



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

TEMA:

**La incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la
presencia de trastornos alimenticios en adolescentes**

AUTORES:

Bloise Vélez, Ornella Francesca ; Vanoni Ycaza, Franco

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Psic. Cl. Gómez Aguayo, Rosa Irene, Mgs

Guayaquil, Ecuador

9 de Septiembre de 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Bloise Vélez, Ornella Francesca; Vanoni Ycaza, Franco**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica**.

TUTORA

f.  _____

Psic. Cl. Gómez Aguayo, Rosa Irene, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 9 días del mes de septiembre del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA PSICOLOGIA CLINICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Bloise Vélez, Ornella Francesca; Vanoni Ycaza, Franco**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **La incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 9 días del mes de septiembre del año 2024

LOS AUTORES

f. 

Bloise Vélez, Ornella Francesca

f. 

Vanoni Ycaza, Franco



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA PSICOLOGIA CLINICA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Bloise Vélez, Ornella Francesca; Vanoni Ycaza, Franco**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **La incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 9 días del mes de septiembre del año 2024

LOS AUTORES:

f. 

Bloise Vélez, Ornella Francesca

f. 

Vanoni Ycaza, Franco



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA PSICOLOGIA CLINICA

INFORME DE COMPILATO

CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

La incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes

2% Textos sospechosos

0% Similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
< 1% Idiomas no reconocidos
1% Textos potencialmente generados por IA

Nombre del documento: TESIS-BLOISE ORNELLA, VANONI FRANCO.docx
ID del documento: dd7e04af2b4d71cc7ad0d5d6bdacaf2c8deacc50
Tamaño del documento original: 422,7 kB
Autor: Ornella Bloise Velez

Depositante: Ornella Bloise Velez
Fecha de depósito: 24/8/2024
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 24/8/2024

Número de palabras: 39.832
Número de caracteres: 243.663

Ubicación de las similitudes en el documento:

Activar Windows

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: La incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes

AUTORES:

Bloise Vélez, Ornella Francesca; Vanoni Ycaza, Franco

INFORME ELABORADO POR:

TUTORA

f. 

Psic. Cl. Gómez Aguayo, Rosa Irene, Mgs.

Guayaquil, a los 9 días del mes de septiembre del año 2024

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a mis papás por siempre darme el apoyo, el impulso que he necesitado para salir adelante y por todo el amor incondicional que me han dado.

Agradezco a mis hermanas por siempre estar conmigo, quienes me ayudan siempre a ser mejor.

Agradezco a Ornella por ser no solo ser mi compañera de tesis sino una gran amiga durante todos estos años.

Agradezco a todos mis amigos y a esas personas especiales que han llegado a lo largo este camino, tanto desde el colegio como en la universidad.

Agradezco a muchos de mis profesores por haberme enseñado tanto durante esta carrera, los recordaré siempre.

Quiero agradecer a Rosa Irene por hacer que este proceso de tesis se siente mucho más fácil de lo que debería ser.

Franco Vanoni

Comenzare agradeciendo a mis papás por todo el apoyo que me han dado, estoy muy agradecido con ellos por apoyarme en todas las decisiones que he tomado.

Agradezco a mi nonna, por siempre escuchar todo lo que le contaba acerca de mis clases, por siempre hacerse tiempo para llevarme a todas mis prácticas.

Agradezco a mis amigas y amigos, por acompañarme en cada paso que he dado, por siempre haber estado conmigo.

Agradezco a Franco por la dedicación que tuvo con este trabajo y lo buen amigo que fue durante estos años, sin duda el mejor compañero con el que pude realizar este trabajo.

Y, sobre todo, quiero agradecerle a Rosa Irene, sin duda este trabajo no hubiera sido posible sin su acompañamiento, gracias por enseñarnos hasta el final.

Ornella Bloise

DEDICATORIA

Esto va dedicado a mis papás, sin ellos esto no hubiera sido posible, siempre estuvieron conmigo durante todo este proceso y creo que una dedicatoria ni siquiera es suficiente.

A las personas que quisieran saber un poco más de los trastornos alimenticios y sobre que sucede en la adolescencia o a cualquier persona que esta investigación pueda ayudar.

Me la dedico a mí, a mi compañera Ornella y a nuestra tutora Rosa Irene, ya que hemos logrado algo increíble juntos.

Franco Vanoni

A la primera persona que le quiero dedicar este trabajo, es a mi abuelita, quien no pudo lograr verme culminar esta etapa de mi vida; pero sé que estaría orgullosa de lo que he logrado.

A mis papás, a mi hermano y a mi nonna, quienes estuvieron conmigo en cada paso que di, al igual que el resto de mi familia.

A mi sobrina Gia, quien con su presencia y su sonrisa, me motiva cada día.

Y sobretodo, le quiero dedicar este trabajo a toda las personas que hicieron posible este trabajo, a mi compañero Franco, a mi Tutora Rosa Irene, a todas las adolescentes y adultas jóvenes que participaron e inspiraron este trabajo, al igual que a todas las psicólogas que contribuyeron para el éxito de este trabajo.

Ornella Bloise



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA PSICOLOGIA CLINICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Psic. Cl. Martínez Zea, Francisco Mgs.

DIRECTOR-DELEGADO DE DIRECCIÓN DE CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Soler, María José Mgs.

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. García Javier, Mgs.

DOCENTE OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA PSICOLOGIA CLINICA

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
Planteamiento del problema.....	4
Pregunta general	5
Preguntas específicas.....	6
Objetivos.....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos	6
Justificación	6
ANTECEDENTES	10
CAPÍTULO 1: LO SINTOMÁTICO DE LA PAREJA PARENTAL	15
¿Qué es la pareja parental?.....	15
Matrimonio desde lo jurídico-social	15
La familia desde el discurso Psicoanalítico	17
Alineación y Estadio del Espejo	20
Separación y Complejo de Edipo	24
El Fantasma.....	30
CAPÍTULO 2: ADOLESCENCIA Y LA REESTRUCTURACIÓN FANTASMÁTICA	34
¿Qué es la adolescencia?.....	34
Pubertad	36
Reestructuración fantasmática y la adolescencia como momento de crisis subjetiva	38
Reestructuración fantasmática.....	38
Crisis de la adolescencia	39
Síntoma como expresión de lo no dicho.....	41
Que es un síntoma y cuál es su función en la adolescencia	41
Síntomas de la época actual.....	43

CAPÍTULO 3: ANOREXIA Y BULIMIA: DOS CARAS DE LA MISMA MONEDA ..	46
Definición de trastornos alimenticios según la medicina.....	46
Anorexia y bulimia desde el psicoanálisis	47
La mirada de la madre en la anorexia-bulimia.....	51
La imagen del cuerpo en la anorexia-bulimia	53
El objeto control en la anorexia-bulimia.....	54
La relación de lo femenino con anorexia-bulimia	56
Las nuevas manifestaciones de la anorexia-bulimia en la contemporaneidad.....	58
CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA.....	63
Enfoque	63
Paradigma	64
Método.....	64
Técnicas de recolección de información e instrumentos	65
Las preguntas de entrevista a las adolescentes fueron las siguientes:	65
Las preguntas de entrevista a los psicólogos clínicos fueron las siguientes:	66
Población	66
CAPÍTULO 5: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	68
Análisis de resultados	73
CONCLUSIONES	76
REFERENCIAS	78
ANEXOS.....	85

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Entrevistas a psicólogos clínicos	68
Tabla 2: Entrevistas a pacientes	70

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objeto de estudio la relación de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes. La importancia de esta investigación radicó en la necesidad de comprender lo sintomático de la pareja parental y cómo esta incide en la aparición de trastornos alimenticios, específicamente en la adolescencia. El objetivo principal de este estudio fue explorar la incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la aparición de anorexia y bulimia en adolescentes, a través de diferentes corrientes como enfoque psicoanalítico, el discurso médico y la psicología social, las cuales permitieron profundizar el tema. El trabajo contó con el enfoque cualitativo y una metodología descriptiva, lo que ayudó a entender respecto al síntoma de la pareja parental y la aparición de trastornos alimenticios. Los métodos empleados incluyeron entrevistas estructuradas a adolescentes y adultas jóvenes quienes presentaron cuadros de trastornos alimenticios durante la adolescencia, además de psicólogos clínicos, con las cuales se hizo hacer un análisis cualitativo de los datos obtenidos. Los resultados de la investigación revelaron una correlación significativa de lo sintomático de la pareja parental y la manifestación de trastornos alimenticios en adolescentes. Estos resultados corroboran la presencia de lo sintomático de la pareja parental en los trastornos alimenticios, sin embargo, no es concluyente como el único factor para la presencia de los trastornos alimenticios.

Palabras Claves: ADOLESCENCIA; PAREJA PARENTAL; SÍNTOMA; ANOREXIA Y BULIMIA

ABSTRACT

The present research aimed to study the relationship between the symptomatic aspects of the parental couple and the presence of eating disorders in adolescents. The importance of this research lies in the need to understand the symptomatic aspects of the parental couple and how they influence the emergence of eating disorders, particularly during adolescence. The main objective of this study was to explore the incidence of the symptomatic aspects of the parental couple and the development of anorexia and bulimia in adolescents through various perspectives, such as the psychoanalytic approach, the medical discourse, and social psychology, which allowed for a deeper exploration of the topic. The study used a qualitative approach and a descriptive methodology, which helped to understand the relationship between the symptomatology of the parental couple and the emergence of eating disorders. The methods employed included structured interviews with adolescents and young adults who had experienced eating disorders during their adolescence, as well as clinical psychologists, enabling a qualitative analysis of the data obtained. The results of the research revealed a significant correlation between the symptomatic aspects of the parental couple and the manifestation of eating disorders in adolescents. These findings confirm the presence of the parental couple's symptomatology in eating disorders; however, it is not conclusive as the sole factor contributing to the presence of eating disorders.

Key Words: ADOLESCENCE; PARENTAL COUPLE; SYMPTOM;
ANOREXIA AND BULIMIA

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimenticios, como la anorexia y la bulimia, representan uno de los problemas de salud mental más desafiantes de nuestro tiempo, aunque no es un fenómeno específico de esta época, se ha evidenciado en las últimas décadas el aumento en adolescentes que padecen trastornos alimenticios, tomando en consideración que el periodo de adolescencia es uno de los más cruciales a los cuales se enfrenta el sujeto, debido a todos los cambios físicos, psicológicos que experimentan; incluso la relación con la pareja parental influye en la aparición de síntomas cuando se trata del adolescente. Al enlazar estas problemáticas, surge la siguiente interrogante; ¿existe alguna relación de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes?

El siguiente trabajo de titulación se enfocará en explorar la incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes. Mediante el enfoque psicoanalítico se indaga cómo los conflictos de la pareja parental pueden repercutir en la aparición de síntomas en las adolescentes; recordando que la etapa de la adolescencia es un periodo que viene acompañado de muchos cambios, lo cual puede llevar a esta población a desarrollar algún tipo de trastorno alimenticio. Es por ello que se busca explorar si estos conflictos tienen un impacto significativo en el desarrollo de las adolescentes, para poder determinar si la presencia de conflictos en la dinámica familiar puede influir en la aparición del fenómeno anorexia-bulimia.

La investigación guarda correspondencia con el Dominio 5: Educación, comunicación, arte y subjetividad de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, ya que en este dominio se contempla el área de psicología. Aquí podemos ver como:

La Psicología, con la riqueza que presenta la diversidad de enfoques, fundamentos, procesos y procedimientos, va configurando paradigmas y

escuelas tradicionales y contemporáneas que posibilitan posiciones profesionales de identificación o síntesis de las mismas. Sea que el objeto de la Psicología esté ubicado en el malestar de la cultura, en la conducta, el inconsciente, la cognición, las relaciones de comunicación y los contextos y la posición del sujeto (UCGS, 2023, Párr, 4).

Este dominio se enmarca en la presente investigación con respecto a la incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes, ya que es un fenómeno que la psicología trabaja, pues busca trabajar la conducta que puede presentar un sujeto, para así, conseguir un cambio en ella y por ende, mejorar la calidad de vida del paciente.

En base a la Secretaría nacional de planificación del 2021, el eje que guarda mayor correspondencia será el eje social. Para este trabajo el objetivo que marca mayor relación será el Objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad. Para este objetivo se ha definido lo siguiente: “existe la necesidad de concebir a la salud como un derecho humano y abordarlo de una manera integral enfatizando los vínculos entre lo físico y lo psicosocial (...), el derecho a vivir en un ambiente sano (...)” (Pág. 66). Se considera dentro del objetivo de nuestra investigación, ya que, este objetivo se enfoca en garantizar un ambiente sano para la salud humana, al igual que, esta investigación apunta a concientizar a los sujetos sobre lo perjudicial que resulta presentar el fenómeno anoréxico-bulímico en la salud humana.

Todos los sujetos merecen la oportunidad de trabajar en su salud mental para que de esta forma puedan integrarse en la sociedad y a sus respectivas instituciones educativas, lugar donde existe en ocasiones poca diversidad; el comprender cómo cuidar e informar al adolescente y sus padres puede beneficiarlos para poder prevenir la presencia de los trastornos alimenticios, al igual que esto puede ayudar a los padres a concientizarse con respecto a lo conflictivo que puede ser para el adolescente el presenciar o participar de sus conflictos, tomando siempre en

consideración que, específicamente la mujer adolescente, se encuentra en una etapa de muchos cambios, por lo que alterar su entorno puede afectar su salud mental.

