

UNIVERSIDAD DE PALERMO  
Licenciatura en Psicología  
TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN  
BULIMIA – DEMANDA Y DUELO

Autor: Carina Teixeira

Tutora: Claudia Garber.

## ÍNDICE

1. Introducción.....	3
1.1 Objetivo General.....	4
1.2 Objetivo Específico.....	4
2. Perspectiva Teórica.....	5
2.1 Definición de Bulimia.....	5
2.2 Características y Manifestaciones Clínicas.....	6
2.3 Prevalencia y Enfermedades Asociadas.....	8
3. Diagnostico Diferencial.....	9
3.1 Tipos de Bulimia y Modo de Producción Sintomática.....	10
4. Trastornos Alimentarios y Adicción.....	13
5. Factores Socio Familiares.....	14
5.1 Vínculo Temprano Madre-Hijo.....	17
5.2 Relación Madre- Hijo y Demanda.....	18
6. Queja y Tipo de Demanda Implicada.....	21
7. Bulimia y Duelo.....	24
7.1. Pérdida Primaria y Vacío Representacional.....	25
8. Método.....	26
9. Presentación del Caso.....	27
10. Articulación Teórica.....	34
10.1. Factores Familiares y Vínculo Madre – Hija.....	37
10.2. Vínculo Madre – Hijo y Demanda.....	39
10.3. Demanda.....	40
10.4. Duelo.....	41
11. Análisis de los Resultados.....	44
12. Conclusión.....	45
13. Referencias Bibliográficas.....	48

## 1. Introducción:

El presente trabajo se desarrolló en el marco de la materia Práctica y Habilitación Profesional de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. Dicha práctica consistió en la concurrencia de 320 horas a una institución abocada a la salud mental, garantizando así una experiencia laboral supervisada y concreta previa a la obtención del título de grado.

La institución elegida para llevar a cabo esta práctica, posee una orientación Psicoanalítica y ofrecer varios y distintos espacios que permiten un despliegue más amplio de esta experiencia.

La institución se orienta a proveer asistencia específica a distintas problemáticas actuales, siendo que para tal fin, cuenta con departamentos de: Orientación Vocacional, Violencia Familiar, Cardiología , Nutrición y Diabetes, Obesidad , Clínica de la mujer - Climaterio y Dermatología. Asimismo también se dedica a la investigación- teórico clínica y a la enseñanza y especialización en el área de Psicósomática. Las prácticas del área de Cardiología fueron realizadas en un Hospital, las de Dermatología en otro y las restantes otras actividades, como la participación en el curso de Posgrado en Psicósomática, y el seguimiento de casos clínicos, en la Institución .

En el transcurso de la residencia y observación de la supervisión de los casos, fueron surgiendo interrogantes con respecto a un caso en particular, que decía respecto a una paciente joven que empezó el tratamiento con el diagnóstico de Bulimia. La paciente ya había buscado otras clases de tratamientos y sin embargo, seguía con los atracones seguidos de vómitos.

La anorexia – bulimia es una perturbación llamada “mental”, que sin embargo tiene la característica de implicar de modo profundo y dramático lo real del cuerpo ( Recalcati, 2011 ).De allí su parentesco con otras clases de fenómenos psicósomáticos que se atienden en la Institución.

Zukerfeld ( 1992) que plantea la bulimia como el paradigma de las enfermedades psicósomáticas, y aprovechando la creación de un nuevo espacio en la institución para el tratamiento de esta clase de patologías, pareció pertinente la elección del tema.

Se observa que esta es una problemática actual que responde a la subjetividad de una época. Época esta en que impera una creciente exigencia social de éxito en todos los ámbitos y que se ve reflejada en un ideal de belleza, muchas veces imposible de cumplir.

Resulta un tema interesante, que suscita muchos interrogantes, que se tratará de desarrollar en el presente trabajo.

### 1.1. Objetivo General:

Describir en un caso de bulimia de una mujer de 27 años el camino de la formación del síntoma, los factores familiares, los duelos y el tipo de demanda implicado en el caso.

### 1.2 Objetivos Específicos

- ☑☑ Analizar el desarrollo y formación de los síntomas de bulimia en el caso.
- ☑ Analizar los factores socio-familiares implicados en el caso con especial énfasis en la relación madre-hija.
- ☑ Analizar la relación entre la dificultad en la elaboración de los duelos y la sintomatología presentada.
- ☑ Describir el tipo de demanda implicado en el caso.

## 2. PERSPECTIVA TEÓRICA:

### 2.1. Definición de Bulimia:

El término Bulimia significa etimológicamente hambre de buey, y si bien es utilizado internacionalmente desde 1980, fue tan sólo hace diez años que la Bulimia ha sido definida como un síndrome con rasgos propios, que grosso modo, se caracteriza por la alternancia de períodos de restricción alimentaria, con episodios de ingestas copiosas, seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos (Bay & Herscovici ,1995).

Estos episodios periódicos de sobrealimentación descontrolada han sido denominados en lengua sajona como Binge Eating, que no tiene una traducción literal en español, pero que significa en realidad una parranda o fiesta alimentaria, donde se reúne el descontrol y el placer. La presencia del binge o atracón es lo que define la enfermedad según Bay y Herscovici (1995).

Este cuadro psicopatológico, de acuerdo al DSM IV- American Psychiatric Association (APA 1994), se caracteriza por:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- 1) Ingesta de alimento en un corto período de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación de vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa. Acorde este manual el trastorno puede ser de dos subtipos:

☒ Tipo Purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito y el uso de laxantes, diurético o enemas en exceso.

☐ Tipo no Purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

## 2.2. Características y Manifestaciones Clínicas:

Desde 1971, autores como Russel ya observaban en esta clase de pacientes, actitudes inadecuadas con respecto a los alimentos, el peso y el cuerpo. El temor patológico a la gordura, la insatisfacción con la silueta y la inexorable convicción de que es necesario un control estricto del peso corporal o de la delgadez para ser feliz, eran, y siguen siendo características de estos pacientes.

Este temor a engordar en sus orígenes, puede ser interpretado como un desplazamiento de otros, especialmente los vinculados al desarrollo de la sexualidad; pero de ser éste el diagnóstico debería revisarse el de bulimia nerviosa, donde aquel miedo a engordar está incluido en un trastorno del self, con déficit cognitivos y de vinculación con la realidad ( Zukerfeld,1992).

Los estudios de los últimos diez años, comprueban que la baja autoestima, la incompetencia social y la gran necesidad de aprobación externa son cruciales en el desarrollo de la bulimia (Bay & Herscovici, 1995); ( Loro & Orleans, 1981).

Sumado a esto, los pacientes bulímicos también son más impulsivos, deprimidos y inestables emocionalmente que sus pares sanos ( Bay & Herscovici, 1995).

Zukerfeld (1992), comparte la idea, de que la baja auto estima es característica crucial en esta enfermedad, y añade al acto bulímico como un mecanismo de intento de regulación de la misma.

Frente al descontrol de las cosas importantes de la vida, hay un refugio en el control de la comida, queriendo desconocer que el verdadero problema concierne al deseo y a la relación con la sexualidad. ( Sobral,2011 ).

En los casos más graves, en que la bulimia se presenta como síndrome hay una constelación diferenciada de síntomas, con una implicancia física y psíquica significativa. Se observa una preocupación patológica por la imagen corporal y el peso, y se recurre a la utilización de distintos métodos de control del mismo, a través de los enemas, ayunos, el uso excesivo de fármacos y/o actividades físicas. Cuando estos métodos de restricción fallan, aparecen los atracones junto al sentimiento de pérdida de control. ( Russel,1979 ). En estos casos, el ciclo de comilona purga (vómitos, diuréticos o laxantes) puede producir consecuencias físicas graves como deshidratación, arritmias cardíacas, contracturas musculares, pérdida del esmalte dental, trastornos menstruales, sequedad de boca, inflamación de glándulas salivales y trastornos gastroesofágicos ( Zukerfeld,1992).

Hekier y Miller (2010) señalan además complicaciones como diarreas, pancreatitis, esofagitis, síndrome de Mallory Weiss, vómitos con sangre, pérdidas de piezas dentarias, deformación de la glándula parótida como consecuencia de la autoprovocación de vómitos. La muerte puede producirse por ruptura gástrica ( dilatación que ejerce la gran cantidad de comida ingerida) , por hemorragia digestiva o incluso por ataque cardíaco ( Hekier & Miller,2010).

### 2.3. Prevalencia y Enfermedades Asociadas

Acorde los datos del DSM IV, la Bulimia Nerviosa es un trastorno que tiene la prevalencia de aproximadamente 1-3% entre mujeres jóvenes y que empieza hacia el final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Entre los varones esta prevalencia es diez veces menor.

Puede afectar tanto a individuos con peso normal, como a los pacientes con anorexia u obesidad( Garner & Garfinkel ,1982). Datos obtenidos por Zukerfeld (1992) y Loro y Orleans (1981), sugieren que antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de mostrar sobrepeso que la gente sana. En Argentina entre las personas que buscan tratamiento por su obesidad, se ha detectado que 30% padecen de bulimia ( Zukerfeld ,1992).

La frecuencia de los síntomas depresivos es alta, al igual que los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor). En muchos individuos la alteración del estado del ánimo se inicia al mismo tiempo que la bulimia nerviosa, o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa. Hay asimismo una incidencia elevada de síntomas de ansiedad o de trastornos de ansiedad que desaparecen cuando se trata la bulimia nerviosa. Se ha observado dependencia y abuso de sustancias ( alcohol y estimulantes ) en aproximadamente en un tercio de los sujetos.

Datos preliminares sugieren que en casos del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo.

### 3. Diagnóstico Diferencial

En los trastornos alimentarios, como en otras patologías, donde los factores casuales no son únicos, hay mucha dificultad en el momento de establecerse un diagnóstico.

Resulta imperiosa la confección de una detallada historia clínica, examen físico y el pedido de análisis clínicos bien seleccionados. La determinación del estado hidroelectrolítico del paciente, que nada más es que la verificación del nivel del contenido corporal de agua o electrolitos en el cuerpo, es muy importante, ya que el desequilibrio del mismo, que ocurre en consecuencia de los vómitos autoinducidos y/o el abuso de laxantes, puede provocar la muerte por paro cardíaco ( Saota, 1999).

El diagnóstico diferencial que se impone con más frecuencia es con patologías del tracto digestivo con presencia o no de vómitos: Esofagitis, Gastritis, Várices esofágicas, Úlceras gástricas o duodenales, Enfermedad de Crohn, Síndrome de mala absorción, Enfermedad celíaca, Disfagias y Colon irritable ( Saota, 1999).

Con respecto a la diferenciación entre la Bulimia y la Anorexia, Bay y Herscovici(1995) plantean que, muchos pacientes (56,7%), se desplazan entre los dos síndromes. Para el diagnóstico diferencial, se debe tomar en consideración primeramente, como un fuerte indicio de Anorexia, el aspecto físico demacrado de la paciente. Además, a diferencia de las bulímicas, presentan mayor capacidad de control de sus impulsos y por lo general, desde su infancia fueron niñas ejemplares. Las pacientes Bulímicas en cambio, tienen menor capacidad de control de los impulsos, con frecuencia son sexualmente activas (a diferencia de las Anoréxicas que se observa la ausencia de

vida sexual), y presentan algunas veces trastornos de conducta asociados, como hurtos, abuso de alcohol o drogas, y gestos automutilantes.

