeña en el dibujo de una familia, que puede relacionarse al sentir de rechazo. También se identifica las dificultades respiratorias como expresión de los efectos de la violencia sobre su cuerpo, que la han dejado paralizada de miedo y sin aliento (como el ser apuntada con un arma o metida en un balde con agua por su padre); vividas como situaciones traumáticas que dejan marcas en su subjetividad asociadas al sufrimiento y la muerte.

En este sentido, se produce un conflicto que atrapa a la joven del cual busca escapar a través de su cuerpo, por lo que ha desarrollado actitudes de daño y agresión hacia sí misma, lo que provoca una autoestima descendida y una subjetividad frágil. Ella busca ocupar el menor espacio posible, en el intento de borrar su cuerpo recurre a conductas de autodaño, ya que las experiencias de abandono y abuso han dejado huellas en su psiquismo y consecuentes vacíos. Podría pensarse que los hechos ocurridos en su historia de vida, la obligan y colocan su existencia entorno a la tensión de vida-muerte, dejándola atrapada allí en un espacio que no le permite desarrollarse.

La anorexia es pensada a partir de este caso clínico como la expresión de no saber qué hacer con el cuerpo, el que ha quedado subsumido a una noción mortífera, y se expresa a través del mismo en sus conductas sintomáticas.

En relación a la demanda del caso y las características institucionales de los centros de salud surge la necesidad de repensar los posibles abordajes de atención, para que generen la prevención y promoción de cambios positivos en la salud de las personas con anorexia. En estos casos resulta imprescindible trabajar la consciencia de enfermedad, la imagen corporal, el cuidado y los límites del cuerpo, que pueden ser tomados por la vía de lo corporal como posible intervención dirigida a la resolución de los conflictos expresados.

Sobre la última línea se propuso la posibilidad de establecer abordajes de intervención a partir de diferentes propuestas artísticas y corporales, para lograr que emerja “lo interno” y abrir paso a la toma de conciencia en relación al síntoma. La propuesta y pertinencia de las técnicas planteadas se desarrolló desde el indicio e inicio del trabajo a partir de las siguientes interrogantes:

- *¿A través del uso de herramientas artísticas o abordajes a nivel corporal, es posible incluir intervenciones que permitan lograr la conciencia corporal?*
- *¿A través del arte y abordajes que implican el cuerpo, es posible integrar intervenciones que permitan un despliegue psico-emocional con fines terapéuticos?*
- *¿Es posible incluir intervenciones que permitan lograr la remisión de la anorexia y resignificar los síntomas?*

Las intervenciones mencionadas en el último capítulo forman parte de los antecedentes de abordajes que incluyen trabajos dirigidos al cuerpo, en algunos casos con técnicas artísticas, propuestas como posibles alternativas para abordar el tratamiento de pacientes con anorexia en los centros de salud. Es imprescindible establecer que la pertinencia de estas técnicas debe adaptarse con las necesidades que cada caso en su singularidad. Al respecto se propone un abordaje multidisciplinario en simultáneo, que incluya dispositivos psicológicos de intervención corporal y mediante la palabra: psicoterapia individual, psicoterapia grupal, yoga y psicodrama para trabajar en conjunto las complejidades que presentan los casos de anorexia.

La importancia de desarrollar un estudio sobre los abordajes propuestos apunta a reivindicar las diferentes herramientas que permitan lograr en primer lugar la conciencia de enfermedad de las personas que sufren de anorexia, y luego la consecuente aceptación. La comprensión de los abordajes mencionados se fundamenta como alternativa en conjunto a los abordajes de psicoterapia, ya que según la problemática en estos casos resulta sumamente angustiante el conectar con el deseo a través de la palabra, lo que dificulta la expresión y puede ser un obstáculo para mantener el tratamiento.

También pretenden ser una alternativa a los abordajes cognitivo conductuales, que se orientan hacia el cambio de conductas, ya que de acuerdo con la problemática planteada resulta imprescindible la comprensión subjetiva de cada caso, como motor para generar un cambio que surja desde la propia consciencia de la persona y no dirigido por otros, ya que puede violentar e imponer nociones que repitan y revivan aspectos de la propia historia de la enfermedad. En efecto, se debe priorizar un abordaje que no sea dirigido exclusivamente al síntoma, centrado en las conductas alimenticias, ya que de este modo se pueden producir efectos iatrogénicos.

Por estos motivos mediante el proceso de expresión del cuerpo se apela a trabajar el deseo a partir del movimiento real del cuerpo, según las necesidades propias de cada

persona, para dar paso a conectar, conocer, comprender y cuidar: los propios límites corporales, la distorsión de la imagen nueva del espejo; y a su vez, mediante el trabajo de la palabra lograr movimientos psíquicos para poder asimilar y aceptar lo abordado.