En base al Plan de Desarrollo sostenible, nuestra investigación guarda correspondencia con el Objetivo 3: Salud y Bienestar. Este objetivo busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Con respecto al Objetivo 3, una de las metas que está estipulada en el apartado 3.4 y que guarda correspondencia con este trabajo, refiere lo siguiente: “Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar” (ONU, 2015, Párr, 9). La presente investigación apunta a compartir información sobre la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes y su posible relación con lo sintomático de la pareja parental. En otras palabras, el tener más información sobre lo sintomático de la pareja parental en los adolescentes puede crear más consciencia sobre su relación con la presencia de trastornos alimenticios y así poder ayudar al adolescente que la padece a cuidar su salud mental, de esta forma se apunta a que el paciente se pueda recuperar y que por ende, su salud no se vea afectada por lo severo que puede llegar a ser presentar trastornos alimenticios.

Planteamiento del problema

La presente investigación tiene como objetivo explorar la incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes, abordando la hipótesis de que el ambiente familiar y, específicamente, las dinámicas conflictivas entre los padres pueden actuar como factores desencadenantes o agravantes de estos trastornos. Según López (2022), los conflictos parentales generan un ambiente de inestabilidad emocional que puede llevar a los adolescentes a desarrollar mecanismos de afrontamiento disfuncionales, como la restricción alimentaria o los atracones, en un intento de manejar la crisis de la adolescencia y el malestar emocional derivados de dichas tensiones familiares (párr. 7).

En la actualidad, los trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia representan un desafío significativo para la salud mental de los adolescentes, constituyéndose como una problemática que trasciende fronteras culturales y geográficas. Estos trastornos no solo afectan el bienestar físico de los individuos, sino que también tienen profundas implicaciones mentales. La adolescencia, una etapa caracterizada por importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales, es especialmente crítica, ya que los jóvenes están en un proceso de construcción de su identidad, reconstrucción de varios significantes y de establecimiento de su lugar en el mundo.

La problemática radica en entender cómo el malestar y las dinámicas de la pareja parental pueden influir en la aparición y mantenimiento de los trastornos alimenticios. Estudios previos como el de Silvia Pérez (2021), han señalado que la exposición a conflictos parentales puede aumentar la vulnerabilidad a desarrollar problemas de salud mental, incluyendo trastornos alimenticios. En esta línea, se plantea la pregunta de investigación: ¿Cómo el conflicto parental incide en la presencia de trastornos alimenticios en la adolescencia?

Este estudio se enmarca dentro de un enfoque psicoanalítico, considerando que los conflictos no resueltos en la pareja parental pueden ser internalizados por los adolescentes, manifestándose posteriormente en síntomas relacionados con la alimentación. La importancia de esta investigación radica en la necesidad de entender la complejidad de las interacciones familiares que contribuyen a la aparición de estos trastornos alimenticios. Al identificar y comprender los factores familiares implicados en el desarrollo de trastornos alimenticios, se podrá aportar a la concientización y al tratamiento de estos problemas, contribuyendo así al bienestar integral de los adolescentes y sus familias. A partir de lo mencionado anteriormente, surgen las siguientes interrogantes:

Pregunta general

¿Cómo lo sintomático de la pareja parental incide en la presencia de trastornos alimenticios en la adolescencia?

Preguntas específicas

- ¿Cuál es el efecto subjetivo que tiene lo sintomático de la pareja parental en la adolescencia?
- ¿Cómo se describe el proceso subjetivo propio de la etapa de la adolescencia?
- ¿Existe alguna posible relación entre los trastornos alimenticios y el conflicto parental?

Objetivos

Objetivo general

Explorar la incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes, a través de la teoría fundamentada, con el fin de profundizar el conocimiento en lo referente a la etiología de los trastornos alimenticios.

Objetivos específicos

- Analizar el efecto subjetivo que tiene lo sintomático de la pareja parental en el adolescente, por medio de la teoría fundamentada.
- Describir el proceso subjetivo propio de la etapa de la adolescencia, por medio de teoría fundamentada.
- Analizar la posible relación entre los trastornos alimenticios y lo sintomático de la pareja parental, por medio de entrevistas.

Justificación

La siguiente investigación surge a partir de lo evidenciando en la práctica, especialmente en el área hospitalaria, en donde se presenciaban muchas adolescentes ingresando al hospital por otros malestares, sin embargo, al trabajar con estas adolescentes se encontró que cada una de ellas estaba pasando por un fenómeno anoréxico-bulímico, además, muchas de ellas vivían conflictos con sus padres o habían vivido la separación o divorcio de sus padres; al hablar de sus padres, era evidente que los conflictos o la separación había afectado

significativamente en ellas; por otro lado, el crecer y dejar de ser niñas les provoca mucho rechazo, en algunas de ellas.

A partir de lo evidenciado en la práctica decidimos investigar sobre los Trastornos alimenticios, para así poder concientizar a los padres e incluso la misma niña que está por convertirse en adolescente, del posible rechazo con el que se puede encontrar. Muchas veces los comportamientos restrictivos que practican estas adolescentes son evidentes, pero el que los padres no se involucren apropiadamente puede hacer que el cuadro anoréxico-bulímico se agrave; el adolescente se encuentra en desarrollo y el padecer este tipo de trastorno es perjudicial para su salud física y mental. Gran parte de la ayuda viene por parte de sus padres, por lo que, si la adolescente presencia los conflictos parentales, y además, estos se quejan o desquitan con la adolescente, pues se dificulta la salida de estos trastornos.

El presente trabajo contará con el enfoque cualitativo, de esta manera se podrá evidenciar si existe alguna incidencia con respecto al conflicto parental y la aparición de trastornos alimenticios. La metodología para este trabajo será el descriptivo, ya que conviene utilizarlo para poder investigar en la población el contexto, la comunidad en la que se da esta problemática e incluso comprender bajo qué situación se puede encontrar el sujeto o sujetos que se buscan analizar. Para la recolección de información del presente trabajo se empleó la revisión de fuentes bibliográficas y el uso de entrevistas estructuradas; La población a trabajar, será con adolescentes de entre 11 a 19 años de edad, de diferentes estratos sociales, proponemos realizar entrevistas a adolescentes que padecen anorexia-bulimia, en base a eso; se lograría ver si existe alguna incidencia entre los trastornos alimenticios y los conflictos parentales, también, se contará con entrevistas para psicólogos y que cuenten un poco de su experiencia trabajando con casos de anorexia-bulimia.

La principal limitación con la que se enfrentó durante la investigación fue la recolección de información, algunas adolescentes se negaban a participar por vergüenza, temían que mucha gente supiera de su historia; por otro lado, pocos

psicólogos trabajan con el fenómeno de anorexia-bulimia, e incluso, aun trabajando específicamente con adolescentes, prefieren no atender este tipo de casos, lo que dificultó encontrar profesionales que tengan la suficiente experiencia o por lo menos hayan trabajado algún caso.

En el primer capítulo, se definirá sobre el concepto de pareja parental/familia o matrimonio, desde las diferentes corrientes; cuando se habla de matrimonio, se habla desde una corriente jurídica; mientras que el concepto de familia será desarrollado desde la sociología y el psicoanálisis. Dentro de este capítulo, el lector también se encontrará con varios conceptos que le pertenecen al psicoanálisis como Alineación y Separación, Estadio del Espejo, Complejo de Edipo y la estructura fantasmática. La mayor parte de esta investigación cuenta con una explicación en base a la corriente psicoanalítica.

Dentro del segundo capítulo, se expondrá el concepto de adolescencia, desde las diferentes corrientes como la psicología social, la medicina y el psicoanálisis; además, se hablará acerca sobre la etapa previa que corresponde a la pubertad, desde lo que refiere el psicoanálisis. En este capítulo se explicará lo que es un síntoma, así mismo, desde las diferentes corrientes y como funciona el síntoma para el psicoanálisis

El tercer capítulo corresponde a los conceptos de anorexia y bulimia, en donde se habla no solo desde el psicoanálisis, sino también, desde lo que dice la medicina. Este capítulo cuenta asimismo, con varios conceptos del psicoanálisis, sin embargo, se menciona también sobre la presencia de estos fenómenos en la contemporaneidad y como estos han evolucionado al punto en el que han ido apareciendo nuevos trastornos; los cuales siguen teniendo como base anorexia-bulimia. Es importante mencionar, que estos nuevos trastornos no forman parte del DSM-5 ni del CIE-10, existen investigaciones científicas que los respaldan y que menciona que varios psicólogos clínicos, en su práctica privada, los consideran dentro de los trastornos alimenticios.

El cuarto capítulo aborda la metodología que se emplea para la recolección y análisis de los datos. En el quinto capítulo se presentan todos los resultados de investigación y posterior a aquello, se formulan las conclusiones del trabajo de conclusión.

ANTECEDENTES

A nivel nacional no existe ninguna investigación o artículo científico que hable sobre esta relación de lo sintomático de la pareja parental y los trastornos alimenticios en los adolescentes. Sin embargo, existen estudios tales como el de Diego Ochoa, Silvia Vaca y Rafael Sánchez (2021), en el cual se analiza los factores de riesgo asociados al divorcio en Ecuador. Su estudio identificó que la falta de comunicación, el estrés económico y los cambios en las expectativas sociales son factores críticos que contribuyen al aumento de los divorcios. Estos factores de riesgo generan un ambiente de inestabilidad emocional para los hijos, siendo un punto importante para esta investigación, debido a que el divorcio es uno de estos síntomas de la pareja parental. La investigación da como referencia tomar en cuenta la importancia de abordar estos factores para prevenir las consecuencias negativas del divorcio en la salud mental de los adolescentes, tomando en cuenta que durante la adolescencia existen varios cambios en el sujeto.

Por otro lado, Márquez y Stimolo (2020) investigaron el comportamiento espacial de las tasas de divorcio de mujeres en Ecuador en 2017, utilizando datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Esta investigación mostró que las tasas de divorcio varían significativamente entre los diferentes cantones del país, con una mayor incidencia en las zonas urbanas. El estudio destacó que las mujeres de 20 a 59 años representan el grupo de edad con mayor porcentaje de divorcios, lo que sugiere que las tensiones familiares y las expectativas sociales desempeñan un papel importante en la disolución matrimonial. En estos datos se ve una clara problemática social, en la cual no solo está aumentando la tasa de divorcio, sino que en esta sociedad se está volviendo normal y menos tabú el hecho de divorciarse. Estas tensiones y conflictos familiares pueden tener un impacto directo en la salud mental de los hijos, aumentando el riesgo de desarrollar mecanismos de afrontamiento frente al estrés y la ansiedad.

A nivel latinoamericano, si se encuentran más estudios hechos bajo una tónica más similar, como por ejemplo el estudio de Maximo Tosi (2013), en este se estudió un caso de una paciente de 18 años con anorexia, destacando cómo la dinámica familiar influye en el comportamiento alimenticio de la paciente. La madre insistía en que comiera, mientras que el padre no tanto, lo que generaba angustia en la joven y se manifestaba en un acting-out en respuesta a estos conflictos. Este estudio subraya la importancia de la pareja parental en el desarrollo y manejo de los trastornos alimenticios. También se encuentran estudios como el de Abínzano y Vargas (2019) los cuales exploraron la diferenciación entre angustia y dolor en el contexto de la anorexia y la bulimia, y cómo estos efectos se relacionan con el duelo y la compulsión a comer. Su investigación destacó el papel del acting-out y el pasaje al acto como manifestaciones de la angustia en pacientes con trastornos alimenticios. Este enfoque psicoanalítico proporciona una comprensión más profunda de cómo los conflictos internos y las dinámicas familiares pueden llegar a influir en la aparición de estos trastornos

A nivel internacional es donde se encuentran la mayor cantidad de estudios, como el hecho por Evgenia Gkintoni (2024), llamado *Clinical Intervention Strategies and Family Dynamics in Adolescent Eating Disorders: A Scoping Review for Enhancing Early Detection and Outcomes* en el cual habla sobre cómo el conflicto parental puede ser un generador e inclusive un agravador para los trastornos alimenticios experimentado por adolescentes. En este estudio se incluyó 4794 adolescentes diagnosticados con anorexia, bulimia o atracones, donde se revisó la dinámica familiar durante todo el proceso. Este estudio también hace hincapié en las intervenciones basadas en la familia, es decir la importancia de la terapia familiar a lo largo de todo este tratamiento psicológico. Tomando en cuenta este estudio también existe otro hecho por Jose Maria Martinon y otros autores (2017), se examinó el impacto de la ruptura de los progenitores en la salud física de los hijos. Los resultados indicaron que los niños expuestos a la separación de sus padres tenían mayores riesgos de desarrollar problemas de salud física y comportamientos

desadaptativos. Este estudio destaca la importancia de considerar tanto la salud física como mental en los hijos de padres separados

Otro estudio reciente elaborado por London-Johnson, A. Allen, A. Pocchio, K y Grzywacz, J. (2020), llamado Associations between Parent Restrained Eating, Conflict, and Adolescent Eating, el cual se basa en ver la influencia entre la insatisfacción corporal, la restricción de la comida y las actitudes comentario y acciones que puede tener los padres con respecto a sus hijos. Este estudio se centró en cómo las percepciones de los adolescentes sobre su cuerpo y la influencia de los padres pueden llevar a conductas alimentarias desordenadas, subrayando la necesidad de un ambiente familiar que promueva una imagen corporal saludable y una actitud positiva hacia la alimentación. Este estudio demostró que un mayor conflicto entre padres y adolescentes informado por los adolescentes se asoció con una alimentación más emocional y externa. No se encontró evidencia de mediación para ningún resultado de conducta alimentaria en adolescentes y que estos hallazgos subrayan la importancia de examinar el comportamiento alimentario de los adolescentes en el contexto del sistema familiar más amplio.