Zukerfeld (1992), nos llama la atención para la dificultad en el diagnóstico diferencial entre pacientes bulímicos y obesos compulsivos. Las diferencias entre ambos grupos, se dan en el campo biológico, ya que en la obesidad existen fuertes evidencias de factores genéticos que son decisivos en el desarrollo de la enfermedad. Otro diferencial importante también, sería la ausencia de conductas compensatorias en los pacientes obesos compulsivos.

Zadra (2004) a su vez, hace una diferenciación entre el goloso y el bulímico, señalando que el primero siempre elige algo que le tienta, saborea anticipadamente, toma su tiempo, disfruta, mientras que en la Bulimia hay una devoración angustiosa que siempre es en soledad, no importando si ya está satisfecha, si lo que está comiendo ya no le gusta, si le hace daño o le engorda. Total...después vomita.

Cabe señalar que en psicoanálisis, lo más importante es el diagnóstico diferencial en términos de estructura (neurosis, psicosis, perversión). Esta es una cuestión muy delicada, pues orientará la dirección de la cura. En el caso de una neurosis, el analista podrá trabajar en el sentido de hacer caer al síntoma; esto ocurre de forma natural en la medida en que el sujeto puede poner palabras y pensar algo sobre el conflicto que vive (Sobral, 2010).

Ya al tratarse de una psicosis, se debe ser muy cuidadoso, pero aún más cuando ésta no está declarada, cuando no es una psicosis clínica. Se trata de casos en los que la psicosis no se manifiesta como tal, porque el síntoma suple la falta del significante primordial y evita el desencadenamiento y una descompensación psicótica. Estos casos son muy comunes en las anorexias y en las toxicomanías: muchas veces el síntoma estabiliza al sujeto, con la consiguiente dificultad en la dirección de la cura, porque sería muy riesgoso ir en contra del síntoma teniendo en cuenta su función de suplencia (Sobral, 2011).

### 3.1. Tipos de Bulimia y Modo de Producción Sintomática:

Acorde Zukerfeld(1992), el circuito de atracón-purga, dependiendo de su duración, puede ser de 3 tipos:

1. Circuito Corto: Desde lo biológico se produce una suerte de descarga irresistible, en forma de corto circuito, y queda el episodio ajeno al yo. Constituye un verdadero pasaje al acto, o acto síntoma.
2. Circuito Intermedio: Se trata de un proceso cuyo punto de partida parece ser la incapacidad para distinguir las necesidades fisiológicas de las tensiones de origen emocional, y el déficit en la estructura del pensamiento.
3. Circuito Largo: éste es el camino que comienza a partir de factores familiares y sociales que se manifiestan con el deseo de adelgazar, que coinciden con trastornos de la imagen corporal. Esta imagen es entendida como una estructura con forma, contenido y significado, cuyas alteraciones aparecerían principalmente como sobreestimación e insatisfacción marcada.

Zukerfeld (1992 ) señaló también que acorde el tipo de funcionamiento psíquico del paciente, esta enfermedad puede ser de tres tipos:

1. Bulimia Sintomática: La edad de comienzo es variada y siempre encontramos un episodio desencadenante de características traumáticas: una pérdida o un cambio importante de vida. Estos pacientes presentan buena capacidad asociativa, son locuaces, aunque en los momentos en que se desbordan ocurre un desencadenamiento de actos – síntoma, que son el ataque bulímico y que pueden ser seguidos por las purgas.

2. Bulimia Conflictiva: La edad de comienzo es en la adolescencia. No hay compromiso orgánico. Hay presencia de una coloración depresiva acompañada de autorreproches, sentimiento de impotencia y culpabilidad. Hacen descripciones detalladas de sus síntomas y se refieren a ellos de forma metafórica. La capacidad asociativa se mantiene y los episodios bulímicos se llevan a cabo de forma acotada, por ejemplo en los fines de semana.

3. Bulimia Operatoria: La edad de comienzo es en la niñez, en donde ya se observan trastornos de la alimentación: obesidad o anorexia infantil. Suele estar asociada a otras patologías somáticas familiares, en especial de origen alérgico, presencia de accidentes y patología somática familiar, como adicciones y obesidad. También muestran grandes dificultades en la asociación, presentando fuera del síntoma una relación con los afectos de tipo alexitímico. Todo se remite a lo actual y lo fáctico, les cuesta tomar distancia del problema que los aflige o hablar de otra cosa que no sea de sus compulsiones.

Aparecen problemas del dormir, pesadez, despertar y compulsiones nocturnas. La actividad onírica y fantasmática es muy pobre y de tipo evacuativa. El lenguaje es simple, no metafórico, alude a los seres y a las cosas en su estricta materialidad, expresan los acontecimientos del día sin poder hacer asociaciones afectivas ni con referencia a situaciones del pasado.

El tono vital aparece disminuido y podemos encontrar aquí lo que Marty describió en 1968 como Depresión Esencial, que él descubre en el origen de la desorganización somática con una significativa frecuencia. A diferencia de los estados depresivos del cuadro anterior con variada sintomatología mental y gran colorido afectivo, como dolor, tristeza, hostilidad, autorreproche, en la depresión esencial no encontramos signos positivos de mentalización. Se observan apatía, cansancio, ausencia de interés, y aunque asisten a los grupos y a las consultas, cumplen con algunas indicaciones pero con una sensación interna de sin sentido, de vacío.

Recalcati( 2011) afirma que los llamados trastornos de la alimentación ( anorexia y bulimia), no son enfermedades del apetito sino mas bien que se tratan de posiciones subjetivas. Esto porque desde el psicoanálisis se entiende el síntoma no como la alteración de una función, (como por ejemplo el insomnio que altera la función del sueño), sino como índice fundamental de la verdad reprimida del sujeto, o sea, que el síntoma es un mensaje cifrado que se da al Otro para ser descifrado. Partiendo de esta hipótesis, la cura no está orientada hacia la normalización de la función orgánica alterada, en este caso el apetito, sino que hacia la escucha de la palabra del sujeto y de la apertura del inconsciente que tal palabra consiente.

Para Recalcati (2011) resulta difícil separar la Bulimia de la Anorexia, porque son dos caras de la misma moneda y su lógica una sola. El polo bulímico y el polo anoréxico constituyen los índices de una sola oscilación, en donde la Anorexia indica la realización del ideal del sujeto, mientras que en la Bulimia hay una caída de este mismo sistema bajo los golpes de una compulsión a la repetición

desenfrenada. Separar la bulimia de la anorexia para este autor, imposibilitaría el entendimiento del discurso anoréxico-bulímico, ya que esta lógica tiene por lo general una primera articulación del tipo anoréxico, en que ocurren medidas drásticas de restricción alimentaria por parte del sujeto y sólo en un segundo momento tiende a transformarse en bulimia. Sin embargo, esta evolución no suprime la función reguladora del Ideal Anoréxico del cuerpo delgado, ya que el ejercicio bulímico del vómito tiene como objetivo preservar la imagen anoréxica del cuerpo delgado. En este sentido se puede decir que la bulimia es un dialecto de la anorexia.

Desde el psicoanálisis, conforme las enseñanzas de Lacan se piensa la posición del sujeto en términos estructurales. Para Recalcati (2011) anorexia y bulimia no son estructuras (neurosis, psicosis, perversión), sino que más bien indican un fenómeno con características específicas, como la serialidad, la monotonía discursiva, rigidez identificatoria y narcisismo exaltado.

El diagnóstico de Anorexia Bulimia no significa gran cosa por sí misma, si no lo acompaña, a través de la escucha del Discurso Anoréxico Bulímico, la individualización de la estructura correspondiente. Un ejemplo de esto es que podrán haber bulímicas y anoréxicas tanto con una estructura neurótica como con una estructura psicótica (Recalcati, 2011).

#### 4. Trastornos de Alimentación y Adicción

Zukerfeld (1992) plantea que el concepto de adicción va mucho más allá de la farmacodependencia; razón por la cual propone el Modelo Adictivo, para una mejor comprensión de estos fenómenos psicopatológicos. Este Modelo hace hincapié en que hay un uso y abuso del objeto, que no es específico, sino más bien que intercambiable, con lo cual se intenta la regulación de la autoestima y los impulsos sobre la estructura del yo, los trastornos perceptuales y de la imagen corporal.

Desde 1972 este modelo es utilizado para describir ciertas formas de conducta alimentaria cuyo paradigma es el fenómeno bulímico. Entre las patologías que se aplica este modelo, además de la bulimia propiamente dicha, está la anorexia y la obesidad compulsiva (también llamada de Binge Eating Disorder).

Lo que comparten en común estos trastornos es la conducta adictiva, que son episodios descontrolados de ingestión exagerada y compulsiva de alimentos, acompañados por la pérdida de control durante la ingestión (Zukerfeld, 1992).

Como en otras clases de adicciones, hay un primer momento impulsivo en que el sujeto come irrefrenablemente con urgencia e insaciabilidad, para luego instalarse el momento compulsivo, en donde aparece la incapacidad de abstenerse y la obligación de comer. En esta clase de conducta, se pueden describir mecanismos impulsivos y de negación característicos de los adictos. Al igual que a muchos adictos, la conducta atracción-purga se suele desencadenar a partir de vivencias corporales que al paciente le cuesta verbalizar (Zukerfeld, 1992).

El Bulímico sería considerado un abusador de sustancia que podría ser el alimentos, los laxantes, los diuréticos y a veces otras drogas o el alcohol (Garner, Garfinkel, O'Shaughnessy y Johnson y Larsen, 1982).

Lo que marcará la diferenciación entre este y los demás adictos, es que cuando logra abstenerse, establece un espacio fóbico con el objeto alimentario adictivo, desplegándose así, una adicción a la abstinencia que culmina en el logro del ideal anoréxico. En otras palabras, se pasará de la adicción al objeto a la adicción a la abstinencia (Zukerfeld, 1992).

## 5. Factores Socio Familiares

Es sabido que el sujeto está inmerso en una realidad socio cultural y que no se puede ignorar el contexto en que surgen determinadas patologías. Para Zukerfeld (1992) los factores socio familiares tienen mucha preponderancia en esta patología. La presión social para lograr la delgadez se incrementó en las últimas décadas, generando un desfase entre realidad corporal promedio y la figura idealizada ofrecida por los medios.

Los valores adjudicados a la delgadez oscilan desde la simple pertenencia al grupo de moda hasta atribuciones de éxito erótico, intelectual y laboral. La mayor parte de los bulímicos ha tenido sobrepeso leve que, por razones sociales, ha evaluado como máximo o muy indeseable, incitando a la búsqueda de adelgazamiento irracional (Zukerfeld, 1992).

Existen en la mayor parte de la población femenina de las grandes ciudades occidentales hábitos sociales que en primer eje se manifiestan por la realización de dietas, y en el segundo, por expresiones verbales comportamentales de insatisfacción con el cuerpo (Zukerfeld, 1992).

Attie y Brooks (1989) señalan que hay patrones familiares vinculados al trastorno. Describen a estas familias como desorganizadas, con bajos niveles de cohesión, con dificultades en la expresión de las emociones, fallas en el soporte de autonomía e imposición de altas metas estandarizadas a sus hijos.

Sights y Richards (1984) plantean que la presión social se ve reflejada en la casa, ya que las madres de jóvenes que padecen bulimia, son descritas como dominantes y controladoras por lo general. Estas demuestran tener altas expectativas de éxito y enfatizan el rendimiento académico y la apariencia física por encima de todo, llevando así sus hijas al estado de estrés.

Sperling(1978) y Wilson(1980 ) establecen que los trastornos de la alimentación se originan en la primera infancia cuando se perturba la simbiosis madre-hijo. A groso modo, ya que se explicará más detalladamente adelante, en esta etapa la madre que debería cumplir la función de yo auxiliar del niño, brindándole una conducta de sostén y un equilibrio homeostático, no lo hace. Sus conductas resultan impredecibles e inestables o penetradas por la hostilidad o ansiedad, afectando así al niño en su proceso de individuación, dejando a este sin marco de referencia.