Asimismo se debe comprender la importancia de trabajar con dispositivos que incluyan a la familia, ya que forman parte del contexto e influyen en las conductas de las personas con problemas alimenticios, como ser la experiencia del caso planteado, para trabajar a nivel grupal: la conciencia de enfermedad de la persona con anorexia y como afecta a los demás integrantes, aspectos afectivos emocionales de la historia familiar y roles; con el objetivo de generar movimientos en las conductas patológicas del grupo para que giren hacia la salud.

Es imprescindible enmarcar a nivel institucional, la necesidad de elaborar estrategias de intervención con expertos en el tema, para las diferentes expresiones así como también la coordinación de reuniones semanales con los técnicos involucrados en el tratamiento para responder, según la orientación singular de cada caso, de forma específica.

Referencias Bibliográficas

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1971). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Alarcón de Soler, M. (2007). Secretos familiares y sus marcas en la subjetividad. *Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*, 30(1), 135-151. Recuperado de <http://www.aappg.org/wp-content/uploads/2007-N%C2%BA1.pdf>
- Álvarez, L. (1992). Espacio familiar - espacio judicial. ¿Por qué la violencia?. *Seqüência: estudos jurídicos e políticos*, 13(25), 33-40. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4818095>
- Álvarez, L., Burstein, B., Casaurang, S., Liss, M. y Neves, N. (2016). Vivir y morir en familia. Cuerpo familiar: procesos tóxicos y traumáticos. *Desvalimiento Psicosocial*, 3(1). Recuperado de <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/desvapsico/article/view/269/269>
- Álvarez, M. (2001). *La implicación. Las luces y sombras del concepto louroniano*. Recuperado de <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/mja%20la%20implicaci%F3n.pdf>
- Ardoino, J. (1997). *La implicación*. Conferencia dictada en el Centro de Estudios sobre la Universidad, Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de https://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/171796/mod_forum/attachment/131670/La%20implicacion%20-%20-%20Ardoino.pdf
- Barrán, J. P. (2009). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Montevideo: Banda Oriental.
- Benyakar, M. y Lezica, Á. (2016). El complejo traumático a la luz del modelo de los tres espacios. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 6. Recuperado de: https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2016/benyakar_lezica.pdf
- Carbajal, E., D'Angelo, R. y Marchilli, A. (1985). *Una introducción a Lacan*. Buenos Aires: Lugar.

- Celener de Nijamkin, G. y Guinzbourg de Braude, M. (1993). *El cuestionario desiderativo*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S.A.
- Chevarra, Á. (2009). El cuerpo habla: reflexiones acerca de la relación cuerpo-ciudad-arte. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 26. Recuperado de <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/115/227>
- Concha, M., Cruzat-Mandich, C., Moore, C., Ugarte, M. L. y Díaz-Castrilló, F. (2017). Kundalini yoga en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: Un estudio cualitativo. *Revista Mexicana de Trastornos Alimenticios*, 8, 82-94. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.005>
- de las Casas, P. (2003). La anorexia y la bulimia: Un cuestionamiento permanente. *Revista Psicoanálisis*, 3, 23-29. Recuperado de https://spp.com.pe/wp-content/uploads/2017/09/DelasCasas_3.pdf
- de Lucca, F. (2010). *La estructura de la transformación. Teoría, vivencia y actitud en gestalt-terapia a la luz de la sabiduría orgánica*. Montevideo: Tiempo de lectores.
- Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa de Alda, I. y Alemán, A. (2001). Intervenciones familiares e imagen corporal en los trastornos alimenticios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 58-59, 29-40. Recuperado de http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/52-Intervenciones%20familiares%20e%20imagen%20corporal.pdf
- Etchegoyen, R. (2008). Una semblanza de León Grinberg (1921-2007). *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 106, 184-193. Recuperado de <https://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200810609.pdf>
- Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V. y Montesano del Campo, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. <http://hdl.handle.net/2445/31584>
- Fernández de la Vega, S. (2018). La memoria del cuerpo: una justificación teórica de las intervenciones corporales en psicoterapia psicoanalítica. *Revista Asociación Española de Neuropsicología*, 38(134), 451-471. <http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200006>

Ferrari, H. (2010). Notas sobre la anorexia: la batalla por la comida. *Psicoanálisis APdeBA*, 32(2-3), 293-305. Recuperado de <https://www.psicoanalisisapdeba.org/autores/hector-ferrari/notas-sobre-la-anorexia-la-batalla-por-la-comida/>

Guimarães, A. (2016). *Origen y desarrollo del psicodrama como método de cambio psicosocial* (Tesis de doctorado, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires). Recuperado de <https://www.morenomuseum.org/sites/default/files/Origen%20y%20desarrollo%20del%20psicodrama%20%20tesis%20de%20doctorado%20S%C3%A9rgio%20Guimar%C3%A9s.pdf>

Hammer, E. (1980). *Tests proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidós.