El estudio de Garry Goldfield. (2010) analizó la relación entre el peso, la imagen corporal, los hábitos de comida y los síntomas depresivos en 1,490 adolescentes de 7mo a 12vo grado. En este estudio se utilizaron cuestionarios y medidas de índice de masa corporal (IMC), con el cual los jóvenes se clasificaron como obesos, con sobrepeso o de peso normal. Se obtuvieron como resultado indicaciones de que los adolescentes obesos experimentaban mayor insatisfacción corporal, mayor restricción dietética y más síntomas depresivos que sus pares con sobrepeso o peso normal, independientemente de la edad y el género. Los descubrimientos de este estudio sugieren que los adolescentes obesos, incluso fuera de contextos clínicos, están en mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos relacionados con su peso.

Lutereau (2022) examinó la diferencia entre el síntoma anoréxico y una posición anoréxica, basándose en el caso freudiano de Emmy von N. El estudio destaca cómo la anorexia puede ser una estrategia para sostener el deseo y vincularse con el Otro. Lutereau precisó la definición lacaniana de posición subjetiva para delimitar una variante de posición anoréxica, explorando su relación con el goce, el saber y el sexo. Esta investigación enfatiza la importancia de comprender las posiciones subjetivas en la anorexia desde una perspectiva psicoanalítica para abordar adecuadamente estos trastornos.

En el estudio que hizo Roizblatt (2018), se investigaron las consecuencias a corto y largo plazo del divorcio en los hijos, especialmente cuando el divorcio es conflictivo. Los resultados mostraron que los niños en estas situaciones experimentan mayores niveles de estrés y problemas emocionales, lo que puede contribuir al desarrollo de trastornos alimenticios. Este estudio subraya la necesidad de intervenciones que apoyen a los niños durante y después del proceso de separación parental para mitigar estos efectos negativos. En base a este también se tomó en cuenta este estudio hecho por Martinon. (2017) donde se examinó el impacto de la ruptura de los progenitores en la salud física de los hijos. Los resultados indicaron que los niños expuestos a la separación de sus padres tenían mayores riesgos de desarrollar problemas de salud física y comportamientos desadaptativos. Este estudio destaca la importancia de considerar tanto la salud física como mental en los hijos de padres separados

A través de la revisión de los antecedentes, se logró observar que, aunque no existen estudios nacionales específicos que aborden la relación entre el síntoma de la pareja parental y los trastornos alimenticios en adolescentes, la evidencia disponible sugiere que las dinámicas familiares, especialmente aquellas relacionadas con los padres del adolescente, tienen un impacto significativo en la de los adolescentes. Los estudios muestran tanto a nivel nacional como internacional, resaltan la importancia de un entorno familiar donde existan las intervenciones que consideren tanto los aspectos emocionales como físicos de los

adolescentes. Esta investigación busca llenar el vacío existente en la literatura nacional, proporcionando un análisis detallado de cómo los síntomas de la pareja parental pueden influir en la aparición de trastornos alimenticios en adolescentes.

CAPÍTULO 1

Lo sintomático de la pareja parental

En el presente capítulo se abordará lo sintomático de la pareja parental desde la corriente psicoanalítica, sin embargo, para comprender lo que es la pareja parental se ha decidido partir desde el concepto de matrimonio, el cual parte desde el planteamiento jurídico-social. Luego se procederá a explicar el concepto de familia desde el psicoanálisis, tomando en consideración que en el presente capítulo se abordarán conceptos básicos y necesarios para la comprensión de la función de la pareja parental. Es importante para esta investigación comprender estos conceptos, ya que estos guardan relación con el planteamiento inicial que se busca investigar; el adolescente forma parte de una familia, por lo que, para entender los siguientes capítulos, se debe conocer cómo funciona la pareja parental y cómo esta influye en el desarrollo del adolescente.

¿Qué es la pareja parental?

Matrimonio desde lo jurídico-social

La pareja parental es un concepto muy utilizado en el psicoanálisis, ya que se lo usa cuando se habla de los efectos subjetivos que tiene la pareja parental sobre los hijos; además de que no es un término muy habitual de usar. Sin embargo, este puede hacer referencia o parecerse al concepto de familia, pues dentro del conjunto familiar encontramos una pareja, ya que para poder formar una familia se necesita de una pareja que esté decidida a formar un compromiso más profundo y legalizado si así lo desean; esta familia puede tener de integrantes únicamente a la pareja, como puede incluir a los hijos. El concepto de la pareja parental se buscará definir a partir de las diferentes ramas, como lo jurídico, la sociología y el psicoanálisis. Cada una tiene un concepto para la pareja parental, dentro de lo jurídico y lo social, esto es conocido como la familia, mientras que el psicoanálisis tendrá un concepto más profundo y diferente del que comúnmente se conoce. De acuerdo con la Constitución de la República del Ecuador Art. 67, el matrimonio: “es

la unión entre hombre y mujer, se fundará en el libre consentimiento de las personas contrayentes y en la igualdad de sus derechos, obligaciones y capacidad legal”. Así mismo, la Constitución de la República del Ecuador Art. 67, reconoce los diversos tipos de familia y refiere que:

El Estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Estas se constituirían por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes.

Por otro lado, la Asociación Americana de Psicología, conocida por sus siglas en inglés APA, refiere con respecto al matrimonio lo siguiente: “Debe ser un refugio seguro en el que la pareja sea capaz de expresar sus diferencias, enojos y conflictos. Usar el humor y la risa para mantener las cosas en perspectiva y evitar el aburrimiento y el aislamiento” (APA, 2010). Es importante precisar este concepto para diferenciarlo de la familia; se entiende que un matrimonio es un contrato y es un término usado en las leyes, en el que ambas partes están de acuerdo con la unión y se preparan para formar una familia si así lo desean.

La familia para el Sociólogo Rodríguez (2012):

Es, en primera instancia una forma de organización de las relaciones sociales. Para cualquier sociólogo, la particularidad de su concepción como institución social radica en que las relaciones familiares se presentan como un subsistema que se integra como una totalidad y se relaciona con un sistema más amplio que es la sociedad general, y con la cual establece lazos de interdependencia (Párr. 13).

La familia desde el discurso Psicoanalítico

El psicoanálisis por su parte mantiene un concepto que gira en torno a lo que el niño ve de sus padres, por lo que Freud dirá en el Tomo IX (1906-1908) “La novela familiar de los neuróticos”:

Para el niño pequeño, los padres son al comienzo la única autoridad y la fuente de toda creencia. Llegar a parecerse a ellos —vale decir, al progenitor de igual sexo—, a ser grande como el padre y la madre: he ahí el deseo más intenso y más grávido en consecuencias de esos años infantiles. Ahora bien, a medida que avanza en su desarrollo intelectual el niño no puede dejar de ir tomando noticia, poco a poco, de las categorías a que sus padres pertenecen. Conoce a otros padres, los compara con los propios, lo cual le confiere un derecho a dudar del carácter único y sin parangón a ellos atribuido. Pequeños sucesos en la vida del niño, que le provocan un talante descontento, le dan ocasión para iniciar la crítica a sus padres y para valorizar en esta toma de partido contra ellos la noticia adquirida de que otros padres son preferibles en muchos aspectos (P. 217)

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente mencionado, la Asociación Española de Neuropsiquiatría dirá:

En la familia se establece la Ley de prohibición del incesto, Ley universal para todo sujeto al que se le prohíbe el goce de la madre y a la madre el goce del hijo. La familia es entonces como estructura encarnada donde se opera la metáfora paterna (2019, P.12).

La familia puede ser vista como una red de lazos voluntariamente decididos, donde se requiere del consentimiento del sujeto para que esta funcione, la cual esta conformada por diferentes miembros para que se sostenga y se transmita algo. La madre y el padre representan y transmiten algo al niño; estos representan la formación de relación que da forma a la familia, en donde se despliega y transmite

la palabra, el lugar de la cultura, del Otro. De esta forma la familia transmite ideales, identificaciones sexuales y el elemento significativo que permite un ser y un sexo: el falo. También transmite algo del orden significativo pero también del orden de una prohibición y de una satisfacción.

La familia desde el psicoanálisis, se la relaciona con el discurso del Otro, en esta hay rasgos, significantes amos, identificaciones que señalan la forma en la que el sujeto elige el objeto; incluso, la familia viene a ser una ficción que el sujeto construye de forma en la que esta se convierte en una solución sintomática. Lijtinstens (2006) en “Conferencias sobre una familia” considera:

La familia como lugar del Otro, de la lengua, de la Ley, es un mito que da forma épica y discursiva a lo que opera a partir de la estructura, invenciones que dan cuenta de cómo el goce le ha sido prohibido, sacado, tramitado, y cómo ha sido sustituido por otro arreglo. Cuando un sujeto habla de su familia habla de las ficciones que rodearon su encuentro con el Goce, modos de gozar, de la pérdida de goce y de la sustitución de eso perdido por otro, en donde lo pulsional está en el centro. Se trata de cómo se ha tramitado el pasaje entre la satisfacción de las necesidades y el resto que surge cada vez de ese encuentro. El encuentro del sujeto con el Otro, de la familia como discurso, deja marcas significantes de deseo y de modos de recuperación de la satisfacción perdida (Párr. 50-52).

Al hablar de estas marcas, que dejan las experiencias vividas de la infancia, se incluyen los dichos de los padres, como se mencionó, la familia está relacionada con el discurso del Otro, el hijo/a le da este lugar para poder construir identificaciones, significantes, goces, entre otros. El padre y la madre, quienes conforman este grupo de familia, son quienes representan la formación de relación que da forma a la familia, en donde se transmite la palabra, debido a esto, estos miembros juegan un rol importante en la formación del adolescente el cual antes de convertirse en adolescente fue un niño, el cual puede expresar mediante un

síntoma, los conflictos de la pareja parental. Lora (2003) en su artículo "El niño y la familia desde el psicoanálisis. Una aproximación lacaniana" habla sobre las atribuciones familiares en la crianza y la socialización de los niños, donde se menciona que es esencial hacer del viviente un sujeto de deseo, darle un lugar simbólico, un lazo de parentesco, una identidad civil. La familia es una encarnación de la estructura del ser de la palabra, este Otro donde el sujeto debe advenir para constituirse como tal y en este sentido es intemporal. Cuando la pareja parental discute frente al niño, algo de esto queda inscrito en su inconsciente y el niño refiere que los padres no lo entienden; habla del malentendido en su familia, o de los problemas de los padres; es en estos eventos que el niño se ubica entre lo dicho y lo no dicho, encarna los predicados de la familia (Párr.11-12). En base a lo anteriormente mencionado, es relevante comprender cómo la desarmonía de las relaciones parentales pueden afectar la estructura psíquica de los hijos; lo que el niño transmite por medio de su malestar es el síntoma de la pareja parental.

Lacan en "Dos notas sobre el niño" (1988) refiere: "El síntoma puede representar la verdad de la pareja familiar (...). La articulación se reduce en mucho cuando el síntoma que llega a dominar compete a la subjetividad de la madre"(P.1). Se entiende que el niño pasa a tomar un lugar de objeto, en vez de tomar el lugar de un sujeto; la función del niño se reduce en revelar la función de este objeto. Más adelante, Lacan en "Dos notas sobre el niño" (1988) menciona que al tomar este lugar de "objeto a" en lo que compete a la fórmula del fantasma, el niño sustituye a ese objeto con respecto al modo de deseo de la madre. Si no hay mediación del padre, el niño queda abierto a todas las capturas fantasmáticas y deviene el objeto del fantasma de la madre, por lo que el niño toma un lugar de objeto del fantasma de la madre, se alinea con la madre e imposibilita a la madre a que tenga acceso a su propia verdad por ello la madre imposibilitará que se dé la subjetivación del niño; además le da un cuerpo, existencia y exige una protección. El padre y la madre toman una función; con la madre se espera un cuidado marcado por sus propias carencias, de sus propias faltas y en el padre, se espera que su nombre encarne la ley en el deseo (P. 2-3). La estructura familiar transmite una trama, en donde se

evidencia algo de lo fantasmal y por ello se debe depurar algo de lo traumático para construir el fantasma, pues el fantasma en conjunto con el significante amo, revela la repetición y determina la vida de un sujeto. La psicoanalista Leserre (2001) en su texto “Una lectura de nota sobre el niño”:

Ubica al niño como respuesta, es decir, la historia del sujeto se encuentra en relación al lugar que ocupa ese niño particular en el deseo como deseo del Otro. Es por ello que la familia es el encuentro con la experiencia de la pregunta sobre lo enigmático del deseo del Otro (Parr.9).