Zukerfeld (1992) también señaló la observación de vínculos simbióticos e insatisfactorios en ambientes en donde la valoración del cuerpo y del alimento es a veces confusa. El autor adjudicó (entre otras variables como los factores socioculturales, biológicos y consecuencia de la crisis adolescentes, que no desarrollará en el presente trabajo) los factores familiares en el origen de la bulimia.

Attie y Brooks-Gunn( 1989) han observado en estas familias bajos niveles de cohesión, desorganización ,falta de expresión de las emociones, imposición de altas metas estandarizadas y fallas en el soporte de la autonomía, que engendran dudas en las hijas sobre sí mismas.

Humphrey(1986) y Strober (1987), expresan que los padres de las bulímicas tienden a la disminución de su auto estima, son menos colaboradores y nutrientes y más restrictivos que los de las no bulímicas. Johnson y Flach(1985) y Ordman y Kirschenbaum(1986) encontraron que mujeres bulímicas comunicaban conflictos familiares graves y baja cohesión familiar.

Wilson(1983) plantea que el terror abrumador a la gordura es causado originariamente por la identificación con padres que poseen temor semejante , y que este se debe en ambos sexos, al hecho de no tener resuelto el aspecto femenino de la personalidad.

Acorde los estudios de Wilson(1983), cinco son las características de estas familias:

☒ Exhibición del perfeccionismo: En estos padres el perfeccionismo que exhiben resulta contradictorio al hecho de que se observan una mayor tendencia a los conflictos personales y conyugales, al divorcio y a la adicción.

☒ Desestimación de Afectos: El origen se encuentra en la hipermoralidad explícita de los padres, aunque su conducta escindida lo desmienta.

☒ Infantilización en la toma de decisiones e hipercontrol de los niños: En algunas familias no se permitía la diversión en sí misma, pues todo debía tener un propósito noble o ser motivo de una discusión intelectual o erudita.

☒ Excesiva preocupación por la gordura y la dieta: La excesiva preocupación y control de los padres por los hábitos alimentarios de sus hijos facilitan la aparición de síntomas psicósomáticos.

☒ Exhibicionismo de los padres en sus conductas sexuales, en el baño. Tales experiencias, unidas a la hipermoralidad y a la fachada de perfección, provocaban una inhibición del desarrollo psicosexual normal en las hijas adolescentes.

Joyce McDougall(1982,1987) en lo referente a las modalidades vinculares hace hincapié en la relación entre los déficits de identidad como correlativos del déficit en el sentir: del cuerpo como propio, de las propias emociones y los pensamientos. Esta autora expresa que predominan los vínculos duales, narcisistas, de fusión con el otro. Al ser la propia imagen frágil y huidiza en el nivel de los vínculos, este elemento opera como conflicto: surge el terror a la fusión, a perder los límites y al abandono. El equilibrio narcisista deficitario de las primeras experiencias vinculares se intenta reencontrar a través de dos conductas extremas y opuestas:

☒ Alejarse de los otros como si se tornaran anoréxicos ante los objetos de amor, evitando así el acercamiento íntimo debido a que este produce confusión, desorganización y temor a indiferenciarse como sujeto (McDougall, 1982,1987) .

☒ Acercarse a los otros, en cambio, configura un vínculo de devoración objetal, presentando alto nivel de angustia ante la soledad y necesitan de compañía externa, ya que parecen no haber organizado la capacidad para estar a solas (Winnicott,1958).

McDougall (1982,1987) considera que este manejo de la conducta alimentaria es un intento de defensa contra el dolor y los conflictos psíquicos, que busca establecer una función de límite y separación, imposible de realizar en el nivel intrapsíquico.

### 5.1. Vínculo Temprano Madre – Hijo:

El proceso de separación entre la madre y el infante, se empieza a desarrollar muy tempranamente. En los primeros meses, el cuerpo de la madre funciona como una prolongación imaginaria en el recién nacido y ordena su funcionamiento somatopsíquico.

A los pocos y a partir de esta matriz somatopsíquica se va desarrollando una diferenciación progresiva entre el cuerpo propio y la primera representación del mundo externo y paralelamente se va distinguiendo lo psíquico de lo somático( McDougall,1982).

En la infancia habrá una doble búsqueda, por un lado, el bebé tratará, sobre todo en los momentos de dolor psíquico o físico, de recrear la ilusión de unidad corporal con la madre –pecho y por otro luchará con todos los medios de que dispone para diferenciar su cuerpo y su ser, de ella ( McDougall,1982).

El niño a través de mecanismos de internalización, incorporación e identificación va a construir una imagen interna de una madre nutricia, que cuida, que es capaz de contener las tormentas afectivas y que apoya su deseo de autonomía corporal y psíquica. A partir de esto y se la madre no obstaculiza este proceso, podrá construirse la identificación a esta Imago, esencial para la estructuración psíquica y que va a permitir el niño autoasegurarse las funciones maternas introyectadas ( McDougall,1982).

Todo fracaso de este proceso fundamental va a comprometer la capacidad del niño de integrar, y de reconocer como suyo, su cuerpo, sus pensamientos, sus afectos ( McDougall,1982).

A lo largo de la vida, la realidad psíquica de toda persona deberá mediar con el deseo primitivo de retorno al estado de fusión con la madre-universo, con el deseo de no deseo. Este deseo es simplemente el deseo de volver a ser uno con la madre de la temprana infancia. La lucha contra este deseo, y el duelo que impone, son compensados, por la adquisición de la identidad subjetiva. Lo cual supone que el sujeto ha podido investir, libidinalmente y narcisísticamente, las heridas fundamentales e ilimitables que son la separación y la diferencia (McDougall,1982).

### 5.2. Relación Madre Hijo y Demanda

La madre además de tener un rol clave en el proceso de autonomía corporal y psíquica del niño, desempeña un papel clave en la significación de la demanda de este. Pero para comprender mejor este proceso, resulta fundamental la descripción y articulación de algunos conceptos importantes en el Psicoanálisis, que son: El Otro, el otro, la Castración, la Pulsión, la Necesidad, el Deseo y la Demanda. Freud (1914) define a la pulsión como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo.

Recalcati (2011) señala la pulsión como una desnaturalización del instinto, una deformación del instinto causada por la relación del sujeto con el Otro.

El Otro tal vez sea, el concepto más complejo en la obra de Lacan. En sus primeros escritos, el otro no tenía demasiada importancia; se refería simplemente a las otras personas, como en el lenguaje común. En 1955, Lacan hace la central diferenciación entre el pequeño otro que es el otro con minúscula o el a ( autre), y el gran Otro designado con la A de Autre. El petit autre, pequeño otro es un reflejo, una proyección del yo, simultáneamente el semejante y la imagen especular, está

inscripto en el orden imaginario, que es el orden de las imágenes, que implica la relación con el otro y tiene como función brindar una completud ilusoria al sujeto (Lacan,1955).

El gran Otro, por su parte designa la alteridad radical, la otredad que trasciende la otredad ilusoria de lo imaginario, no puede asimilarse a través de la identificación. Lacan equipara esta alteridad con el lenguaje y la Ley, por ende el gran Otro está inscripto en el orden simbólico. El Otro es otro sujeto, con su singularidad inasimilable, y también es el orden simbólico. Es un lugar, un lugar en el cuál está constituida la palabra, el tesoro de los significantes, que no se origina en el yo, sino en el Otro; por lo tanto la palabra está más allá del control consciente, viene de otro lugar, desde afuera de la conciencia, por esta razón que Lacan afirma que el inconsciente es el discurso del Otro (Lacan,1995).

Para el niño, la madre ocupa primeramente la posición del gran Otro. El complejo de castración se constituye precisamente cuando el niño descubre que ese Otro no es completo, padece una falta. El Otro completo no existe, el Otro incompleto es el otro barrado con una A tachada (Lacan, 1994).

Por padecer el sujeto de una falta, ser incompleto, la satisfacción pulsional no coincide con la satisfacción de la necesidad natural porque la pulsión no es una fuerza, un dato natural, sino que se encuentra entrelazada desde el origen con el Otro y se produce como efecto de la inclusión del sujeto en el campo simbólico del Otro. Es preciso distinguir la pulsión oral y la necesidad de comer (satisfacción instintiva) de la búsqueda de satisfacción pulsional a la cual la boca del bebé se consagra en la actividad repetitiva de chupar. De chupar no sólo para aplacar el hambre, sino que fundamentalmente para alcanzar un goce de otro tipo, de orden sexual. La pulsión no demanda la satisfacción de la necesidad sino otra satisfacción: no simplemente la necesidad de comer, sino la satisfacción libidinosa de la oralidad (de la demanda oral) como zona erógena investida de la acción pulsional (Recalcalti, 2011).

Es sabido que la cría humana al nacer se encuentra en un estado de desamparo que hace que su supervivencia dependa exclusivamente de Otro. Otro a quien el niño deberá modular pedidos a través del llanto y del grito para obtener satisfacción de sus necesidades. Pero este Otro es un ser parlante, está inserto en un sistema simbólico y obligará al infans a expresar en significantes sus propias necesidades, o sea, que para obtener algo habrá que hablar, porque sólo a través de la demanda, la necesidad puede ser dirigida al Otro y de este modo satisfacerse. En otras palabras, la demanda es el pasaje de la necesidad por el aparato del lenguaje y esta al traducirse aliena a las necesidades (Heiker & Miller, 2010).

El deseo existe más allá de la necesidad pues no está dirigido hacia los objetos como el hambre está dirigido hacia la comida, sino hacia un sujeto cuyo primer modelo, perdido desde siempre está constituido por el Otro materno y en particular por el objeto de la pulsión oral (el seno). La acción interpretativa del Otro convierte el grito en demanda.

Asimismo la demanda nunca va a poder satisfacer plenamente el deseo, porque la insatisfacción es un hecho de estructura. Cada satisfacción de la demanda deja un resto, un resto que no puede satisfacerse. Este resto es exactamente el origen del deseo. El deseo no es jamás deseo de alguna

cosa, sino deseo de otra cosa. Este es errático, excéntrico, en constante superación de cualquier satisfacción posible ( Recalcati,2011).

Zadra (2004) señala que el ámbito de la alimentación es fuente de conflicto desde los primeros tiempos de la relación del niño con la madre, siendo que esta tiene el privilegio de negar u otorgar la satisfacción. Este lugar de omnipotencia, permite transformar todo lo que ella concede o deniega en prueba de amor.

Siendo que no hay demanda que no implique al Otro, la demanda oral, se dirige al Otro que espera. Hay complementariedad en la demanda. La madre va a significar la demanda del niño y este va a quedar a merced de la lectura del ella. En esta hendidura entre la demanda de ser nutrido y de dejarse nutrir aparece la primera diferencia. A la demanda oral le desborda un deseo ( Zadra, 2004).

El niño que hasta ahora está en una posición pasiva, en algunos casos tratará de invertir esto, a través del capricho en la hora de las comidas, haciendo con que la madre sea, quien esté ahora a merced suya ( Zadra, 2004).

La madre, puede estar en una posición desde la cual privilegia la satisfacción de la necesidad del niño, ignorando lo que realmente este desea, hecho no menor, ya que para que el niño crezca sano es necesario que se lo ame y que se desee algo más allá de la satisfacción de sus necesidades. Para algunas madres esto puede resultar muy difícil, por verse atravesadas por imperativos laborales, sanitarios, nutricionales y con la presión de ser una madre ejemplar y, más allá de su particularidad, se ve empujada a estar atenta a la satisfacción de las necesidades. En lugar de dar don de amor, juego, tiempo, intenta satisfacer la necesidad, procurando el objeto de goce; cuando se habla del Goce en Psicoanálisis, no se hace referencia al placer o al deseo, sino más bien que lo que va más allá de estos ( Sobral, 2011 ).