Hernández, R. (2013). La positividad del poder: la normalización y la norma. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 3, 81-102. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5895396.pdf>

Jonckheere, P. (2004). El cuerpo rehén de sí mismo. Aspectos fenomenológicos de la anorexia mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 7(2), 11-28. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n2/1415-4714-rlpf-7-2-0011.pdf>

Hoces de la Guarda, S. (2010). Conflictos y transformaciones en el diseño de la vestimenta de los Andes. *Diseña*, 2, 127-131. Recuperado de http://diseno.uc.cl/wp/wp-content/uploads/2015/05/2020-Hoces_RD2_Conflictos.pdf

Kohut, H. (1986). *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Kuras de Mauer, S. (2014). Sexualidades itinerantes en la adolescencia. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, 14, 89-98. Recuperado de <https://www.controversiasonline.org.ar/PDF/anio2014-n14/7.KURAS.pdf>

Lancelle, G. (2002). La autoestima. Intercambios. *Papeles de Psicoanálisis*, 8, 53-58. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/Intercanvis/article/download/355140/447124>

- López, V. y Díaz-Páez, A. (1998). Medicina alternativa. Efectos del Hatha-Yoga sobre la salud. Parte I. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000400012
- López-Ibor, J. y Valdez Miyar, M. (Dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Lourau, R. (1970). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lourau, R. (1991). *Implicación y la sobreimplicación*. Conferencia dictada en el Encuentro “El espacio institucional. La dimensión institucional de las prácticas sociales”, Asociación Civil El Espacio Institucional, Buenos Aires. Recuperado de: <http://catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/rl%20iys.pdf>
- Machover, K. (1949). *Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana: un método de investigación de la personalidad*. La Habana: Cultural.
- Manrique, M., Di Matteo, F. y Sánchez, L. (2016). Análisis de la implicación: construcción del sujeto y del objeto de investigación. *Cadernos de pesquisa*, 46(162), 984-1008. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/cp/v46n162/1980-5314-cp-46-162-00984.pdf>
- Martínez, C. (2017). *Suicidología comunitaria para América Latina*. s.l.: Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de la Psicología. Recuperado de <http://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2017/12/Suicidolog%C3%ADa-Comunitaria-Carlos-Mart%C3%ADnez.pdf>
- Megdy, D. (2012). La clínica del estrago en relación madre-hija y la forclusión de lo femenino en la estructura. *Desde el Jardín de Freud*, 12, 169-190. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4628093.pdf>
- Moguillansky, R. (2003). Narcisismo, complejo de Edipo y complejo fraterno. *Psicoanálisis APdeBA*, 25(1), 155-173. Recuperado de <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/11/Moguillansky2.pdf>
- Morales, A., Ramírez, W., Ureña, M. E., Sevilla, A. Umaña, P. y Chavez, R. (2002). Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una

- clínica de adolescentes. *Acta Pediátrica Costarricense*, 16(3), 93-108. Recuperado de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902002000300002
- Nin, A. (2006). Juegos de vida-juegos de muerte en la adolescencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 103, 215-230. Recuperado de https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup103/rup103-nin.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Asociación Mundial de Sexología (2000). *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*. Guatemala: Autor. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51672>
- Orozco, M., Huerta, A. y Escalante, H. (2012). Violencia al cuerpo en la adolescencia. Narcisismo e hipermodernidad: una mirada desde el psicoanálisis. *Psicogente*, 15(27), 73-84. Recuperado de <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1901>
- Pereyra, M. (2014). Familias reconstruidas: ¿Una pulseada entre la pareja y la filiación?. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 8(3), 21-32. Recuperado de <https://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272014080302.pdf>
- Pichón-Riviére, E. (1997). *El proceso grupal: del psicoanálisis a la Psicología social (I)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Reyes, G. (2007). *La práctica del psicodrama*. Santiago de Chile: Ril.
- Rojas, B. (2013). Anorexia nerviosa y psicodrama: intervención a través de la silueta. *Apuntes de Psicología*, 31(3), 379-384. Recuperado de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/85079/16.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Salvador, M. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de Psicoterapia*, 20(80), 5-16. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3299567>

Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la Antropología, el Psicoanálisis y los derechos humanos*. Bernal: Universidad de Quilmes.

Tubert, S. (2000). Anorexia. Una perspectiva psicoanalítica. *Debate Feminista*, 22, 257-290.
Recuperado de
https://debatefeminista.cieg.unam.mx/df_ojs/index.php/debate_feminista/article/view/2042/1834

Varela, N. (2008). *Feminismo para principiantes*. Barcelona: Ediciones B.

Vázquez, V. y Reidl, L. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Psicología y Salud*, 23(1), 15-24.
Recuperado de
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/511/848>

Wallerstein, K. (1999). La delgadez y otras negaciones en la publicidad de la moda contemporánea. *Debate Feminista*, 19, 167-192.
<https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.1999.19.545>