Alienación y Estadio del Espejo

Dicho esto, la familia es el soporte donde se van a realizar las dos operaciones fundamentales de la constitución del sujeto, la alienación y la separación, las cuales se superponen a la de la metáfora paterna. Lacan en su Seminario XI “El sujeto y el otro: la alienación” (1986):

El vel de la alienación se define por una elección cuyas propiedades dependen de que en la reunión uno de los elementos entrañe que sea cual fuere la elección (...). La elección sólo consiste en saber si uno se propone conservar una de las partes, ya que la otra desaparece de todas formas (...). El ser del sujeto, el que está aquí del lado del sentido. Si escogemos el ser, el sujeto desaparece, se nos escapa, cae en el sin-sentido; si escogemos el sentido, éste sólo subsiste cercenado de esa porción el sin-sentido que, hablando estrictamente, constituye, en la realización del sujeto, el inconsciente. (...) El objetivo de la interpretación no es tanto el sentido, sino la reducción de los significantes a su sin-sentido para así encontrar los determinantes de toda la conducta del sujeto (P.218-219).

Esto indica que cuando se da la alienación el sujeto va a estar capturado por los significantes, los cuales lo dejan inmovilizado frente a los demás significantes en los que desaparece. Por lo que el sujeto tiene que escoger entre el ser o el sentido, abandonando lo demás como el sinsentido, o sea el inconsciente. La psicoanalista

Mónica Torres dirá en sus textos "Clínica de la Neurosis" (2005), con respecto a la alineación:

Si el sujeto elige el sentido (S2), no solo pierde el ser sino que también pierde la parte de sentido que es arrastrada por el ser y que cae bajo la forma del *sinsentido*: S1. Quiere decir que el ser del sujeto como vacío y esa parte del sentido que cae bajo la forma de sinsentido quedan de lado de la represión, caen bajo la barra. Es así como el sujeto, en cuanto determinado por la represión, deviene sujeto del inconsciente. (...). Si se elige el S2, el sentido, algo cae como *non-sen*; este *non-sens* tiene algo que ver con el disparate, con la contradicción, con aquello que produce el inconsciente como disparatado (P.32).

Es importante mencionar el estadio del espejo en relación a la alienación, ya que es en este momento que el niño logra construir el Yo, pues es al estar alieneado su madre que logra construirse una identidad. Previamente, se habló de las vivencias infantiles que experimenta el sujeto, las cuales influyen en la formación de la identidad del sujeto, por lo que es necesario hablar del estadio del espejo, para explicar el proceso de identificación que tiene el niño. El estadio del espejo es un concepto del psicoanálisis desarrollado por Jacques Lacan, en el cual se presenta una etapa del desarrollo infantil, en donde el niño empieza a reconocerse por medio del espejo, como una entidad unificada de sí mismo, es decir debido a esto se da la formación del Yo. Lacan nos comenta en Escritos 1 (1966) que: es una fase crucial en la formación del yo, esta etapa ocurre entre los 6 y 18 meses de edad, cuando el niño se reconoce en el espejo por primera vez. Este reconocimiento genera una imagen idealizada del yo, que Lacan llama el "yo ideal". A través de esta identificación, el niño comienza a formar su identidad y a separarse de la percepción fragmentada de su cuerpo. Este proceso es fundamental para la construcción del yo y marca la entrada del individuo en el orden simbólico, donde el lenguaje y las normas sociales empiezan a jugar un papel crucial en la formación de la identidad (P. 99-101). Lacan pone en perspectiva que aquí es donde se da la construcción

del Yo, cuando el niño no solo reconoce su propia imagen, sino que se identifica con ella. Aunque el niño aún no tiene dominio sobre su cuerpo, la imagen reflejada le permite experimentar una anticipación de esta coordinación, lo que le produce un gran júbilo.

Según José Manuel Gracia (2022) La imagen reflejada en el espejo se convierte en una "imago", una representación idealizada que el niño internaliza. Este imago actúa como un "yo ideal" que guía las aspiraciones del sujeto. Sin embargo, esta identificación también implica una alienación, ya que el Yo se forma en relación a una imagen idealizada que nunca se puede alcanzar plenamente, lo que genera una tensión constante en la subjetividad del individuo. En este proceso, la tensión agresiva se instala entre el Yo y el Otro, marcando las relaciones sociales del niño en adelante (pág. 8-10). El texto menciona la importancia de la función simbólica en el desarrollo del Yo, esta identificación que se da por medio del espejo es mediado por el Otro, un Otro que nombra y reconoce al niño, insertándolo al mundo simbólico del lenguaje y la cultura. Esto permite al niño situarse en el campo del Otro y comenzar a interactuar con la realidad de manera estructurada. Con eso se puede entender que, a través de la función simbólica, el niño se inserta en el orden simbólico, es decir, en el sistema de significados y normas que estructuran la realidad social y cultural. Esto le permite situarse en relación con los demás y con el mundo de una manera coherente y estructurada. El lenguaje juega un papel central en la función simbólica, es a través de este que el niño puede nombrar su experiencia, diferenciarse de los demás y situarse como un sujeto dentro de un contexto social. La adquisición del lenguaje es, por lo tanto, un paso fundamental en la construcción del Yo.

Anteriormente, se menciona la alienación, la alienación con el Otro en el contexto del estadio del espejo se refiere a la relación del niño con la imagen reflejada, que funciona como un "otro" o un doble. Retomando a Jose Manuel Garcia (2022): En esta etapa, el niño experimenta una relación dual conflictiva donde se aliena en la imagen que ve y, al mismo tiempo, ignora esta alienación. Esto significa

que el yo del niño adopta una forma de desconocimiento crónico. La relación con el Otro es también una fuente de agresividad y transactivismo, ya que el niño percibe al Otro como un rival que le arrebató parte de su identidad. Este conflicto y rivalidad se trasladan a sus relaciones sociales futuras (Pág.10-14). El júbilo que siente el niño al reconocerse en el espejo es una reacción a la superación de la descoordinación motriz que experimenta. Sin embargo, esta imagen también implica una alienación, ya que el niño se identifica con una totalidad que todavía no posee, en esta alienación se ve un desconocimiento estructural que perdurará en la relación del sujeto con su propia imagen y con los demás.

Esto como mencionado anteriormente se da en la etapa de la infancia, hay que tomar en cuenta que en la adolescencia existen muchos cambios los cuales influyen en esta imagen instaurada del sujeto. Durante la adolescencia, los cambios en la construcción del Yo pueden ser significativos debido a la reestructuración de las identidades y roles sociales, en esta, la imagen del yo ideal formada durante el estadio del espejo puede enfrentarse a nuevas realidades y expectativas, generando conflictos internos. Además, las relaciones con los demás se vuelven más complejas y la agresividad latente puede manifestarse de nuevas maneras, hay que entender que la adolescencia es un periodo de búsqueda de identidad y autonomía, lo que puede llevar a una revalorización de la imagen del Yo y a la resolución de tensiones establecidas en la infancia.

Como dice Didier Lurau en “La locura adolescente. Psicoanálisis de una edad en crisis” (2004):

El estadio del espejo encarna la primera representación de la alienación en el otro. Es la captación imaginaria, esbozo de la estructuración subjetiva en el transcurso de la cual el niño se identifica con su imagen. Imagen con la cual él se representa en un primer momento como la de otro, antes de integrarla como suya en un segundo momento. Esa alienación de la imagen es la matriz de su alienación especular en el otro. La adolescencia vuelve a

hacer pasar al sujeto por un momento lógico, consecuencia lejana del estadio del espejo donde las apuestas fundamentales de su posición de sujeto se volverán a poner en juego.

Según David Nasio, en el estadio del espejo en el niño y en el adolescente (2012): En la adolescencia la reestructuración de la identidad y la búsqueda de autonomía pueden reactivar las tensiones entre el yo ideal y la realidad del Yo, llevando a una crisis, estos cambios que se dan en la adolescencia son grandes cambios físicos, emocionales y sociales. Estos buscan afirmar la autonomía del sujeto y así diferenciarse de las figuras parentales, esto puede reactivar la alienación inicial experimentada en el estadio del espejo, ya que los adolescentes se enfrentan a la tarea de construir una identidad autónoma mientras lidian con las expectativas y normas sociales internalizadas (Pág.3). Tomando esto en cuenta se puede entender que, en esta etapa, los adolescentes revisitan las identificaciones primarias del estadio del espejo, cuestionando y reestructurando su identidad.

La tensión entre el yo ideal y la realidad del Yo puede intensificarse, llevando a una crisis de identidad. Hay que entender que la reestructuración del Yo en la adolescencia implica una renegociación de las identificaciones y una integración de nuevas experiencias y relaciones, proceso el cual puede llegar a ser conflictivo y generar ansiedad, ya que el adolescente debe reconciliar las expectativas idealizadas con la realidad de sus capacidades y limitaciones. La competencia por el reconocimiento y la afirmación del Yo puede manifestarse en conflictos con pares y figuras de autoridad, aquí es donde la función simbólica, a través del lenguaje y la cultura, juega un papel crucial en la mediación de estos conflictos y en la estabilización de esta crisis que vive el adolescente.

Separación y Complejo de Edipo

Continuando con la segunda operación de la constitución del sujeto, tenemos la separación, en la que Lacan dirá en su Seminario XI “El sujeto y el Otro (II): La afanisis” lo siguiente:

De esto se trata en el término *Vorstellungsrepräsentanz*. El sujeto encuentra el camino de regreso del vel de la alienación en la operación que denominé, el otro día, separación. Mediante la separación el sujeto encuentra, digamos, el punto débil de la pareja primitiva de la articulación significativa, en la medida en que es, por esencia, alienante. En el intervalo entre estos dos significantes se aloja el deseo que se ofrece a la localización del sujeto en la experiencia del discurso del Otro, del primer Otro con que tiene que vérselas, digamos, para ilustrarlo, la madre, en este caso. El deseo del sujeto se constituye en la medida en que el deseo de la madre esté allende o aquende de lo que dice, íntima, de lo que hace surgir como sentido, en la medida en que el deseo de la madre es desconocido, allí en ese punto de carencia se constituye (P.226-227).

La operación de separación es cuando se ha inscrito el Nombre del padre en el sujeto y por ende se ha instaurado la falta. El sujeto encuentra una falta o falla en el intervalo con los significantes, la falla en el discurso del Otro la cual vincula con el deseo del Otro; el sujeto está en constante búsqueda de la falla, ya que en ella se encontrará con la falta de en Ser del Otro, el cual está vinculado al deseo, estas fallas son las que lo llevan a encontrar o ubicar el deseo del Otro, aunque no conozca su objeto. Leserre en su texto “Una lectura de nota sobre el niño” (2001) señala con respecto a la operación de Alineación y Separación en función de la familia:

La alienación concierne al sujeto del significante, que se hace representar por los significantes que lo determinan, mientras que la separación concierne al sujeto del goce, que se hace valer como objeto *a*. Encontramos así dos vertientes, la del significante y la del goce, a partir de las cuales la familia para cada sujeto puede ser entendida como el rechazo a separarse de los significantes amos que provienen de su familia, el apego a las condiciones de goce elaboradas en la familia, es decir, el rechazo a separarse del objeto.

Por ello, cuando un sujeto en un análisis habla de su familia habla de las ficciones que rodearon su encuentro con el goce, modos de gozar, de la pérdida de goce y de la sustitución de eso perdido por otro, en donde lo pulsional está en el centro (Párr. 6).

A partir de lo mencionado es que el niño conmociona a sus padres, además de que cuestiona el lugar que él ocupa en la economía de goce de la estructura familiar. En el sujeto ocurren muchos cuestionamientos, sobre todo cuando la estructura familiar se ve comprometida y es a partir de sus vivencias que el niño manifiesta algo de lo sintomático, lo cual encarna la verdad de la pareja parental.

Anteriormente, se hablaba de la función que tiene la madre en el niño, al igual que la función del padre en su crecimiento; por ello, es importante hablar del Complejo de Edipo. Este se compone de 4 elementos o términos: Función materna (no la madre real), el niño (no el hijo), Falo imaginario y la función paterna (no el padre real). El complejo de Edipo es uno de los conceptos fundamentales del psicoanálisis, este es propuesto por Freud, con el cual se puede entender de mejor manera las formaciones del síntoma, por lo que Freud sitúa al Edipo como una estructura universal, ya que no acontece de la misma forma en las diferentes culturas. De acuerdo con Freud en su Texto “El sepultamiento del complejo de Edipo” (1924):

El complejo de Edipo ofrecía al niño dos posibilidades de satisfacción, una activa y una pasiva. Pudo situarse de manera masculina en el lugar del padre y, como él, mantener comercio con la madre, a raíz de lo cual el padre fue sentido pronto como un obstáculo; o quiso sustituir a la madre y hacerse amar por el padre, con lo cual la madre quedó sobrando (P.184).

El Edipo es una movilización imaginaria en el niño, en donde se encarna la cuestión del padre en lo que se conoce como complejo de Edipo, este se lo puede

definir como la historia de la investigación sexual infantil. Lacan (1957-1958) habla sobre los tres tiempos del edipo, en su Seminario V: Los tres tiempos del Edipo”:

En el primer tiempo, lo que el niño busca como deseo es poder satisfacer el deseo de su madre, es decir, to be or not to be el objeto del deseo de la madre. Ella también persigue su propio deseo y por esta vía que si sitúan sus propias constituyentes. El sujeto se convierte en el objeto del deseo de la madre. Es la etapa fálica primitiva, cuando la metáfora paterna actúa en sí, al estar la primacía del falo ya instaurada en el mundo por la existencia del símbolo del discurso y de la ley. Pero el niño, por su parte, sólo capta el resultado (P.197-198).