En el orden del amor, se trata de lo que el Otro no tiene, se trata aquí de la demanda de algo: demanda de nada, es la demanda al Otro castrado, o sea, al Otro que pueda faltar. Solamente cuando la madre puede ausentarse, es que el niño puede llamarla.

Esta ausencia posibilita la instauración del universo simbólico. Demanda paradójica del don de la nada, de la pura falta del Otro como objeto del don. Lacan, cuando habla del don, se refiere a todo el circuito de intercambios y renunciaciones de los que el sujeto es inconsciente. La circulación del don es lo que permite a que circule el deseo. En el don lo que se ofrece es lo que no se tiene, la falta, la nada. Esta nada es que hace circular la promesa y una demanda de reconocimiento, un llamado de reconocimiento al deseo del Otro ( Lacan, 1994).

Cuando la madre, trata al niño como un objeto, cuando se dirige a este como una boca a alimentar, esta excluye al niño del circuito de dones y demandas. Aquí el alimento no tiene el valor de don, vale sólo como alimento, no como un llamado al Otro (Lacan, 1961 ).

Pero, de lo que se trata es justamente, de una figura de la nada como objeto del don amoroso: que el Otro dé justamente lo que no tiene y, en eso, dar algo de su ser. (Heiker & Miller, 2010).

En los casos de anorexia-bulimia, la madre, incapaz de transmitir la falta, que es la que posibilita el deseo, confunde el don de amor con la satisfacción de la necesidad, obturando así la vía del deseo ( Sobral,2011).Precisamente Bulimia y Anorexia aparecen como paradigmas de la alteración de la función alimentaria por el atravesamiento del deseo (Heiker & Miller, 2010).

Esta confusión entre el orden de la necesidad, la demanda y el deseo tienen consecuencias clínicas precisas. Es el niño al que alimentan con más amor el que rechaza el alimento y juega con su rechazo como un deseo ( Lacan,1984). En el caso de la paciente anoréxica, hay un clamor por un menos del Otro, que en su acto de restricción alimentaria, logra excluir al Otro, logrando así salvaguardar su deseo (Heiker & Miller, 2010).

En el caso de la Bulimia, hay un clamor por un más del Otro, ya que insiste en estar vacía y se intenta incluir al Otro a través del acto bulímico; se trata del rehallazgo del objeto perdido por estructura, de aquello que nunca se tuvo (Heiker & Miller, 2010).

#### 6. Queja y Tipo de Demanda Implicada en la Bulimia

Desde el enfoque psicoanalítico, en la Bulimia, no se trata del objeto comida en su sustancia, sino de la crisis en relación con lo imposible de decir, vinculada a las patologías del acto. El sujeto se torna esclavo de su no decir y, por ende, de la pura mudez pulsional (Heiker & Miller, 2010).

La demanda en la anorexia – bulimia es muda, y el discurso está bloqueado por la dependencia bulímica del objeto – alimento. Esta dependencia ciega de la sustancia es lo que hace difícil la articulación de una demanda de cura. Lo que ocupa al sujeto es el pensamiento obsesionante del alimento ( Recalcati, 2011).

El síntoma divide al sujeto, se presenta en su vida como una especie de cuerpo extraño que, en el mejor de los casos, puede conducirlo a buscar ayuda profesional. Dentro del dispositivo analítico, el síntoma debe adquirir el estatuto de una pregunta acerca del porqué de ese cuerpo extraño, y dicha pregunta es lo impulsa el tratamiento analítico. En la anorexia y la bulimia, pero especialmente en la anorexia restrictiva, no se encuentra nada de esto. En la anorexia no hay demanda; en todo caso, son los familiares los que generalmente demandan, porque son ellos quienes padecen el síntoma, de forma tal que se ven empujados a pedir ayuda, por ser testigos del sufrimiento que se provoca y le provoca a los otros, mientras este cree que está todo bien. Tampoco hay cuestionamiento, ya que el síntoma no representa nada para el sujeto, es una superficie opaca en la que no puede reconocer nada de sí. Al contrario, hay una satisfacción en relación con el Ideal ( Recalcati, 2011).

En estos casos, quién demanda en el tratamiento resulta una cuestión decisiva para verificar la posición del sujeto. Asimismo, aunque surja por parte del sujeto la demanda de ayuda, y que este acuda a un analista, por los motivos mencionados anteriormente, esto no implicará necesariamente una demanda de análisis. (Heiker & Miller, 2010).

La cita de Lacan (1985) en Psicoanálisis y Medicina da cuenta de esto en forma bien clara:

Cuando el enfermo es remitido al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de él pura y simplemente la curación. Coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él esté totalmente atado a la idea de

conservarla. Viene a veces a demandarnos que lo autentiquemos como enfermo: en muchos casos viene, de la manera más manifiesta, para demandarles que lo preserven en su enfermedad, que lo traten del modo que le conviene a él, el que le permitirá seguir siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad. ( p. 8)

Muchas veces, el sujeto utiliza su sufrimiento ostentándolo para incidir sobre sus objetos libidinales. Es posible observar que cuando esto tiene lugar en la transferencia, el analista es ubicado en la condición de testigo pero que cuya palabra es desoída y se encuentra obligado a permanecer en una posición estática, sin posibilidades de brindar la ayuda previamente requerida por el enfermo. Se constituye de este modo una paradoja en tanto el analista es reclamado para prestar ayuda, pero al mismo tiempo es obstaculizado para cumplir esta función (Maldonado & Maldonado, 2010).

Dolor, castigo, agresión vuelta sobre sí mismo y donde parece haberse imposibilitado abrirse interrogante alguno. Sujetos que bordean la muerte, ¿viven para sufrir, sufren para vivir...? Un acontecer que implica puro goce en donde la demanda muda remite el sujeto a una cadena interminable de repetición solitaria. (Heiker & Miller, 2010). El circuito del goce es un circuito auto erótico, todo gira en torno al cuerpo, pero sin implicar al Otro. Hay una repetición de la serie con el sólo objetivo de la repetición en sí misma, en donde este circuito va desde la adicción que es el tiempo de la voracidad bulímica hasta la sustracción que es el tiempo del vómito. Siendo este, funcional a la repetición de la continua serie de comilonas, porque vacía el cuerpo del goce y lo prepara para un nuevo exceso. No se vomita para continuar comiendo sino que para continuar vomitando es que come. Por otro lado el vómito causa una suerte de alivio porque los sujetos anoréxicos bulímicos, los que no logran vomitar son aquellos que muestran mayor angustia persecutoria hacia el objeto comida, porque una vez incorporado, promueve en el sujeto violentos sentimientos de indignidad, malignidad y destrucción bajo el signo de angustia radical ( Recalcati, 2011).

Habitualmente, lo que se arriesga en este padecer es la vida misma y no solamente el vivir social, laboral y familiar. Las alteraciones que provocan la anorexia y la bulimia afectan el cuerpo biológico, la salud orgánica. Hay, así, un punto de urgencia clínico que no puede soslayarse. Así es como el sujeto llega a la consulta, anudando su queja al cuerpo ( Heiker & Miller, 2010).

Malestar, sufrimiento, dolor, goce, pueden ser obstáculos, pero a la vez posibilitadores de un pedido que posiblemente devenga en análisis. Se trata de transformar la queja en una pregunta. Para esto los síntomas deben empujar, inducir a la pregunta, eje a partir del cual se puede pensar un posible análisis: las entrevistas preliminares deben posibilitar el posicionamiento como analizante. Ésta es la apuesta (Heiker & Miller, 2010).

## 7. Bulimia y Duelo

Los trastornos de la conducta alimentaria nos enfrentan a un serio compromiso narcisístico. En muchos pacientes se observa que el desencadenante suele ser la pérdida de una relación de sostén narcisista (Maldonado & Maldonado,2010).

Sobral (2011) observó que en muchos de los casos, la anorexia y/o la bulimia se desencadenan ante la dificultad para elaborar un duelo por la pérdida de un objeto o ser querido. Es decir, ante la pérdida de un ser querido, el sujeto hace un síntoma anoréxico/ bulímico en lugar del duelo.

Freud (1915/17), definió el duelo como la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad o un ideal por ejemplo. El proceso de duelo tiene que ver con el trabajo de elaboración de la pérdida de dicho objeto, en donde se da lugar a un quite gradativo de libido del mismo.

Lacan (2006) sostiene que sólo si está en duelo por alguien, de quien se puede decir: yo era su falta. En otros términos, lo que se pone en juego era lo que el sujeto era para el otro, qué lugar le daba el otro y que ha perdido. No falta tanto el otro como el sujeto mismo. ¿Qué será el sujeto sin el otro? Esa es la clave del duelo. Se trata del sujeto.

Lo que se intenta eludir con el síntoma anoréxico- bulímico son justamente estos cuestionamientos, no se toma nota de la pérdida y, por lo tanto no se hace el trabajo de duelo, porque se sustituye el objeto por vía de la manipulación del mismo. El sujeto goza de su nuevo objeto: primero la nada, luego el atracón y el vómito, y el goce que obtiene con estos nuevos objetos lo fija en esta posición, donde encuentra algo que lo asegura( Sobral,2011).

En algunos casos, en los hay un despliegue completo de este circuito; la extrema delgadez que se logra a través del síntoma anoréxico, brinda una falsa sensación de seguridad y la paciente logra ir sosteniendo precariamente su mundo. Frente a la angustia y el dolor de la pérdida de un ser querido, y fracasada la anorexia como defensa, aparece la bulimia. Ésta cumple la función de mantener oculto para el sujeto lo que este ha perdido ( Sobral, 2011).

En virtud de los duelos no elaborados, el cuerpo se encuentra muy comprometido, sucediendo una suerte de derivación de la propia destructividad hacia él. Como fue señalado anteriormente, esta destructividad dirigida al sujeto y escenificada en su cuerpo, tiene el objetivo de mostración al Otro, para que este sea testigo mudo del sufrimiento padecido. Esta es la forma en que el sujeto encuentra de castigar a este Otro, con quien se encuentra fusionado. (Maldonado & Maldonado, 2010).

### 7.1. Pérdida Primaria y Vacío Representacional

En concordancia con Freud (1895/1950) el objeto de la experiencia de la satisfacción está irremediablemente perdido. La experiencia clínica conduce a pensar que esa pérdida primaria no es reconocida ni aceptada en las patologías de la alimentación ( Maldonado & Maldonado, 2010 ).

Es posible observar también, que estos cuadros presentan severas perturbaciones en la formación de representaciones, lo cual se manifiesta como vacío representacional.

Estas representaciones podrían ejercer la función de sustitutos del objeto perdido. Esa pérdida primaria, irreparable y que a la vez no logra ser representada por la representación, se intenta llenarla, en forma ilusoria, a través de la satisfacción y/o el rechazo de la mera satisfacción nutricia. Es posible observar así, que en algunos casos de anorexia, el alimento, tanto cuando es tomado como cuando es dejado, contiene la función de sustituto esencial del objeto

perdido. Se recurre al alimento cuando no se logra representar. El rechazo por el alimento y con ello el rechazo y muerte del objeto; está en lugar del símbolo; la reversión de este proceso tiene lugar durante el suceder analítico ( Maldonado & Maldonado, 2010 ).