Mientras que, en el Segundo tiempo del Edipo, Lacan (1957-1958): parte diciendo que el padre en el plano de lo imaginario, interviene realmente como privador de la madre, es por ello, que en este nivel la ley del padre vuelve sobre el niño como privadora de la madre. Lo que hace que el sujeto se desprenda de su identificación; por lo tanto, se liga con el hecho de que la madre es dependiente de un objeto que el Otro tiene o no tiene (P. 198). Aquí es donde el padre se afirma como figura privadora, soportando la ley y siendo mediado por la madre, quien lo establece como dictador de la ley.

En el tercer tiempo, Lacan menciona en Seminario V (1957-58): En esta se da la salida del complejo de Edipo; el padre demuestra que daba el falo en la medida que es un portador de ley, pues de él depende la posesión o no de dicho falo en la Madre. Si en el segundo tiempo fue atravesada, entonces en el tercer tiempo es preciso que el padre lo mantenga. El padre puede dar o negar, porque lo tiene, el falo, y ha de dar prueba. En este tercer tiempo interviene como el que tiene el falo y no como el que lo es, por lo que se produce un giro que reinstaura la instancia del falo como objeto deseado por la madre y no como un objeto del cual solo el padre puede privar (P.199-200). En este tercer tiempo el padre puede darle a la madre lo que ella desea porque lo tiene, mostrando así su potencia en el sentido fálico. Esto

lleva la relación de la madre con el padre al plano real. La identificación con el padre potente es crucial para la salida favorable del complejo de Edipo. El padre interviene como real y potente tras la privación que afecta a la madre. Si el padre es interiorizado como Ideal del Yo, el complejo de Edipo declina, aunque el niño no ejerza sus poderes sexuales de inmediato. La metáfora paterna se desarrolla más tarde, permitiendo al niño convertirse en un hombre. También hay que entender que, para las mujeres, el tercer tiempo es más simple. No enfrentan la misma identificación con la virilidad. Saben dónde encontrar lo que buscan y se dirigen hacia quien lo tiene, mostrando una dimensión de coartada en la verdadera feminidad.

Por su parte, el psicoanálisis hace diferenciaciones entre el concepto de Padre imaginario, Simbólico y Real, es importante mencionarlo, ya que el padre cumple una gran función en los tiempos del Edipo, por lo que cuando se habla de padre no se habla del padre real como tal, este padre no representa al biológico, sino a quien ejercer este lugar de padre. En el Padre Simbólico encontramos que este interviene en la estructuración dialéctica del Edipo, este padre es puro significante y puramente una función paterna el cual es necesario para la intervención del registro de la castración; Por otro lado, el Padre Imaginario será el que intercede con todas las significaciones, pues nunca es aprehendido por el niño, este padre es tal cual el niño lo percibe, desde el deseo y desde el discurso que la madre tiene sobre la relación padre-hijo. El Padre Real es este ser que puede ser o no el padre progenitor, este hace referencia al padre de la realidad y este nunca intervendrá en el curso del complejo del Edipo. Estos conceptos son importantes para poder entender el Edipo y sus funciones.

Tomando en cuenta los diferentes conceptos del Padre, se podrá entender de mejor manera cómo funciona la metáfora paterna. La metáfora paterna como la llama Lacan en su libro Seminario V (1957-1958): “es en lo que se ha constituido de una simbolización primordial entre el niño y la madre, poner al padre, en cuanto símbolo o significante, en lugar de la madre” (P.186). La función paterna se refiere

a una serie de roles y significados simbólicos que el padre desempeña en la estructuración psíquica de una persona. La función paterna incluye a cualquier persona o referente simbólico que asume el papel de autoridad, norma y ley en el desarrollo del niño, no solo al padre biológico, debido a que esta ley del padre puede ser impuesta por una madre biológica, la sociedad, otro referente familiar, etc. Esta función es esencial para que el niño se familiarice con el orden simbólico y pueda controlar sus deseos; Introduce la ley y la diferenciación para separar al niño de la relación dual con la madre. Aquí es donde se da la castración, está según Freud se refiere al miedo del niño a perder su pene (o la creencia de la niña de que ya ha sido castrada), que es una etapa crítica en el desarrollo psicosexual del complejo de Edipo.

Sin embargo, según Lacan, la castración simbólica es fundamental en la formación del sujeto en la infancia. Esta se basa en la aceptación de la falta del sujeto y a la renuncia a la omnipotencia infantil. En la estructuración del sujeto esto es conocido como la Ley del Padre. Por otro lado, tenemos el deseo de la madre, hay que entender que no solo es de naturaleza física o afectiva, sino también simbólica, ya que la madre, al desear al niño, le otorga un lugar en su universo simbólico. Según el texto "Real, Simbólico e Imaginario de la Familia" de Eric Laurent (2013): Este deseo se refiere al interés particularizado que la madre tiene en el niño, lo cual está marcado incluso por sus propias faltas. La importancia de este deseo radica en que la madre puede ver al niño como un objeto de goce, lo que puede llevar a que el niño quede "enganchado" en ese deseo materno. Este deseo de la madre puede implicar una restauración narcisista, donde el niño se convierte en un medio para satisfacer las propias carencias o necesidades narcisistas de la madre (P. 4). Tomando en cuenta lo que habla Laurent en el texto, también se habla de Lacan, donde este señala que el deseo de la madre debe estar limitado por la figura del Nombre-del-Padre, quien introduce la Ley en el deseo. Esta articulación es fundamental para evitar que el deseo de la madre tome al niño como un objeto de goce exclusivo.

Como se menciona anteriormente sin esta limitación, el niño corre el riesgo de quedar atrapado en la posición de ser el objeto de satisfacción narcisista de la madre, lo cual puede tener implicaciones sintomáticas profundas para el desarrollo del niño y no poder establecerse como un objeto transicional, sino más bien quedar atrapado en la dinámica de ser un objeto de goce para la madre. El deseo de la madre puede influir significativamente en el desarrollo de la estructura del niño, ya que, a través de este, el niño empieza a formar su propia identidad y a entender su posición en el mundo. En el complejo de Edipo tanto el padre, la madre y el hijo tienen una función específica, si la función del padre no cumple con su función de prohibición sobre el deseo de la madre, la madre captura al hijo convirtiéndolo así en el objeto de deseo.

El concepto de familia tiene un gran peso en la cultura, por lo que para el niño o adolescente que vive constantemente conflictos parentales tienen un rechazo a aceptar que su concepto de familia se ha fragmentado, muchas veces los matrimonios pueden terminar en divorcios, sin embargo, pueden existir divorcios muy armoniosos y matrimonios muy conflictivos. La cultura se convierte en este Gran Otro, el cual tiene gran peso en el sujeto, pues está expuesto a recibir críticas por parte de sus compañeros o amigos del colegio, e incluso por otros miembros de la familia. Se promueve la conservación de la familia, pero se deja de lado la importancia de que el sujeto crezca en un entorno sano. Es por ello que los niños que asisten a análisis evidencian la verdad de la pareja parental, porque algo de lo conflictivo quedó inscrito en ese niño y cuando llegue a la adolescencia, este manifestará su malestar a través de diferentes síntomas.

El Fantasma

El término fantasma es una propuesta del psicoanálisis Lacaniano, este tiene una función protectora para el sujeto, ante lo que el psicoanálisis conoce como lo Real, es decir, el fantasma protege al sujeto del horror de lo Real. Es difícil precisar con exactitud el concepto de Real, ya que esto queda fuera del lenguaje, esto que no se puede nombrar. Como el sujeto no puede nombrar lo Real ya que carece de

recursos simbólicos suficientes puede entrar angustia. Como comenta Bassols, (2012). “Tal como Freud lo descubrió bajo el velo del fantasma, como algo irreversible en la experiencia subjetiva y sin posibilidad de una realización simbólica, sin una imagen posible que llegue a reproducirlo también de manera fija” (Pág.1). Bassols respalda lo dicho anteriormente, que el sujeto trata de usar todos los recursos simbólicos posible; sin embargo, aun así, el sujeto no será capaz de nombrarlo, es esto imposible de representar desde lo imaginario ni desde lo simbólico. El lenguaje desde el registro de lo simbólico entra en juego en la formación del síntoma por medio o a través del sentido. “El problema no es ya el agujero en lo simbólico, cómo agujerear el Otro de lo simbólico, porque lo simbólico es ese agujero mismo. El problema es hoy cómo responder a eso que en lo real hace agujero” (Bassols, 2012, pág. 2). Lacan plantea una fórmula del fantasma que será: ($\$ \ll a$) en dónde demostrará la base fundamental que es el enigma que se realiza ¿qué desea el Otro de mí?

El fantasma será una dimensión clínica que se encuentra en el inconsciente de cada sujeto y que se encuentra siempre estructurado por el lenguaje, en el cual él paciente puede llegar a obtener satisfacción o goce. Lo que quiere decir que los primeros vínculos, que suelen ser el materno y paterno son lo que forman el lenguaje en el sujeto, además de las experiencias que vive en su crecimiento, a partir de estos se forman los deseos, los cuales quedan guardados en el inconsciente. El fantasma se puede manifestar a través de fantasías inconscientes que representan los deseos y conflictos del individuo, como por ejemplo en el sujeto pueden aparecer a modo de un sueño diurno ya que es algo profundo e íntimo del paciente, es decir es la forma en la que se observa el mundo exterior. Según Evans (2007), refiere que el fantasma será aquel que va en contra del sentido de realidad del sujeto, por lo que será algo imaginario que se explica mejor siendo una manifestación del deseo inconsciente de este mismo (pág.90); el sujeto logra develar algo de lo inconsciente a través de su discurso, donde se hacen presentes estas diferentes metonimias y metáforas, las cuales pueden llegar a causar vergüenza en el sujeto, estas pueden manifestarse de diferentes maneras, como en

los chistes, debido a que al existir esta vergüenza en ese discurso, el sujeto busca la manera de poder decirlo de manera no directa. Como Miller (2006) que habla sobre esta: “Existe una vergüenza del fantasma porque generalmente éste se presenta en relación con los valores morales, con los valores éticos del sujeto” (p.17); La única manera en la cual el sujeto podrá ser consciente del fantasma es bajo análisis, sin embargo, hablar de esto puede ser vergonzoso para el sujeto, ya que debe de tocar esto tan íntimo y profundo; lo cual genera que el sujeto sienta que va en contra de sus principios aprendidos en su vida y su ética, haciendo que al momento de descubrirse sea algo invasivo para sí mismo.

Como se ha dicho anteriormente el fantasma será lo que le haga frente a lo Real, este será un Real que genera displacer en el sujeto, lo cual se verá manifestado mediante un síntoma. Este fantasma se construye en la infancia, sin embargo, en la adolescencia existe una reestructuración fantasmática. En la adolescencia ocurren múltiples situaciones, como los cambios biológicos, psicológicos y sociales, que hacen que el sujeto manifieste un síntoma, los cuales varían dependiendo el contexto en el que se encuentre el sujeto, lo cual da paso a esta reestructuración fantasmática.

Freud en Pegan a un niño (1919), comenta que el fantasma se constituye a temprana edad del niño, aproximadamente de los cuatro a los seis años. Freud comenta que existen tres etapas donde se puede ver este “primer fantasma”, la primera etapa es vista en una rivalidad imaginaria, donde se pone en riesgo el amor de los padres hacia el niño. Aquí existe una noción de angustia introducida por esta situación, por este deseo de ser amado, aquí se usa la frase “Mi padre pega a un niño que es el niño que yo odio”, en la cual se presenta por primera vez la satisfacción de estos celos, en esta siempre está presente un tercero, que pone en angustia al sujeto. La segunda etapa muestra una reconstrucción donde el niño siente esta agresión, donde ya no existe este tercero, solo existen dos, el agredido y el agresor, “Mi padre me pega” (pág.10-11). Por último, la tercera etapa donde se muestra este fantasma termina, donde el fantasma se constituye ya como una

estructura, donde el sujeto llega al punto máximo de reducción, como un tercero y donde se presenta como el mismo nombre del texto "Pegan a un niño". Lacan a diferencia de Freud no habla de que el fantasma es una respuesta de angustia hacia la castración, sino que en "Los Cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis" de Lacan (1964): el fantasma va de la mano con el deseo y de cómo este está directamente relacionado con la fantasía de tener algo que no está presente o que el sujeto no puede tener. Este fantasma se presenta cuando existe un deseo del Otro y eso nos permite comenzar a desear algo lo cual en el momento no vamos a poder tener y es donde empieza la fantasía. La función que tiene este es de permitir que esta persona puede desear algo al mismo tiempo que lo está protegiendo de la realidad. (Pág. 67-119).

También es importante entender que todo lo que se ha hablado previamente en este capítulo se da en la infancia del sujeto, en la adolescencia existe una resignificación de estos conceptos, lo cual se hablará posteriormente. La reelaboración de las primeras experiencias y relaciones significativas del niño es necesaria para la resignificación de estos conceptos durante la adolescencia. El individuo pasa por un proceso de revisión y reconfiguración de sus identidades y roles, incluidos los deseos y las funciones paternas y maternas, durante la adolescencia, en este período se destaca la búsqueda de autonomía, la confrontación con las figuras de autoridad y la creación de una identidad más sólida. La resignificación implica que el adolescente reinterpreta las experiencias y los vínculos de su infancia y los integra en una nueva narrativa que le permite establecer relaciones más maduras y autónomas. Los adolescentes reevalúan y resignifican las relaciones tempranas con sus padres, procesando nuevamente los sentimientos y conflictos de la infancia, sé en esta él busca integrar las funciones de los padres dentro de sí mismo, asumiendo roles adultos y responsabilidad propia.

CAPÍTULO 2

Adolescencia y la reestructuración fantasmática

El siguiente capítulo busca abordar el concepto de adolescencia, para esta investigación es importante comprender lo que es la adolescencia, sin excluir la pubertad, además, con la llegada de la adolescencia llegan muchos cambios. Por lo que, para entender el tema central de esta investigación se debe hablar sobre la adolescencia y los síntomas que pueden aparecer con su llegada.

¿Qué es la adolescencia?

La adolescencia es sin duda una etapa crucial en la vida de los sujetos, aquí es cuando se dan cambios a nivel físico y psicológico; el adolescente no comprende aquello que lo conflictúa, con respecto a su sexualidad o sus pensamientos, sentimientos; es por ello que mucho está en juego durante esta etapa, incluso las relaciones con los demás. Las diferentes disciplinas como la psicología y el psicoanálisis buscan explicar la adolescencia, al igual que las concepciones de la RAE y la OMS. Al ser una etapa de muchos cambios, como se menciona anteriormente; se busca conocer la influencia que puede tener la separación parental en los adolescentes, e incluso, conocer si esto puede tener una incidencia en la aparición de trastornos alimenticios.

Dicho esto, cuando se habla de adolescencia es fundamental desglosar este concepto, ya que este tiende a variar dependiendo de la disciplina y de las concepciones que se usen; es por ello que, la Real Academia Española, conocida por sus siglas RAE, dirá que la adolescencia significa “Período de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la juventud” (RAE, 2023 Párr.1). Por otro lado, el concepto que maneja la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona lo siguiente:

La adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud.

Estos conceptos se centran en definir la adolescencia como una etapa que sigue a continuación de la niñez, además, se establece un rango de edad entre los 10 años hasta los 19 años; aunque esto no toma en consideración otros aspectos que también caracterizan la adolescencia. Por esta razón, este trabajo de investigación hará uso de los conceptos de la psicología e incluso del psicoanálisis, sin embargo, se le dará mayor prioridad al enfoque psicoanalítico en lo referente del proceso de estructuración subjetiva del adolescente. Dicho esto, la autora Krauskopf, quien es psicóloga clínica, comenta que la adolescencia es “el período en que se produce con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y desventajas del entorno” (Krauskopf, 1994 como se citó en Krauskopf 1999, Párr.1). Ahora, el psicoanálisis es una disciplina distinta que desglosa aún más el concepto de adolescencia, por ello, mencionamos anteriormente que se le dará mayor prioridad en lo referente al proceso de estructuración subjetiva del adolescente y así poder explorar si existe una incidencia entre lo sintomático de la pareja parental la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes. Tal como señala el psicoanalista, Alexander Stevens, quien refiere en su libro "Clínica de la infancia y de la adolescencia":

Lo propio de la adolescencia es la estabilización que los niños han encontrado. Estabilización siempre situable, es lo que Freud llama período de latencia, es decir, el final de la infancia, cuando las pulsiones se han calmado porque se han regulado con los fantasmas y los síntomas. En el momento de la adolescencia hay una transformación. Estos síntomas y fantasmas que el niño había construido no pueden operar más como tales, porque se produce el encuentro de un real nuevo (Stevens, 2012, P.7).

Pubertad

Es importante mencionar que Freud por su parte no nos habla de adolescencia como lo hará Lacan, por ello, Freud hablará de la Pubertad; esto es: de acuerdo a Bailo y Briz (s.f):

Transcurrido este periodo de “latencia”, llega la etapa genital, que comienza en la pubertad, segundo inicio de la vida sexual, que conlleva una verdadera metamorfosis, y que como hemos dicho, no constituye su inicio, sino que en este tiempo se reformulan y se reactivan las inscripciones primeras. Haciendo uso de la metáfora de Carlos Ríos sobre las identificaciones se puede metaforizar la infancia “como un cemento que está fresco, donde se representan pisadas”. Estas pisadas corresponden a las experiencias iniciales de la vida, el cemento se va secando y sobre este cemento se constituirá el segundo tiempo de la vida sexual, la pubertad.

Dentro de la pubertad, se da la elección de objeto, por ello Freud en su texto Tres ensayos de una teoría sexual (1905) dirá que: hay dos tiempos en donde se da la elección de objeto, la primera inicia entre los 2-5 años, aquí el periodo de latencia es el que lo hace retroceder o detiene esta primera elección de sus metas sexuales; luego, la segunda oleada sobreviene con la pubertad y es la que define la vida sexual. Los resultados de la elección infantil de objeto se extienden hasta una época tardía, algunos la conservan o experimentan una renovación en la pubertad. En esta elección tienen que renunciar a los objetos infantiles (Pág. 181-182).

Mientras que el psicoanalista Stevens por su parte, dirá que “la pubertad es ese real que encuentran los niños, ese nuevo real, cuando llegan a la salida de la infancia” (2012, P.7). Lo que aparece como Real será la pubertad, el cual tendrá 2 aspectos, el primero es un empuje hormonal el cual no hace referencia explícitamente de lo físico, esto señala un fenómeno del cuerpo; pues aparece aquí un Real, donde el lenguaje no va a ser suficiente para poder representar el goce que atraviesa el niño o la niña. El verdadero Real que aparece es lo que vive el niño

en su cuerpo, esto que siente o que aparece, las nuevas sensaciones de placer que puede experimentar, los nuevos sentimientos que desarrolla por el encuentro con esto diferente. Esto es difícil de entender para el niño y por ello se necesita de otro sujeto, que pueda ayudar a poner en palabras estas nuevas manifestaciones.

Anteriormente, se menciona que el lenguaje no puede nombrarlo todo, pues cuando las transformaciones ocurren en su cuerpo los niños no logran identificar que deben de hacer con esto nuevo que aparece; Steven hace una comparación con el animal pequeño, y de cómo este sabrá qué hacer con estas pulsiones sexuales, ya que el animal tiene un instinto que le indica lo que debe de hacer para procrear, a diferencia del niño que debe de comprender cómo gozar de su sexualidad. En el libro "Clínica de la infancia y de la adolescencia" Stevens hace esta comparación, para poder entender de mejor manera la forma en que el niño o niña logra comprender esto, el cual se da a través del discurso del Otro (2012, P.7). Es por ello, que cuando se llega a la etapa de la adolescencia, se necesita de alguien más para comprender este nuevo cuerpo. En la pubertad el sujeto ya comienza a experimentar estas nuevas manifestaciones en su cuerpo que, con el paso a la adolescencia es cuando estas se agudizan y se necesita de este Otro para que se pueda apaciguar a este empuje pulsional. Ante lo Real el adolescente se queda corto en cuanto a sus representaciones simbólicas, no sabe cómo lidiar con el Otro sexual, pues no existe un significante universal que le pueda decir como hacer con este, por ello cuando llega la adolescencia, ocurre la resignificación del fantasma, en base a la fijación de goce en la infancia. El sujeto busca una respuesta ante el nuevo síntoma que se presenta en la adolescencia; una respuesta a esto que carece de sentido. En resumidas palabras, la adolescencia será; "la constitución de un nuevo síntoma y la reorientación del fantasma" (Stevens, 2012, Pág.9).

Reestructuración fantasmática y la adolescencia como momento de crisis subjetiva

Reestructuración fantasmática

En el capítulo anterior se mencionó al fantasma, este fantasma del que se ha hablado es creado en la infancia, sin embargo, este es reconstruido en la siguiente etapa que es la adolescencia. En esta etapa de la adolescencia se dan nuevas identificaciones, se presenta una nueva imagen del cuerpo, de la posición sexual, entre otros, lo cual hace que el sujeto vaya cambiando de significantes. En estos momentos se da la vacilación del fantasma, lo cual produce angustia, desbordes, etc. Esto se debe a que los significantes que tenía antes para poder lidiar con la falta que se presenta al sujeto ya no alcanzan. Al hacer un retorno de la construcción del Edipo, que es donde se construye también el mismo fantasma, encontramos que la: “Estructura edípica que fue construida por el sujeto en la infancia en la medida que su posición de sujeto en la tríada de la escena fantasmática debe, ahora incluir un significante de referencia sexual, otro sexual.” (Jardim, G, 2004, pág. 3). Toda esta resignificación fantasmática se da a partir del significante sexual que se marca en el cuerpo, específicamente en este nuevo Real del cuerpo, esto que con los significantes de la infancia es imposible de nombrar. Este nuevo Real del cuerpo se acerca lo más que se puede a la imagen propia del cuerpo, para así poder hacer referencia simbólicamente de este Otro sexual.

En esta etapa de la adolescencia se da la construcción de lo femenino y de lo masculino como Otro sexual, implicando que se necesitan nuevos referentes de lo que es ser mujer y ser hombre. “La adolescencia como operación psíquica puede o no producir una nueva inscripción significante; en la adolescencia el juego edípico es retomado por el sujeto, exigiendo una reformulación fantasmática que incluya el Otro sexual” (Jardim, G, 2004, pág. 4). Al existir este real que no puede ser nombrado se presenta la reestructuración fantasmática, la va acompañada de cambios los cuales producirán nuevos síntomas en la adolescencia. Lo que dará paso a un nuevo ideal, ideal del cual puede ser: una ambición, un trabajo, una meta a nivel personal, entre otras. En este proceso el adolescente se desprende de estos

objetos primarios mientras que simultáneamente se producen nuevos. Como se dijo anteriormente los significantes de la infancia no son suficientes para poder nombrar este nuevo real, en la infancia no existe el significante mujer o el hombre desde el Otro sexual. El tener este nuevo significante que no puede ser nombrado con los significantes de la infancia, esto provoca angustia, haciendo recurrir al adolescente a reestructurar estos significantes que se usaban en la infancia por nuevos, creando así nuevos lazos que lo ayuden a poder representar esto que no se podía nombrar.

Crisis de la adolescencia

En la adolescencia se observan nuevas formas de hacer frente al agujero que la sexualidad cava en lo real. Anteriormente, se mencionó que en la pubertad se da el despertar, en donde se pone en juego una forma de goce, frente al cual las respuestas infantiles no bastan. Como se dijo, no hay significante en el Otro que pueda nombrar ese goce, que excede al goce fálico para ambos sexos; en el mejor de los casos el púber se logra hacer responsable y consciente de su posición de goce con respecto al fantasma. En otras palabras, se logra soldar la irrupción de goce del propio cuerpo y la representación de deseo, de esta manera se logra anudar el fantasma, la elección de deseo y de goce. La pregunta que surge es ¿Qué sucede cuando se da el desfallecimiento del fantasma?

El adolescente, al encontrarse con lo real, entra en angustia y para lidiar con la angustia Lacan menciona que hay diferentes formas, mediante el síntoma, el Acting-Out o Pasaje al Acto. El adolescente no logra recurrir al Otro, por lo que este "Otro" será su cuerpo. La etapa de la adolescencia como ya se mencionó, es un tiempo de pasaje de niño a hombre, de niña a mujer; en donde no solo tiene que aceptar los nuevos cambios corporales, sino que tiene que aceptar la pérdida de su niñez. Se dan pérdidas, ocurren duelos, se dan reconfiguraciones psíquicas internas, hay una identidad infantil a la que se debe renunciar para conseguir una nueva identidad juvenil o adulta.

La adolescencia aparte de estar llena de cambios y nuevas elecciones también está constantemente evolucionando, es decir, se presentan manifestaciones nuevas. En cada época se presentan nuevas maneras de poder manifestar los síntomas “El psicoanalista se encuentra con manifestaciones nuevas, las cuales a menudo lo desorientan, como una cuestión diagnóstica. Muchas veces es por el mismo desconcierto que esta clínica le proporciona, que se precipita en querer dilucidar por medio del diagnóstico.” (Amadeo, 2016, pág 2). Damasia Amadeo pone en contexto desde la psicología social y el psicoanálisis, en este constante cambio que está apareciendo en los diagnósticos relacionados con los adolescentes, fenómenos que se han dado como consecuencia de la época en la que se está viviendo. Todos estos fenómenos que se presentan en la adolescencia de hoy en día son producto de la subjetividad de la época. Cada sujeto genera un síntoma, a partir de lo que se inscribe en sus vivencias de la infancia como refiere Freud, cada evento que resignifique esta primera vivencia infantil es un generador de angustia o un generador de crisis. Como dice Amadeo, D. (2016) en ‘Pubertad, adolescencia y estructura’:

Sobre todo, vemos que se trata de una subjetividad que ya no parece responder a los parámetros estructuralistas y deterministas con los que nos regíamos, y en ese sentido vemos desdibujarse las estructuras clínicas. En cambio, la noción de estructura borromea, cuyos registros RSI se rigen por la orientación y por el orden como único índice del predominio de uno por sobre el otro como forma de hacer frente a un real, nos parece ser más afín a la clínica actual con púberes y adolescentes.

La adolescencia es una época de transición de la niñez a la edad adulta activada por rápidos cambios físicos y el desarrollo hormonal. Cuanto más logren los padres reconocer y experimentar estos nuevos desafíos como un proceso transformador emocional integral e ineludible, más podrán permitir que sus hijos se vuelvan independientes. Además, los padres que también puedan ver esta crisis

como una oportunidad para su propio desarrollo se verán finalmente enriquecidos por este doloroso proceso.