Así los aspectos tanáticos del sujeto, que en la condición primaria carecieron de la contención adecuada del objeto que habría permitido su transformación en representación, lo convierten en verdugo de su propio cuerpo. El sujeto intenta reencontrar en la experiencia concreta, en la relación con el alimento, y en su cuerpo como escenario, al objeto de sus pulsiones destructivas y libidinales( Maldonado & Maldonado, 2010 ).

## 8. Método:

☒ Tipo de Estudio: Estudio Descriptivo.

☒ Participantes: La participante del presente estudio se llama V, tiene 27 años, trabaja como encargada en una tienda de ropas. Es soltera, vive con su hermano y su abuela paterna en la casa de esta última y consulta porque padece de Bulimia desde hacen 8 años. La patología surge después de haber muerto su madre. Desde entonces pasó por varios tratamientos, pero siguen los actos compensatorios (llegando a vomitar dos veces por día) y salvo para trabajar, no sale de casa.

☒ Instrumentos: A través de la historia clínica y de la entrevista con la profesional que llevó a cabo el tratamiento. En la entrevista con la profesional se tratarán de abarcar: El motivo de consulta, el diagnóstico, la historia familiar de la paciente, desarrollo del síntoma y su relación con los duelos, y el desarrollo del tratamiento en líneas generales.

☒ Procedimiento: Los datos se juntarán a través de una entrevista semi dirigida con la profesional que llevó a cabo el tratamiento. La misma tuvo la duración de 2 horas y se acordó que se llevarían a cabo más 5 entrevistas semanales con el objetivo de profundizar el material.

## 9. Presentación del Caso:

La demanda de tratamiento surge por parte de una joven de 27 años, soltera y empleada en un alto cargo de una tienda de ropas. La muchacha, a la cuál llamaremos V, en este momento vivía con su hermano y su abuela paterna en la casa de esta última. Cursó hasta el segundo año de psicología y tuvo varios tratamientos anteriores.

La analista que la atendió señala que la demanda de tratamiento de esta joven, aparecía desde un lugar imposible para ella, pues se solicitaba una terapeuta joven y dinámica, pedido este que más bien parecía a una solicitud de una empleada para la venta.

La demanda era sobre la imagen y quedaba afuera el conocimiento, la experiencia, el poder decir para tratar una problemática seria y compleja: una joven con trastornos de la alimentación: bulimia.

Desde la primera entrevista, la joven emplea muchos términos psicoanalíticos por lo que la analista interviene diciendo: menos mal que conoces un montón de palabras del psicoanálisis, así

si me olvido de alguna te pregunto. Es el primer encuentro con la sorpresa, lo inesperado, se ríe. Cuenta que sale muy poco y se viste siempre con lo mismo porque está muy gorda, por esto solo va al trabajo o se comunica por Internet. Dice que tiene bulimia, que vomita luego de una gran ingesta, a pesar de que hace algunos días que trata de no hacerlo, pero vomitaba una o dos veces al día.

Comenta que si lograra estar flaca se sentiría mucho mejor, sería una persona feliz... ..Cuenta que ya estuvo más flaca, pero no como le gustaría... Cuando logra estar sin comer, afirma sentirse muy bien, pero mucho no le dura, ya que de la nada pierde el control...y le agarra el atracón.

Paciente: Cuando me agarra el atracón, no puedo controlarme... como todo lo que tengo en la heladera..sin pensarlo...y bue...después me siento re culpable...hinchada como un globo....trato de vomitar todo, o sino, voy al gym cerca de casa y estoy horas para compensar el desastre....Los laxantes también me ayudan a deshincharme.....

Ante la pregunta de la analista sobre cuando empezaron los atracones, contesta que, aproximadamente a 8 años. Cuenta que por veces no come nada y toma medicamentos para adelgazar, lo que le ayudan a no sentir hambre. Las pocas veces que logró salir para algún boliche, no comía nada para después poder tomar alcohol, así lograba desinhibirse y no preocuparse con que los otros mirasen lo cuanto estaba gorda.

En estas situaciones tomaba mucho, pasaba mal y terminaba vomitando en el baño del boliche por no haber comido nada. Luego después de este relato, trata de desdramatizar diciendo que: A quien nunca le pasó de tomar unas copas demás y vomitar en el baño de un boliche.....Afirma que en las chicas de su edad no es algo raro....

La analista le pregunta por la frecuencia de estos episodios, y la paciente cuenta que, a veces cuando sale y algunas veces en que está sola en casa, se pone en pedo, según sus palabras, o toma alguna medicina y después vomita todo. Dice que lo que le sucede es algo tremendo ya que no puede frenar, simplemente lo hace, sin pensar, sólo lo hace y después de esto empieza a llorar sintiendo una tremenda impotencia.

Analista: ¿Qué siente usted antes del atracón ?

Paciente: No sé....Me siento mal....enojada....

Analista: ¿Enojada con qué?

Paciente: uff.....largo..enojada con muchas cosas..tengo bronca...por ser gorda, por no tener un novio...no tengo ganas de hablar de esto ahora...

La paciente prosigue su relato, cambiando de tema y señalando que pensó en empezar una terapia porque necesitaba perder peso, pero que no cree mucho en la Psicología, ya que estuvo en otros tratamientos y no le resultó.

Cuenta que cuando era chiquita era muy flaquita, ya que no comía nada, así su madre le insistiera.

Paciente: Con el tiempo la insistencia era tanta, y tanto que la vieja me enchufaba comida, que empecé a comer demasiado y a engordar. La culpa por ser gorda es de mi madre ya lo sé...y después que comía y engordaba mi madre me decía que estaba muy gorda, que tenía que

cuidarme....¿ya ves era imposible contentarla con algo? Entonces empezaban las discusiones y lo quilombos dice...porque mamá me exigía que baje de peso diciendo que no es lindo una chica gorda.

Cuenta que con su madre era imposible hablar de cualquier cosa: no había comunicación en casa, yo llegaba del colegio y nos sentábamos en la mesa a comer.....

Terapeuta: Se llenaban la boca de comida?

Sí...nunca podía hablarle de nada...porque ella siempre se quejaba de sus cosas, de sus problemas... o estábamos comiendo y decía que en la mesa no se habla!

Cuenta que la madre era una persona exigente, que la casa estaba siempre impecable y que ella tenía que seguir una rutina muy rígida. Nunca podía estar sin hacer nada....ella siempre quería movimiento....Afirma que además de esto, no tenía mucha libertad para salir con sus amigas, y por veces hasta la ropa que usaba su madre quería decidir...cuando esto ocurría se armaba el quilombo, según sus palabras, porque se peleaban....No me dejaba siquiera ir sola hasta al colegio, siendo que vivíamos cerca.

De su infancia, comenta que se acuerda que la madre siempre fue una persona distante...poco cariñosa y muy estricta con los límites. Estaba siempre muy preocupada a con su trabajo doméstico y a que se cumplan las reglas.

Analista: ¿Qué reglas?

Paciente: Estaba muy preocupada con la comida, siempre insistía a que comiéramos todo, hasta las verduras que yo odiaba. Decía que era un pecado dejar restos en el plato siendo que había tantos niños hambrientos en el mundo...Que nosotros éramos privilegiados por tener comida, un techo y buena educación. ¿Qué más podíamos querer?

Analista: ¿Que más se puede querer? ¿Que piensa usted?

Paciente: umm...pienso que se pueden querer muchas más cosas...En este momento yo querría que sea tener un poco más de libertad.... Silencio...

Analista: ¿ Y ahora?

Paciente: umm...ahora me gustaría estar flaca...

Analista: ¿ Con estar flaca que piensa lograrías?

Paciente: uff...Podría salir...tener un novio...

Paciente cambiando de tema: Ahh ahora me acordé de algo, con respeto al colegio, prosigue V, era siempre tremendo, me retaba cuando yo sacaba menos que nueve.

Decía que era el mínimo aceptable y que no quería que su hija fuese una fracasada en la vida....

Terapeuta Interviene diciendo: Es la lógica del todo o nada....que lugar sentía que había para vos?

Paciente: Ninguno.....Se angustia y llora....

Sigue el relato contando que cuándo era chiquita, no comía nada, su madre tenía que seguirla para que coma. Esta pasaba el día tras de V rogándole que coma siendo que estaba muy flaca para su edad.

Analista: ¿Tenías a tu mamá siempre pendiente de vos?

Paciente: risos... si supongo que sí...

Desde la primera consulta, V se quejaba de su peso, de su apariencia de su mal estar y de su mala suerte. Solía acudir a las sesiones desganada y con quejas reiteradas siempre relacionadas a su salud y su cuerpo: No tengo ganas de venir ni de salir de casa, me veo horrible, redonda, enorme e hinchada. No sé porque a mi me tocó estar gorda así, siendo que en mi familia nadie tiene esta genética! Supongo que es la suerte....a mi me tocó y fue...Que se va hacer....la mala suerte me acompaña.....

En muchas oportunidades V no acudía a las sesiones y tampoco avisaba... dejando así la analista sin saber ....Cuándo preguntada sobre sus ausencias pedía disculpas que se había colgado..según sus palabras....Cabe destacar, que con respecto al aumento de peso de V, si bien la paciente empieza a engordar así que los padres se separan, es con la muerte de la madre que su peso aumenta considerablemente. Lo que hace con que se retraiga más, evitando salir de casa.

La madre falleció hace 9 años de cáncer con metástasis en los huesos. Había sido operada de cáncer de mamas cuando V tenía 12 años. "Pero no se hacía los controles, nos mentía". A lo último se vio el deterioro" dice la paciente. El padre vive en pareja. Se separaron cuando tenía 5 años: "Se fue con la otra mujer...mi mamá no pudo separar lo que era el padre del marido, otras mujeres más sanas lo pueden hacer, me contaba cosas que no quería saber...sigo tendiendo a criticar a mi papá...cuando se separaron, yo quería verlo y todos me decían que eso estaba mal , porque él estaba con la otra mujer..todos estaban en contra de mi papá...mi mamá era una dulce conmigo, si tenía que poner una sonrisa y me la ponía y después sufría...Ahí empecé a engordar más. En realidad empecé a engordar cuando se fue mi papá. A mí se me rompía una uña y ella ya estaba atrás mía....

Debido a las constantes pérdidas económicas de la familia, se mudaron varias veces hasta que, terminaron viviendo en casa de la abuela materna cuando ella tenía 12 años. El hermano se quedó a vivir con su padre en la casa de los abuelos paternos, que vivían uno en frente del otro. A pesar de esto, la paciente siguió estudiando en escuelas privadas, no así su hermano el cuál es un año mayor.

El día que se graduó de la secundaria, V eligió, para que le entregue el diploma, a una profesora, su mamá ya visiblemente enferma, le reclamaba porqué no se lo pidió a ella: Yo a vos te voy a seguir viendo... le contestó la paciente y al mes su madre murió.

El abuelo materno también falleció un año después de la madre. La única hermana del padre también murió a los 55 años de edad: Era muy gorda, a los 40 años se super- abandonó, tapaba todo lo que tenía y se auto medicaba. Tuvo un paro respiratorio, fue de la noche a la mañana. El abuelo paterno falleció también hacen 13 años. V dice: ¿Cómo hago para volver atrás? Paciente:

Cuándo era chica tenía pánico a vomitar. Cuando empecé con la bulimia me daba asco poner la cabeza en ese lugar (el inodoro).

En su discurso V dice: lo comí, ahora ya no está más. Tenía en un tiempo mucha conducta de atracones y actos compensatorios. Estaba concurriendo al dieta club, pero sabía que seguía con los atracones. Esto era más notorio cuando peleaba con su hermano, su abuela o su padre: Comencé a estar dejada desordenada. Quiero un equilibrio, mi vida se rige por excesos.