Síntoma como expresión de lo no dicho

Que es un síntoma y cuál es su función en la adolescencia

Para entender mejor lo que se menciona anteriormente, se debe de comprender el concepto de síntoma. El concepto del síntoma es muy amplio y en la medicina se tiene un concepto algo diferente al de la psicología, por ello López Clara (2020) dirá que el síntoma: es la ‘manifestación subjetiva de una enfermedad, apreciable solamente por el paciente, como el dolor, picor, visión de ‘moscas volantes’, etc (Parr.11).

Dentro de la corriente psicoanalítica habrá dos grandes personajes, Sigmund Freud y Jacques Lacan, cada uno le asignó un concepto al término síntoma. Freud por su parte menciona en un primer momento que el síntoma revela algo de lo que se esconde en el inconsciente; Por ello en su texto *La interpretación de los sueños* (1899), hará una semejanza entre el sueño y el síntoma, para Freud estos revelan algo del inconsciente, ya que el sueño simula un cumplimiento de un deseo, ya sea placentero o displacentero, así mismo, el síntoma para Freud es considerado como un medio para cumplir un deseo que ha sido encubierto o alterado por la represión. Debido a esta represión, el sujeto no logra reconocer en sí mismo la satisfacción, ya que esta represión genera un malestar. El síntoma le sirve al inconsciente como un medio de escape para descargar aquello que genera una excitación; de igual forma, Freud le dan gran importancia a las vivencias y los recuerdos infantiles, ya que son estas vivencias las que retornan al sujeto a través del inconsciente e intensifican el síntoma del sujeto generado displacer por el recuerdo de lo reprimido. En su “Conferencia 23: Los caminos de la formación del síntoma (1916-17)” menciona que en el síntoma aparecen dos fuerzas que se han enemistado, pero que con el síntoma se reconcilian para la formación del síntoma; una de estas partes es la libido insatisfecha, ya que rechaza la realidad y necesita hallar otra forma de

llegar a la satisfacción. En el camino de la regresión, la libido queda cautivada por la fijación que esta misma ha dejado en los lugares en donde se ha desarrollado y como esta, queda atajada, necesita escapar para poder drenar su investidura energética, según como lo exige el principio del placer, para ello de sustraerse del Yo, el cual en su momento se protegió por medio de las represiones (P.326-327).

Más adelante, en la Conferencia 23 Freud plantea la pregunta: “¿Dónde halla la libido las fijaciones que le hacen falta para quebrantar las represiones? En las prácticas y vivencias de la sexualidad infantil, en los afanes parciales abandonados y en los objetos resignados de la niñez” (1916-17, P.329). El periodo infantil juega un doble papel, pues se manifiestan por primera vez lo que se conocen como las orientaciones pulsionales que el niño trae innatamente y por las vivencias externas e incluso las accidentales, algo se activa en el sujeto y genera estas pulsiones. En la formación del síntoma se evidencia cómo las vivencias infantiles son latentes, para poder calmar esta satisfacción frustrada es que la libido regresa a épocas anteriores; el síntoma muestra una repetición de la satisfacción en la temprana infancia, el sujeto no siente esta aparente satisfacción, ya que se da más bien, como un sufrimiento, el cual lo lleva a la queja (Freud, 1916-17, P.333). Dicho esto, entendemos que las vivencias infantiles, las pulsiones, la represión y el Inconsciente para Freud, son elementos que conforman al síntoma; Habrá un segundo momento donde dirá que el síntoma es, además, un recurso para la satisfacción de la pulsión, ya que la pulsión se satisface mediante el síntoma. En su texto “Inhibición, síntoma y angustia” (1926) se considera al síntoma como una perturbación, la cual sigue siendo un sustituto y retoño de la moción reprimida. Se considera un logro en la formación del síntoma, en el que el triunfo es que se logre establecer una relación entre una prohibición y la satisfacción pulsional. Freud considera que el concepto de síntoma se enlaza en un momento con el de angustia para la formación del síntoma, ya que la finalidad del síntoma será escapar de la angustia (P.87-88). Lacan por su parte, le da importancia al lenguaje, para la formación del síntoma, pues el lenguaje constituye al sujeto y debido a esto, surge en el síntoma una sustitución significativa en donde se puede hallar el sentido del mismo, el cual

también revela el deseo del sujeto. Entre otros aportes de Lacan (como se citó en Barral, 2015) se encuentra con respecto al síntoma lo siguiente:

Llamo síntoma a lo que viene de lo real. Esto significa que se presenta como un pececito cuya boca voraz sólo se cierra si le dan de comer sentido (...). Lo mejor sería que reventara lo real del síntoma y ahí está el asunto: ¿Cómo hacer? (...). El sentido del síntoma no es aquel con que se lo nutre para su proliferación o su extinción, el sentido del síntoma es lo real, (...) El síntoma dice No, a la demanda del Otro. El síntoma dice No a la identificación del sujeto con esa parte faltante que completaría al Otro, identificación con el falo imaginario o, con el objeto a en el fantasma. (P. 4-5)

El síntoma es lo que mantiene al sujeto lejos del agujero de lo real. Esto es lo que permite al sujeto por medio del lenguaje tratar de darle significación a esto, este objeto se queda perdido en lo real; El síntoma es lo que se presenta cuando el fantasma fracasa, cuando existe este encuentro con lo real

Síntomas de la época actual

Cuando hablamos de estos síntomas de la época actual, hablamos netamente de esta evolución que se ha tenido a lo largo de los años, la evolución que tiene la forma alrededor del síntoma que es influenciado por el contexto cultural, en pocas palabras, todo lo que está influenciado por la cultura y el contexto social estará en constante cambio. Los síntomas actuales tienen características de desborde: ataques de pánico, toxicomanías, etc. En estas nuevas formas de síntoma, existe una desregulación del goce, lo cual acorde a la época, los síntomas van cambiando. La estructura del síntoma si es la misma, lo que ha cambiado es el sentido y el desborde de los síntomas actuales. Como se podría estar viendo en la anorexia y bulimia a edad más temprana, goce que rebasa y que el sujeto no sabe qué hacer con este goce. Según Alexander Stevens en Nuevos síntomas en la adolescencia (2011), parecería que estos nuevos síntomas aparecen como fenómenos localizados, que parece que se extiende a la vida entera del sujeto como una forma de tramitar el goce organizado por el sujeto mismo. Haciendo referencia

al síntoma en la última enseñanza de Lacan donde este se presenta de una forma generalizada como un modo de existir, como una forma de vida, más no como un significante que pide ser interpretado (Pág. 1-2).

Por lo general, estas formas en la que los adolescentes hacen síntoma, es a través de la toxicomanía, la violencia entre los mismos adolescentes la cual hoy en día se la conoce comúnmente como bullying, prácticas que transgreden el cuerpo como la anorexia y la bulimia o el cutting, práctica que consiste en hacer cortes en cualquier zona de la piel. El adolescente parece creer que estas prácticas fueran a darle sentido al sufrimiento, y de tal manera poder tolerar algo de lo real. Sin embargo, estas prácticas se han convertido en una forma constante de actuar, tramitando así este goce que está en constante desborde; es una época en la que el adolescente recurre muchas veces a el acting-out para poder expresar algo de lo que le aqueja, pero es complicado precisar que de todo el contexto en el que vive el adolescente, es lo que puede generar tanto malestar.

Stevens (2011): comenta que en la toxicomanía predomina esto consumible antes que el ideal o que el sexo, es un goce que evita pasar por lo sexual. Este está relacionado con el constante consumo y un mal cálculo de las dosis consumidas, estando en un juego con la muerte. La anorexia y bulimia también tienen que ver con el consumo, a pesar de que estos vayan más de la mano con la imagen. Un rasgo que estos tienen en común; la toxicomanía, la anorexia y la bulimia, es que el goce juega sobre el vacío y lo lleno, la falta y la dosis (Pág. 5-6). El autor también habla que, a diferencia de las toxicomanías, en la anorexia y la bulimia la imagen del cuerpo no es satisfactoria para el sujeto, no logra envolver a este cuerpo pulsional, entonces esta se pone el límite. En la anorexia se apunta a la contemplación del hueso y en la bulimia la contemplación del vómito, esto se presenta en el sujeto como un objeto que limita al goce, y de esta manera el cuerpo encuentra un punto estable entre el exterior y el interior. Lo correspondiente al fenómeno de anorexia y bulimia será abordado con mayor profundidad en el

siguiente capítulo, ya que como se mencionó anteriormente, es una forma de manifestación del síntoma por parte de los adolescentes.

CAPÍTULO 3

Anorexia y Bulimia: Dos caras de una misma moneda

En este capítulo se abordará la principal problemática de estudio que plantea esta investigación, en los capítulos anteriores se explicó sobre la pareja parental, lo que es la adolescencia y lo que es un síntoma; este recorrido fue importante para poder llegar a hablar sobre los Trastornos alimenticios; de acuerdo con la teoría estos suelen aparecer con mayor frecuencia como un síntoma dado durante la crisis de la adolescencia.

Definición de trastornos alimenticios según la medicina

Los trastornos alimenticios son un problema transcultural y a lo largo de los años estos han estado presentes en adolescentes y adultos. Situándonos en la contemporaneidad, estos trastornos han ido evolucionando con el pasar de los años y hay mayores aportes científicos que los respaldan, por lo que hoy en día no solo se conoce anorexia y bulimia, sino que hay otros tipos de trastornos. De manera general, la OMS (2021) menciona lo siguiente sobre los trastornos alimenticios:

Los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia nerviosa, suelen aparecer durante la adolescencia y la juventud. Este tipo de trastornos se presentan con comportamientos alimentarios anormales y preocupación por la comida y, en la mayoría de los casos, por el peso y la figura corporal. La anorexia nerviosa puede producir la muerte prematura, a menudo debido a complicaciones médicas o al suicidio, y tiene asociada una mortalidad superior a la de cualquier otro trastorno mental.

La OMS por su parte, hace énfasis en las dos problemáticas más comunes con respecto a los trastornos alimenticios, estos vendrían a ser anorexia y bulimia. Estos son la base del resto de trastornos que existen en la medicina psiquiátrica; por ello, es importante conocer lo que dice la psiquiatría con respecto de estos

trastornos. Con respecto de la anorexia, el MSD (2022) dirá: “La anorexia nerviosa se caracteriza por una búsqueda incesante de la delgadez, un miedo patológico a la obesidad, una imagen corporal distorsionada y la ingesta restringida conforme a las exigencias, lo cual provoca una pérdida de peso significativa”. Mientras que la bulimia para el MSD (2022) será:

La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario que se caracteriza por la existencia de episodios repetidos de ingestión de grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo (atracones), seguidos de intentos de compensar el exceso de comida ingerido (por ejemplo, mediante purgas, ayuno o ejercicio físico).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013): Además de la anorexia y la bulimia, existen otros trastornos alimenticios que también presentan serias implicaciones para la salud física y mental para los sujetos que la padecen. En esta categoría se encuentra, el Trastorno por Atracón, la ortorexia, la vigorexia, la drunkorexia, la pica, entre otros. (párr 3). Trastornos de los cuales se profundizará más adelante.

Anorexia y bulimia desde el psicoanálisis

Dicho esto, es importante hacer un retorno a los primeros aportes sobre estos trastornos, pues mucho de lo que la medicina habla, es influenciado por los aportes de Freud y de Lacan. Desde este enfoque, la anorexia y la bulimia no son simplemente trastornos de la conducta alimenticia, sino más bien manifestaciones de conflictos del inconsciente. En el texto de Abinzano (2018), el autor menciona varios aportes que trae Lacan con respecto de la anorexia, entre los más relevantes refiere: las primeras conceptualizaciones sobre la anorexia están denominadas bajo “el complejo de destete” pues es el que introduce al sujeto en el mundo de la cultura y demuestra cuán contranatural es la lactancia en el sujeto. Seguido a esto el autor Abinzano en su artículo agrega lo siguiente con respecto a la anorexia:

Lo que el síntoma anoréxico revela es el carácter basal del objeto en tanto nada, una nada que forma parte del sistema simbólico y que tiene incidencias. (...) La anorexia denuncia esta confusión, la de confundir necesidad con deseo, la de confundir el objeto con el más allá del objeto, la de dar cuenta de que dicha confusión está ligada a una cuestión pasional (...) El rechazo es el mecanismo esencial, en tanto esa nada aparece a jugarse con él. No quiero ningún objeto que el Otro pueda darme, por lo cual elijo un objeto que quedará fuera de su alcance (...). Lacan nos dice: “Ya les dije que la anorexia mental no es un no comer, sino un comer nada. Insisto, eso significa comer nada. Nada, es precisamente algo que existe en el plano simbólico” (Lacan, J. 1956-157, op cit, p. 187, como se citó en Abinzano, 2018, P.23).