En cuanto a su relación de pareja dice: el cuerpo siempre me sirvió como excusa para mi inseguridad. Dice también con respecto a su madre: Después de tenernos a los dos se super deprimió y estaba gorda, era chiquita de arriba. Le jodió quizás no haber podido disfrutar de su marido, mi mamá también era de taparse porque se veía gorda. Dice la paciente que había tomado conocimiento que su madre se casó embarazada de tres meses, no obstante esto siempre lo ocultaron. Asimismo la madre le decía que se había recibido de psicóloga y según consideraba la paciente le debían faltar algunas materias porque nunca fue a buscar su título y abandonó todo esto cuando nació su primer hijo. Relató que su madre nunca tuvo otras parejas y a veces salía con su padre de quién nunca se divorció formalmente.

La madre de Valeria ya se casa embarazada, sin haber podido disfrutar plenamente de su sexualidad, de su pareja. Además de abandonar sus estudios, su vida anterior como mujer, para ocuparse 24 horas por día de la casa y de la labor de ser madre, se abandona engordando. La madre reemplaza a la mujer. Patrón que siguen otras mujeres de la familia, como la tía que según palabras de la paciente se abandona a los 40 años y muere de un paro cardíaco.

La paciente tuvo cohabitación con su madre hasta que esta falleció. En el transcurso de estas sesiones (primeros 3 meses de tratamiento) hablaba de su dificultad para ir al cementerio se mostró sorprendida al advertir que todavía no había podido elaborar el duelo por su madre ya que creía haberlo superado. Esta situación la angustiaba.

Los atracones continuaban. No obstante pudo relacionarse mejor con su padre. En una sesión dice: Le dije que él no era quién para darme consejos a mí, después de lo que hizo y hace de su vida.

Analista: Pero él es tu papá y seguramente quiere que puedas superar cosas que él no pudo. Él piensa que esto que le dice está bien, así lo recibió y como padre siente la obligación de transmitirlo.

En el discurso de V en los primeros meses de tratamiento hacia continúa referencia a su gordura. Siempre ponía una carpeta sobre su falda para taparse. Si bien tiene sobrepeso, también tiene formas femeninas, es alta de piel mate y ojos verdes. Pero a la pregunta sobre si no cree si puede gustarle, dice: Si es que algunos les gustan las gordas.

Poniendo siempre su peso en primer lugar. Cuando la terapeuta le pregunta acerca de que le hubiera gustado hacer en el fin de semana, responde: tendría que haber ido a ....y también habría que tener hecho.... Entonces la terapeuta interviene señalando que: El tendría dista mucho del me gustaría.

Al preguntarle acerca de su menarca responde que no recuerda ni cuándo ni cuando fue, tampoco sabía hasta cuando había sido amamantada.

Fue a su padre a quién recurrió para preguntarle y este le contestó con una precisión que le asombró: la menarca tuvo lugar a los 12 años de edad y ya vivían en casa de su abuela paterna. La lactancia duró hasta sus 8 meses de edad. Le sorprendió enterarse que las mujeres que amamantan a sus bebés, tienen más de un hijo y el mayor de ellos nace siendo su madre menor de 25 años, tienen menos posibilidades de contraer cáncer de mamas.

Comenta sobre la mala relación con su hermano: Mi abuela se fue por una semana y él instaló la novia en casa; yo hice la limpieza en mi habitación y saqué una serie de cosas para limpiar que puse momentáneamente en el living. Por la noche cuando vuelvo, las veo de nuevo todas desparramadas en mi habitación; le dije de todo.

Analista: V parece que te cuesta mucho renunciar a algo, no pudiste desprenderte bien de lo que supuestamente querías tirar y, por vía de tu hermano, volvió todo a dónde estaba antes.

La paciente ante esta intervención, rápidamente cambia de tema para seguir quejándose de su madre, su gordura y los atracones. Solamente después de mucho tiempo y ante muchas intervenciones de la analista, empezó a quejarse menos de su madre y a preguntarse acerca de sus sentimientos, acerca de que podía hacer con respecto a su sufrimiento. Que es lo que podía cambiar. De a poco fue logrando poner en palabras lo que le pasaba, lo que sentía y a elaborar el duelo por la muerte de su madre.

Fue a partir de una sesión en que V llega visiblemente angustiada, que empieza el cambio de posición subjetiva: Llega al consultorio diciendo que había encontrado en el placard un vestido antiguo de su madre, que aun tenía su olor...en este momento llora desconsolada diciendo que ya no tenía a nadie...y se pregunta que será de ella sin su madre, que le ayudaba en todo...y ella le ayudaba a la vez...Llora diciendo que eran muy compañeras y se había dado cuenta de que la madre no retornaría nunca más.....Relató que cuándo se dio cuenta de esto, fue a la cocina y se comió de todo, para después vomitar...

Analista: V, parece que comes de todo para no quedarte sin nada....o sin nadie...

Paciente: Asiente con la cabeza..

Analista: Es cierto que nadie reemplaza a nadie, pero quiero que te acuerdes que no estás sin nadie... tenés a tu padre, tu hermano y podrás construir tu propia familia y tener tus propios hijos si así lo deseas.

A partir de esta sesión, el discurso de V con respecto a su madre empezó a cambiar....a los pocos el odio y los reproches dieron lugar a otra clase de recuerdos: cómo su madre le festejaba cada vez que se sacaba una buena nota en el colegio....la tarta de manzana que su mamá le preparaba y que le gustaba tanto... la nostalgia que sentía de las charlas que tenía con la madre y hasta se acordaba con nostalgia de los trámites que ayudaba a su madre hacer...

Después de unos meses de tratamiento cambió de médico nutricionista y estaba logrando bajar de peso. Se sentía más vital, había recibido una pequeña herencia de su familia materna por lo que

proyectaba alquilar un departamento y vivir sola. Ha podido reencontrarse con esta parte de la familia con la que tenía algunos conflictos.

#### 10. Articulación Teórica:

Se puede observar que en el caso de V, se cumplen todos los criterios para el diagnóstico de Bulimia (DSM V, APA 1994). La paciente vomita 2 veces por día, varias veces a la semana y esta conducta tiene la duración de más de 3 meses. También presenta conductas compensatorias como la provocación del vómito, el uso de fármacos, laxantes, ayuno y ejercicio excesivo. De acuerdo a este Manual V padece de Bulimia del Tipo Purgativo.

La vida de V giraba en torno a la comida y en los primeros meses de tratamiento hacía continúa referencia a su gordura. Creía que si fuera más flaca sería más feliz. Esto se puede vincular, con los planteos de Russel (1971), de que en estos pacientes hay actitudes inadecuadas con respecto a los alimentos, un temor patológico a la gordura, una insatisfacción con la silueta y una convicción de que para ser feliz es necesario estar delgado.

El hecho de que se presente en las sesiones, con una carpeta sobre su falda para taparse, y que crea no poder encontrar novio por estar gorda, según sus dichos, dan cuenta de lo expresado por Zukerfeld (1992), de que estas pacientes presentan inseguridad y baja auto estima, teniendo como único punto de referencia para su valoración personal, su peso.

V creía que para encontrar pareja tenía que estar flaca, pensaba que era o único que le importaba a los chicos.

En varios de los dichos de V, como cuándo afirma que antes de tener el atracón, no logra pensar, se observa también la impulsividad y la inestabilidad emocional que según Loro y Orleans (1981), son característicos de estos pacientes.

Zukerfeld (1992), plantea que la conducta atracón- purga se suele desencadenar a partir de vivencias corporales que al paciente le cuesta verbalizar. V en su relato, da cuenta de que, antes del atracón pierde el control y no puede pensar, y que tampoco logra discriminar sus sentimientos en el momento del acto. Solamente ante la insistencia de la analista, al indagarle sobre lo que sentía en este momento, y después de manifestarse confundida y aludir no saber lo que sentía, es que finalmente identifica el sentimiento de enojo y bronca.

De acuerdo a los planteos de Heiker y Miller (2010), resulta frecuente en esta clase de pacientes, la dificultad para discriminar lo que sienten y ponerlo en palabras.

Razón por la cuál impera el acto puro y la demanda es muda. La crisis del sujeto en estos casos, está relacionada a su no decir, a la mudez pulsional de la que se torna esclavo. La mudez pulsional, encerrada en el puro acto de la ingesta compulsiva seguida por la pérdida de control nos remite al concepto de adicción: Adicto - No dicto.

Zukerfeld (1992), en su Modelo Adictivo plantea que el concepto de adicción va más allá de la farmacodependencia, haciendo hincapié en que hay un uso y abuso del objeto, que no es específico, sino más bien que intercambiable, con lo cuál se intenta la regulación de la autoestima y los impulsos sobre la estructura del yo, los trastornos perceptuales y de la imagen corporal.

En el caso descrito, la paciente hace uso del alcohol como forma de huir de la mirada de los otros, ya que siente vergüenza por su cuerpo, al mismo tiempo que intercambia el objeto comida por el objeto alcohol como en un intento de regulación de su autoestima.

Lo que comparten en común estos trastornos, es la conducta adictiva, que se caracteriza por episodios descontrolados de ingestión exagerada acompañados por la pérdida de control durante la ingestión. Como en otras clases de adicciones, hay un primer momento impulsivo en que el sujeto come irrefrenablemente con urgencia e insaciabilidad, para luego instalarse el momento compulsivo, en donde aparece la incapacidad de abstenerse y la obligación de comer ( Zukerfeld, 1992).

V da cuenta en su relato, que empieza a comer y no logra detenerse. La conducta de la paciente es automática, no logra interponer un pensamiento o una palabra antes del acto. Después de vomitar, desdramatiza a través de la negación que se refleja en su frase: Con las chicas de mi edad no es raro que esto pase.... En esta clase de conducta, se pueden describir mecanismos impulsivos y de negación característicos de los adictos. Al igual que a muchos adictos, la conducta atracón – purga se suele desencadenar a partir de vivencias corporales que al paciente, le cuesta verbalizar ( Zukerfeld, 1992). Reubicarlo se repite

El Bulímico, entonces, sería considerado un abusador de sustancia que podría ser los alimentos, los laxantes, los diuréticos y a veces otras drogas o el alcohol ( Garner, Garfinkel , O’Shaughnessy y Johnson y Larsen, 1982).

Algo claro hasta ahora, es que del objeto comida no se trata. Muchos de los autores citados en este trabajo, están de acuerdo en que se trata del uso y abuso del objeto y de un vacío imposible de llenar (Heiker & Miller, 2010; Sobral 2011, Recalcalti 2010, Zadra 2004, Zukerfeld, 1992 ).

#### 10.1. Factores Familiares y Vínculo Madre- Hija:

El recorrido sintomático en este trastorno empieza muy temprano y está asociado a diversos factores. Entre estos, los factores familiares cumplen un importante papel.

En la familia de V, se pudo observar lo que Zukerfeld (1992) señaló acerca de cómo en estas familias, la valoración del cuerpo y del alimento es a veces confusa. En este caso también paradójico, porque la madre al mismo tiempo que le decía que coma y le enchufaba comida, según sus palabras; después le reprochaba por el aumento de peso.

La presión por estar flaca y las altas expectativas de éxito esta madre visiblemente dominante, llevaban a Valeria a un estado de mucho estrés ( Sights & Richards,1984).

Había también un patrón familiar de dificultad en la expresión de las emociones, no existía lugar para la palabra (Attie & Brooks,1989) . En la hora de las comidas, que podría ser un momento propicio para el encuentro y el intercambio, la madre prohibía que hablen. Lo que se calla acá, vuelve en forma sintomática a través del acto del atracón seguido del vómito ( Heiker & Miller, 2010).

Se observó en esta familia, muchas de las características desarrolladas por Wilson (1980), como la exhibición del perfeccionismo, la desestimación de los afectos, el Hipercontrol y la infantilización de las decisiones y la Excesiva preocupación por la gordura y la dieta.

La exhibición del perfeccionismo se veía reflejada en las exigencias de la madre con respecto a la limpieza y el rendimiento escolar de V, que tenía la responsabilidad de sacarse más de nueve para no ser considerada una fracasada por la madre. Por otro lado, este perfeccionismo resultaba contradictorio ya que había muchos conflictos en la familia, principalmente conyugales, que al final culminaron en la separación de la pareja (Wilson,1980).

La rutina rígida que describió Valeria, así como la exigencia de la madre con respecto a sus notas, la falta de tiempo para divertirse ya que siempre tenía a su cargo las tareas domésticas, pero al mismo tiempo no podía ir sola al colegio, dan cuenta de una situación paradójica y de hipercontrol y infantilización de las decisiones, con la consecuente desestimación de los afectos, ya que los sentimientos de la paciente parecían no ser tomados en cuenta, tanto en lo que se refiere a las decisiones como en el momento de no poder hablar de lo que le pasaba ( Wilson, 1980).

Por otro lado también la madre demostraba tener una excesiva preocupación por la gordura y la dieta de V, lo que también era paradójico ya que al mismo tiempo que le exigía estar flaca le enchufaba comida, según los dichos de la paciente.

La mayor parte del discurso de V, dio cuenta del excesivo control que sufría por parte de su madre y se puede remitir a lo observado por Zukerfeld(1992) y Joyce McDougall(1982,87) acerca del predominio de los vínculos simbióticos, duales, narcisistas y de fusión con el otro, que se desarrollan en estas familias.

El equilibrio narcisista es deficitario y a nivel de los vínculos hay un terror a la fusión, a perder los límites y al abandono. Este equilibrio se intenta reencontrar a través de las conductas extremas y opuestas que son el alejamiento de las otras personas como si tornasen anoréxicos antes los objetos de amor, lo que logra evitar la confusión y desorganización. Acercarse a los otros configura para estos pacientes un vínculo de devoración objetal ( McDougall , 1982, 87).

La paciente a lo largo de su tratamiento, desplegó muchas veces estas estrategias con la analista, como forma de preservarse del miedo a perder los límites. En muchas oportunidades faltaba a las sesiones y no contestaba al teléfono, simplemente desaparecía sin que la analista supiera nada de ella.

La lucha de V por su autonomía y al mismo tiempo su deseo de fusión, nos remite a los planteos de McDougall( 1982), acerca de que a lo largo de la vida, la realidad psíquica de toda persona debe mediar con el deseo primitivo de retorno al estado de fusión con la madre-universo, con el deseo de no deseo. Este deseo es simplemente el deseo de volver a ser uno con la madre de la temprana infancia.

El cuerpo de la madre y su prolongación imaginaria en el recién nacido van a regir su funcionamiento somatopsíquico del niño. A partir de esta matriz somatopsíquica se va desarrollando una diferenciación progresiva entre el cuerpo propio y la primera representación del mundo externo y paralelamente se va distinguiendo lo psíquico de lo somático ( McDougall,1982).

En la infancia habrá una doble búsqueda, por un lado, el bebé tratará, sobre todo en los momentos de dolor psíquico o físico, de recrear la ilusión de unidad corporal con la madre –pecho

y por otro luchará con todos los medios de que dispone para diferenciar su cuerpo y su ser, de ella ( McDougall,1982).

El niño a través de mecanismos de internalización, incorporación e identificación va a construir una imagen interna de una madre nutricia, que cuida, que es capaz de contener las tormentas afectivas y que apoya su deseo de autonomía corporal y psíquica. A partir de esto y se la madre no obstaculiza este proceso, podrá construirse la identificación a esta Imago, esencial para la estructuración psíquica y que va a permitir el niño autoasegurarse las funciones maternas introyectadas ( McDougall,1982).

Todo fracaso de este proceso fundamental va a comprometer la capacidad del niño de integrar, y de reconocer como suyo, su cuerpo, sus pensamientos, sus afectos ( McDougall,1982).

En el caso de V se observó la dificultad de la madre en permitir a su hija la diferenciación como persona y su autonomía. La relación entre ambas fue de mucha dependencia y fusión. Por consiguiente, se necesitó un arduo trabajo hasta que V lograra reconocer su cuerpo como suyo, sus pensamientos y afectos.

#### 10.2. Vínculo Madre – Hijo – Demanda:

V, al describir algunas de sus interacciones con la madre en su infancia, nos remite a los planteos de Zadra ( 2004), acerca de lo problemático que es el ámbito de la alimentación en las relaciones tempranas entre madre e hijo.

La madre de V en lugar de dar don de amor, a través del juego, del tiempo, intentaba satisfacer la necesidad. En su intento de procurar ser una madre ejemplar, se olvidaba lo principal. Pensaba que la satisfacción de la necesidad, era motivo suficiente para que los hijos estuviesen felices, y muchas fueron las veces que repetía que deberían de estar contentos por tener qué comer, mientras otros chicos no tenían alimento. La paciente en su infancia se negaba a comer, y en su negativa de satisfacer el deseo de su madre, lograba que esta estuviera tras suyo todo el día, utilizando su capricho como forma de imponer su deseo, más allá de la necesidad ( Sobral, 2011).

Zadra(2004) con respecto a esto, señala que la madre tiene el privilegio de negar u otorgar satisfacción, al mismo tiempo que es quien significa la demanda del niño. Esta puede estar en posición desde la cual privilegia la satisfacción de la necesidad del niño, ignorando lo que este realmente desea. El niño que hasta ahora está en una posición pasiva, en algunos casos tratará de invertir esto, a través del capricho en la hora de las comidas, haciendo con que la madre sea, quien esté ahora a merced suya.

Esta confusión entre el orden de la necesidad, la demanda y el deseo tienen consecuencias clínicas precisas, ya que se obtura la vía del deseo. Precisamente Bulimia y Anorexia aparecen como paradigmas de la alteración de la función alimentaria por el atravesamiento del deseo ( Heiker & Miller, 2010); ( Sobral, 2011).

### 10.3. Demanda

En lo que se refiere a la demanda de análisis, se observó que la búsqueda de tratamiento de V en principio, no implicó una demanda de análisis propiamente dicha, sino más bien que, su demanda era muda y estaba anudada al cuerpo. La paciente se presentó como un organismo mudo que sufría, solamente se quejaba. Se quejaba de su infancia, de su mala suerte, de estar gorda, y atribuía a la madre todo lo malo que le había sucedido en la vida ( Heiker & Miller, 2010).

Los dichos de esta paciente, reflejaban el lugar de víctima en que se ubicaba y el uso ostentoso de su sufrimiento a través de sus quejas. Al mismo tiempo, cuando la analista tocaba temas referentes a su deseo, a su sexualidad, cambiaba rápidamente de tema, hablando nuevamente de su madre:

Analista: ¿Que más se puede querer? ¿Que piensa usted? Paciente: umm...pienso que se pueden querer muchas más cosas...En este momento yo quisiera tener un poco más de libertad... Silencio...Analista: ¿ Y ahora? Paciente: umm...ahora me gustaría estar flaca ponele...Analista: ¿ Con estar flaca que piensa lograrías? Paciente: uff...Podría salir...tener un novio...Paciente cambiando de tema: Ahh ahora me acordé de algo, con respeto al colegio, prosigue V, era siempre tremendo, mi vieja me retaba cuando yo sacaba menos que nueve. Decía que era lo mínimo aceptable y que no quería que su hija fuese una fracasada en la vida....

Maldonado y Maldonado (2010), plantearon que estos pacientes utilizan a su sufrimiento de forma ostentosa para con sus objetos libidinales y que cuando tiene lugar la transferencia, ubican al analista en el lugar de testigo que tiene la palabra desoída y permanece en posición estática, sin poder brindar la ayuda previamente requerida.

Lacan ( 1985), señaló al observar que algunos enfermos remitidos cuando al médico, no espera simplemente la curación. Lo que espera muchas veces inconcientemente, es que el médico lo autentique como enfermo, que preserve su enfermedad, que lo trate del modo que le conviene a él, para que este siga bien instalado en su enfermedad.

V, acorde los planteos de Heiker & Miller ( 2010), estaba imposibilitada a abrirse interrogante alguno, en una repetición solitaria marcada por el puro acto , en donde todo giraba alrededor de su propio cuerpo pero sin implicar al Otro.

Desde el psicoanálisis es sabido que, lo no hablado, lo no elaborado, se manifiesta en forma sintomática. En el caso de esta paciente no fue distinto. El síntoma bulímico se desencadena muchas veces como forma de evitar algo peor, como un desencadenamiento psicótico ( Sobral, 2011).

### 10.4. Duelo

V, al contar su historia enumera muchas pérdidas. La separación de los padres cuando era chica, el abuelo materno quien falleció un año después de la madre, la tía quien murió a los 55 años de edad, y las repetidas mudanzas de casa y las pérdidas económicas sufridas por la familia. Además de las pérdidas, y de haber empezado a engordar cuando el padre forma una nueva familia, resultó clave para la formación del síntoma bulímico la pérdida de la madre. Al año de la muerte

de la misma, se manifiesta el síntoma. En consecuencia de esto, se puede decir de acuerdo a los planteos de Zukefeld(1992) que V sufría de Bulimia Sintomática.

Como consecuencia de esta pérdida, V sufre un cambio brusco: pasa de la simbiosis con la madre y de tenerla atrás suyo todo el tiempo, según sus palabras; a la desaparición completa de la misma.

Se observa acá lo que Maldonado y Maldonado(2010) plantearon, acerca del serio compromiso narcisístico que hay en esta clase de patologías, y cómo la pérdida de una relación de sostén narcisista tiene como resultado el desencadenamiento del síntoma bulímico.

V creía ya haber superado la muerte de la madre, y no entendía su dificultad de ir al cementerio. Se sorprendió al darse cuenta de que no tenía elaborado el duelo por la muerte de su madre. Esto nos remite a lo que señaló Sobral (2011), acerca de que en muchos de los casos, la anorexia y/o la bulimia se desencadenan ante la dificultad para elaborar un duelo por la pérdida de un objeto o ser querido. Es decir, ante la pérdida de un ser querido, el sujeto hace un síntoma anoréxico/bulímico en lugar del duelo. El síntoma impide a la paciente a que se interroge acerca de lo que le pasa. La frase de la paciente: lo comí ...ahora ya no está más...da cuenta de los vaivenes de la pérdida desplegado en el objeto comida. De acuerdo a Sobral (2011) se sustituye el objeto por vía de la manipulación del mismo, y por lo tanto, no se hace el trabajo de duelo.

El sujeto goza de su nuevo objeto: primero la nada, luego el atracón y el vómito, y el goce que obtiene con estos nuevos objetos lo fija en esta posición, donde encuentra algo que lo asegura. Maldonado y Maldonado(2010), plantean que la pérdida primaria no es reconocida ni aceptada en las patologías de la alimentación. Esta pérdida que es constitutiva no logra ser representada por la representación, se intenta llenarla de forma ilusoria a través de la mera satisfacción y/o rechazo de la satisfacción nutricia. En el caso de V cuando era chica rechazaba a la comida, después de grande pasó al otro extremo.

Se observó en este caso, que el alimento, tanto cuando fue tomado como cuando fue dejado, tenía la función de sustituto del objeto perdido ( Maldonado & Maldonado,2010).

Para esta paciente, la devoración del objeto comida también servía como una forma de control interno. Frente al descontrol de las cosas importantes de la vida, se refugia en el control de la comida, queriendo desconocer que el verdadero problema en su caso, eran los duelos no elaborados ( Sobral ,2011).

No resulta sorprendente que V tuviera la muerte de la madre completamente negada, y no lograra siquiera tocar el tema, ya que en su familia siempre hubo un componente de negación muy fuerte y nunca existió lugar para la circulación de la palabra. Justamente la conducta atracón- purga se suele desencadenar a partir de vivencias corporales que al paciente le cuesta verbalizar ( Zukerfeld, 1992).

Mucho fue lo que se calló en esta familia y lo que se ocultó, a empezar con que la madre se casó embarazada de 3 meses y lo oculta. El ocultamiento y la negación fueron moneda corriente, y se vio reflejado en las conductas de la madre y de V. La madre que cuando estaba con algún problema, hacía de cuenta que estaba todo bien, se ponía una sonrisa en la cara y después sufría, según los dichos de V. También la negación con respecto a su enfermedad ya que no se hacía los controles médicos pertinentes.

La paciente también negó la enfermedad de la madre, ya que en el momento de graduarse pidió a la profesora a que le acompañe y no la madre, estando esta visiblemente enferma.

Siendo el síntoma el índice fundamental de la verdad reprimida del sujeto; un mensaje cifrado que se da al Otro para ser descifrado, no resulta sorprendente que todo lo que se calló en esta familia, retorne en forma sintomática ( Recalcati,2011).

Lacan(2006) sostiene que la clave del duelo es el sujeto. Se trata del lugar que le daba el otro al sujeto, y qué este ha perdido, no falta tanto el otro como el sujeto mismo. ¿Que será del sujeto sin el otro? Esta es la pregunta que V con su síntoma estaba evitando hacerse, pero que en el transcurso del análisis logra ir formulando, pasando de la queja muda a la elaboración de esta pregunta.

El proceso de elaboración del duelo, fue realizándose a través de los recuerdos que evocaba V de su madre. Recuerdos estos que en un principio estaban teñidos por el enojo, por la bronca, pero que dieron lugar a lo tierno y a la pregunta sobre el lugar que había perdido la paciente. Resultó un quite gradativo y doloroso de libido de acuerdo a las palabras de Freud(1915/17), pero que Valeria logró atravesar con la ayuda del tratamiento. Finalmente logró bajar de peso y aceptar a la pérdida como parte de la vida.

#### 11. Análisis de los Resultados:

Como resultado de lo expuesto se puede decir que se cumplieran los objetivos propuestos.

El motivo de consulta de la paciente era referente a la imposibilidad de perder peso. En principio menciona su enfermedad como un factor secundario, sin haber todavía demanda de tratamiento. Esta fue construida con el decorrer del proceso analítico. Se llegó a la conclusión que en esta clase de patología el tipo de demanda implicada es muda, ya que no se logra poner en palabras lo que se siente y ni simbolizar.

Como consecuencia el síntoma aparece anudado en el cuerpo. Los factores familiares y la relación madre-hijo resultaron tener un rol preponderante en el caso estudiado. Resultando de particular importancia el vínculo temprano entre madre-bebé.

Asimismo, en esta paciente el factor clave que desencadenó esta enfermedad fue la muerte de la madre y la imposibilidad de tramitar el proceso de duelo correspondiente, lo que comprueba también otra de las hipótesis planteadas en el principio de este trabajo.

Como la falla en el proceso de formación de representaciones, influye en la no aceptación de la pérdida primaria, se sugiere para futuras investigaciones, el estudio de la relación entre las fallas representacionales, la pérdida primaria, los duelos no elaborados y los trastornos de la alimentación.

## 12. Conclusión:

Ante lo expuesto se puede concluir que en la Bulimia, definitivamente del objeto comida no se trata, la comida solamente anuda al problema.

Los problemas de V tenían una raíz muy profunda y se empezaron a gestar tempranamente en los vínculos con su familia; específicamente con su madre. El vínculo simbiótico y la excesiva atención que la madre le prodigaba, impidieron a que V lograra construirse una Imago materna de una madre nutricia que la contenga. Como consecuencia del fracaso de este proceso, V no podía reconocer sus sensaciones, pensamientos y emociones (McDougall, 1982).

Resulta sorprendente la paradoja de que V tenía una madre muy presente y pendiente de ella, que le exigía y controlaba todo, pero que al mismo tiempo no registraba nada que no fuera del orden de la necesidad. Confundía la satisfacción de la necesidad con dar lugar al deseo de su hija, por esto precisamente, es que estamos de acuerdo con los planteos de Heiker y Miller (2010) de que Bulimia y Anorexia aparecen como paradigmas de la alteración de la función alimentaria por el atravesamiento del deseo.

No había lugar para la palabra pues se llenaban la boca de comida, por consiguiente tampoco había lugar para V y su deseo. Deseo este que trató de imponer en su infancia a través de su negativa a comer.

En psicoanálisis es sabido, que todo lo sofocado, lo no dicho retorna en forma sintomática, y en esta familia no fue diferente. Desde los estados de ánimo hasta los hechos más graves eran ocultados o dibujados. Situaciones en que la madre siempre ponía buena cara y después sufría, según Valeria, el ocultamiento de la madre acerca del hecho de haberse casado embarazada y no haber logrado finalizar sus estudios, y por último la negación con respecto al estado grave de su enfermedad. No resulta sorprendente que V también haya negado la enfermedad de su madre hasta el final. La negación en esta familia era solidaria a la dificultad en aceptar las pérdidas inherentes a la condición humana y a realizar el proceso de duelo correspondiente. Se observó que la madre nunca pudo separarse realmente de su marido, así como también nunca logró discriminar y separar el padre del marido. Cuando el marido sale de casa para irse a vivir con otra mujer, la madre de V no la preserva del conflicto que tenía que ser resuelto entre los padres.

Además de no discriminar la diferencia entre el padre y el marido, tampoco discriminó la diferencia entre la madre y la mujer. Situación esta que se repitió en otras mujeres de la familia. El abandono, fue un significativo de mucho peso en esta familia. Abandonarse como mujer, abandonándose a la vez a la comida y tapándose fueron patrones familiares que se repitieron con la mamá de V, su tía y por último con V misma.

V logró detener este circuito de repetición mortífera, a través de la búsqueda de tratamiento. En principio su demanda no era una demanda, sino más bien que se presentó como un organismo que sufría. El síntoma y el recorrido mudo de la pulsión daban cuenta de esto. V era puro acto, sin lograr mediar palabras y reconocer sus sentimientos. Valeria era pura queja y se sabe en psicoanálisis que la queja no implica una pregunta.

La analista tuvo que trabajar arduamente para que V lograra identificar lo que sentía y ponerlo en palabras. En el transcurso del tratamiento varias veces se desplegó en el síntoma los vaivenes de la

pérdida. Las palabras de V: comí ahora ya no está... dieron cuenta de esto. La incorporación del alimento como forma de hacerlo desaparecer y después volverlo a encontrar a través del vómito.

La misma relación que tenía con sus objetos libidinales era escenificada a través del objeto comida y puesta en acto en la transferencia. Por momentos quería tragar a la analista y en otros desaparecía completamente. Esto nos lleva a los planteos de McDougall (1982), acerca de que el equilibrio deficitario de las primeras experiencias vinculares se intenta reencontrar a través de las conductas extremas y opuestas: de alejamiento de los otros como si tornaran anoréxicos ante los objetos de amor o del acercamiento simbiótico por momentos.

El exceso de control que había en esta familia en los primeros años y la presencia del padre en la casa, de cierta forma le daban a V un marco. Cuando se va el padre de casa, ella empieza a engordar y cuando muere la madre se produce el síntoma bulímico quedando totalmente a merced de los excesos. V pasa de un extremo a otro. De un exceso de control a la falta completa de control.

Esto nos remite a los planteos de Recalcalti(2011), acerca de que la Bulimia y Anorexia son dos caras de la misma moneda. En la Anorexia el exceso de control y en la Bulimia, la impulsividad y el descontrol.

V empieza el tratamiento con muchas certezas y muchos enojos, sin ninguna pregunta. En el transcurso del mismo, la analista logra hacer un lugar para la falta y conmueve sus certezas. La paciente va a los pocos logrando un cambio de posición subjetiva y pasa a preguntarse sobre su cuota de responsabilidad sobre su síntoma.

Cuando la palabra circula, se descoagulan los significados y el circuito gozoso se quebranta. V que estaba encerrada en un circuito de goce autista empieza a ligar las palabras a los afectos, a lo que siente y sentir su cuerpo como propio. De a poco también, va logrando el quite de libido de los objetos perdidos y logra ir elaborando a los duelos. V que estaba ligada a la madre a través del odio y de los reproches, empieza a acordarse de esta con ternura y a preguntarse acerca de que parte suya se llevó esta madre.

Logra ir armando una pregunta acerca del lugar que ha perdido. Esto nos remite precisamente, a los planteos de Lacan (2006), acerca de que en el proceso de duelo se trata del sujeto y del lugar que el otro le daba, y que este ha perdido. Dejar de retener para poder aceptar perder. Al poder aceptar la pérdida, no sólo se cayó el síntoma como también V logró ir perdiendo peso.

Esta es la apuesta en Psicoanálisis, la apuesta en el sujeto, en su deseo. En este caso la acción de escuchar fue la condición de la palabra y el significante puesto en el lugar preciso descargó al sujeto del peso que cargaba consigo.

### 13. Referencias Bibliográficas:

American Psychiatric Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales(5a. ed.). Barcelona: Masson.

Attie, I. & Brooks, G. J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study: *Developmental Psychology*, 25, 70-79.

Freud, S. ( 1894). La Neurastenia y la Neurosis de Angustia. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. Buenos Aires: Amorrortou.

Garfinkel, P.E. & Garner, D.M. (1982). *Anorexia Nerviosa: A Multidimensional Perspective*, Nueva York: Mazel.

Hekier, M. & Miller, C. ( 2010). *Anorexia- Bulimia: deseo de nada*. Buenos Aires: Paidós.

Herscovici, R.C., Bay L ( 1995). *Anorexia Nerviosa y Bulimia – Amenazas a la Autonomia* , Buenos Aires, Paidós.

Lacan, J. ( 2006). Seminario 10: La angustia. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J (1961) “ La identificación” Seminario XXI

Lacan, J. ( 1995) “ El yo en la teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica”, Buenos Aires, Paidós.

Lacan, J. (2008) “ Escritos Uno” – El estadio del espejo, Buenos Aires.

Loro, A. D., y Orleans, C.S.. ( 1981) “ Binge Ealing in obesity: preliminary findings and guidelines for behavioral analysis and treatment”, *Addictiv Behaviors*, 6, 155-166,.

McDougall, J. ( 1982) “ Teatros del Cuerpo”

Maldonado, A. M. & Maldonado, L .J. ( 2010). El cuerpo como envoltura de un duelo: *Psicoanálisis*, 32,337-359.

Kutter, P.( 1991). *El Conflicto Básico de la Psicopatosis y sus implicaciones terapéuticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Sights, J. R. & Richards, H. C. (1984). Parents of bulimic women: *International Journal of Eating Disorders*, 3,13-13

Sobral,G. ( 2011). *Madres, anorexia y feminidad*. Buenos Aires: Filigrana.

Zadra, A. G. (2004). Del comer, el deseo, la palabra y su lugar en la vida: *Psicodebate* , 5, 91-97.

Zukerfeld, R.( 1992). *Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica*. Buenos Aires: Paidós.