El autor Abinzano (2022) publicó otro artículo con respecto al síntoma bulímico, en el cual refiere lo siguiente: “La bulimia se caracteriza por la irrupción del hambre insaciable en el patrón conductual. En un segundo tiempo pueden (o no) existir conductas de tipo purgativas, pero esto no es lo que define la bulimia” (P.151). Comúnmente se asocia esta conducta con el uso de laxantes; dentro de la bulimia hay un incremento en el placer de comer, el sujeto pierde el control de sus impulsos en su alimentación lo que lo lleva a tener una conducta purgativa, ya que prevalece la idea de que lo que se ingiere es tóxico, por ende, debe ser eliminado del cuerpo. Tanto la conducta anoréxica como bulímica presentan un rechazo al objeto “alimento”, con la diferencia que cada conducta encuentra una forma para eliminar el alimento. Previamente, se dijo que el síntoma anoréxico es un comer nada, un sujeto que evita la ingesta de alimentos, mientras que el síntoma bulímico no logra llegar al “comer nada”, sino que come todo hasta acabarlo y luego procede a compensar esta ingesta con una conducta purgativa, en este caso por la vía del vómito. Lo complejo de la anorexia y bulimia es que no solo están atravesados por la idea del no comer, sino más bien, por la renuncia a un objeto, el anular su propio deseo, la culpa y su relación con la madre.

Es por ello que, Doménico Cosenza (2013) dirá que: estos trastornos pueden estar relacionados con la forma en que el individuo se posiciona en relación al deseo del Otro y su propia identidad (pág. 3), el autor comenta que según Lacan la anorexia puede conceptualizarse como el intento de convertirse en el objeto nada, es decir que se da una renuncia total ante la satisfacción y el deseo en un esfuerzo por alcanzar un estado de vacío. Este concepto está relacionado con la idea de que el individuo anoréxico busca anular su deseo y su presencia como una forma de protesta o de búsqueda de identidad. La bulimia, por otro lado, puede ser vista como una lucha interna entre el deseo de satisfacer impulsos y la culpa asociada a estos deseos. El ciclo de atracones y purgas refleja un intento de manejar la tensión entre la necesidad de placer y el sentimiento de culpa. Este comportamiento puede interpretarse como una expresión de conflictos inconscientes relacionados con la figura materna y la internalización de un superyó crítico y castigador.

Uno de los autores que hace más aportes con respecto al síntoma anoréxico y bulímico es Massimo Recalcati (2004), este autor destaca lo siguiente:

Anorexia y Bulimia no son simples alteraciones en antagonismo, sino las dos caras de una misma moneda, donde la anorexia indica la realización del Ideal del sujeto, mientras la bulimia representa su naufragio asociado a la irrupción de lo real pulsional en la escena ideal. (...) La anorexia realiza una apropiación a través de una identificación idealizante y una práctica de privación, mientras la bulimia manifiesta la caída de este mismo sistema que cede bajo los golpes de una compulsión a la repetición desenfrenada. En este caso la bulímica virtualiza el objeto de la angustia anorexia, mientras la anorexia edifica el Ideal de la bulímica que resta siempre el Ideal anoréxico del cuerpo-delgado (P.34)

Recalcati emplea el discurso anoréxico-bulímico, ya que es una lógica de una sola vía, como lo menciona con anterioridad al decir que son las dos caras de una misma moneda. Esto es porque el polo anoréxico como él lo llama, es la base del

polo bulímico. La anorexia tiene una restricción drástica con respecto a su alimentación al igual que el ideal del cuerpo-delgado, la anorexia es la cara que corresponde al control, mientras que la bulimia responde al descontrol, se evidencia el naufragio del control. “El ejercicio bulímico del vómito tiene como objetivo preservar la imagen anoréxica del cuerpo-delgado” (Recalcati, 2004, P.35). Cuando el sujeto no logra vomitar, se presenta una angustia hacia el objeto “comida”, ya que lo que siente es remordimiento, indignación e incluso puede tener comportamientos violentos. Debe quedar claro que, en el caso de la bulímica, ella no come por comer, sino que consume este alimento para gozar. Recalcati (2004) con respecto al goce de la bulimia, menciona lo siguiente: el sujeto bulímico no goza exactamente de la comida, sino más bien, goza de la nada, goza del vacío que siente gracias al vómito (P.62-63).

La anorexia con su síntoma trae implícito un mensaje en relación con el Otro primordial. El síntoma anoréxico denota la falla con el Otro primordial, en donde, además, algo no termina de encantar nunca de la imagen, es por ello, que cuando el sujeto se ve al espejo, él la rechaza, ya que no considera que lo que el espejo le proyecta es su propia imagen. Además de que el rechazo que este sujeto tiene sobre sí mismo, le remite el rechazo que vio en la mirada de la madre, por ende, no es solo el rechazo de su propia imagen, sino que además es el de su madre. Desde que la niña nace, esta es anticipada por el Otro, un Otro que genera expectativas de lo que va a llegar a ser esta niña, la cual cuando nace llega a un mundo donde el Otro ya tiene un ideal de lo que va a llegar a ser; el Otro materno tiene un anhelo, un deseo, un ideal de lo que espera que sea esta niña. Es por ello que Lacan habla del cuerpo como el lugar del Otro, pues es aquí donde se produce la inscripción de los significantes.

Recalcati (2004) con respecto al Otro, refiere lo siguiente con respecto de Lacan: “llamó alienación significativa por la cual el sujeto debe pasar en su entrada al campo del Otro y que tiene como efecto fundamental el ofrecer al sujeto mismo una inscripción simbólica, pero sólo a cambio de una pérdida de ser” (P.40). Este Otro primordial es el lugar de la madre, madre que como se menciona

anteriormente, atiende a la niña; la niña tiene un estado de necesidad y quien llena esta necesidad es la madre, mediante la interpretación de lo que el llanto de esta niña pueda significar, pues como tal la niña no tiene un lenguaje propio, es la madre quien le da un lenguaje y un significado a este llanto o grito. Recalcati (2004) por su parte, refiere con respecto a la necesidad y la demanda que:

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). Finalmente, para que la necesidad sea satisfecha, es necesario que el niño la haga pasar por el desfiladero de la demanda, Sólo a través de la demanda, la necesidad puede ser dirigida al otro y de ese modo satisfacerse. (...) Lacan precisa la pulsión oral como demanda dirigida al Otro. Si entonces el Otro no interpreta el grito que se le ha dirigido, no se constituye la función dialéctica de la intersubjetividad y es como si el grito fuese un alarido infinito, perdido en un abismo sin nombre (P.50).

La mirada de la madre en la anorexia-bulimia

Ahora tomando en cuenta lo que dice Freud (1914): la relación temprana con la madre juega un papel crucial en el desarrollo psíquico del individuo. La madre, al ser la principal figura de apego, influye significativamente en la formación de la identidad y los conflictos internos (pág.77). A partir de este texto se podría plantear que la figura materna tiene un impacto profundo en el desarrollo de los trastornos alimenticios, en estos la madre es la primera figura de apego y juega un papel crucial en la formación de la identidad y la estructura psíquica del sujeto. La relación con la madre puede influir significativamente en cómo el adolescente maneja la ansiedad, la autoestima y la imagen corporal. La primera relación amorosa que tiene la niña es con su madre, pues es quien además de atenderla y amamantarla le demuestra amor; Abanzino (2022) señala:

La primera relación amorosa, con la madre como objeto del llamado, tiene una regulación mediante las frustraciones de amor y la satisfacción de una necesidad. Las ausencias de la madre (frustración de amor) son compensadas con la satisfacción de una necesidad (oral, en este caso). Esto funciona como una coartada, es decir, como razón que se presenta al modo de una disculpa (P.153).

Abanzino menciona en este artículo algo dicho por el autor Domenico Cosenza en su libro "Introducción a la clínica psicoanalítica de la anorexia, bulimia y obesidad", y es: "En esta definición, la bulimia es una compensación. Una compensación imaginaria que se produce a través del consumo de un objeto real, la comida. De allí, que lo que se compensa es la frustración de la demanda de amor" (Cosenza, 2014, p. 43, como se citó en Abanzino, 2022, p. 154). Esta demanda de amor de la que se menciona es la demanda de la niña de ser alimentada por su madre por las vías del amor, donde la comida sea una demostración de amor y no solo una necesidad, por ende la niña rechaza este alimento, pues lo que encuentra es el rechazo de amor, mientras que ella espera que la madre le responda desde el amor.

El sujeto antes de ser un sujeto fue un ser no hablante, una "falta-en-ser", quien dependía de un Otro para poder vivir, este fue una niña que buscaba ser "deseo del Otro", buscaba ser lo que puede faltarle al Otro, en este caso, lo que puede faltarle a la madre. "El deseo como tal excede cualquier demanda, aunque se constituya en la matriz. (...) El deseo es errático, excéntrico, en constante superación de cualquier satisfacción posible" (Recalcati, 2004, P.53). Donde hay una demanda hay un deseo, por lo que la demanda de la niña no solo giraba en torno a sus necesidades, sino también a que esta madre lo desee y lo ame. La madre se volvió para la niña, el sujeto que respondía a sus necesidades, pero que, por cumplir sus necesidades, dejó de lado el amor. Esto es lo que ocurre con fenómeno anoréxico-bulímico; Recalcati (2004), menciona sobre la demanda de amor lo siguiente:

En vez de particularizar al sujeto aceptando su demanda de amor, el Otro de la anorexia lo hartó de cosas, lo redujo a una bolsa vacía que debía rellenarse, a un objeto de su propio goce. (...) El Otro materno de la anorexia-bulímica respondió a la demanda de amor ofreciendo cosas, alimento, “cebo”. Respondió desde el registro del tener. Dio aquello que tenía. (...) El Otro de la anorexia puede haber también dado; como explica Lacan, el amor, pero lo dio con la misma lógica que dio la comida. Lo dio como se da eso que se tiene y no como el resultado de la propia falta. Lo asistió como asistió al niño ofreciéndole los cuidados que necesitaba, sin que el amor pudiese introducir una diferencia esencial respecto de la simple satisfacción (P.54).

Aunque la madre haya cumplido con las necesidades de la niña, dejó de lado el amor materno que este buscaba, es por eso que cuando se presenta la anorexia-bulimia, el sujeto rechaza todo tipo de alimento, pues de acuerdo con lo que Recalcati refiere en su libro, la madre lo que hizo fue responder a una demanda, mientras que la niña lo que buscaba era que esta demanda fuera atravesada por el amor y el deseo; es por ello, que la niña cree que su madre la rechaza.

La imagen del cuerpo en la anorexia-bulimia

Además del Otro materno, es importante hablar de la imagen del espejo, en el primer capítulo se contextualizó lo que es el estadio del espejo, en el cual se presenta una etapa del desarrollo infantil, en donde el niño empieza a reconocerse por medio del espejo, en donde logra identificarse con lo que proyecta el espejo y así empieza a reconocerse como una entidad unificada de sí mismo, es así como se da la formación del Yo. La imagen del cuerpo de la anoréxica-bulímica juega un papel principal en donde la imagen es distorsionada, ya que se percibe a la propia imagen como algo totalmente diferente a la que se encuentra en el plano de la realidad compartida. Esto se debe a que en estos fenómenos hay un goce que irrumpe el cuerpo, por ende, el sujeto lo rechaza. El sujeto muestra este rechazo mediante la manifestación del síntoma anoréxico-bulímico, además en la mujer no

solo se rechaza el cuerpo, sino también se rechaza la constitución de la feminidad, se evidencia un rechazo al convertirse en una mujer, la cual presenta cambios a nivel físico y además rechaza la sexualidad.

Ruesgas y Soliz (2005) con respecto a la imagen del cuerpo de la anorexia dirán: “Esta imagen con la que se identifica el sujeto, donde el Yo es el efecto de la identificación, es decir la transformación que sufre el sujeto cuando asume una imagen” (Párr. 43). Esta construcción del cuerpo “ideal” va a depender de cómo el sujeto asume su cuerpo frente al Otro, el cual invita al sujeto a poder reconocer su propia imagen en el espejo. Anteriormente, se habló de un Otro primordial, el cual toma el lugar de la madre, pero este Otro, cuando la niña crece no solo será el lugar de la madre, sino de las demás figuras adultas que se encuentran en el crecimiento de la niña, es de esta forma como se da la formación del Yo. Ruesgas y Soliz (2005) también mencionan que: “Esa imagen aparece como una unidad, y la impotencia motora causa una rivalidad con la imagen, que el sujeto la vive como amenaza de fragmentación. Hay una transformación del sujeto al identificarse con esa imagen que da lugar al Yo” (Párr. 44). Lo conflictivo para la niña es poder aceptar que lo que le devuelve el espejo es su imagen, pues ella no logra ver este cuerpo “ideal”; sin embargo, es necesario cuestionar de donde surge la idea del cuerpo ideal, ya que se debe recordar que la niña está atravesada por el lenguaje el Otro, lo que lleva a concluir, que la idea de un cuerpo ideal fue propuesta por este Otro, lo que refuerza la idea que Lacan plantea sobre que el cuerpo es el lugar del Otro.

El objeto control en la anorexia-bulimia

En el contexto de la anorexia y la bulimia, es muy importante hablar del el "objeto control", que se refiere al control estricto y omnipotente que el individuo intenta ejercer sobre su cuerpo y su ingesta de alimentos. El fenómeno de la anorexia-bulimia muestra la función del “objeto a”, en donde existe el comer hasta reventar o el no comer hasta morir de hambre; el sujeto anoréxico-bulímico realiza una forma de goce pulsional, este goce va más allá de los parámetros establecidos, es un goce que se rehúsa a limitar esta pulsión y por ello que estos sujetos pueden

llegar al punto de poner en peligro su propia vida, con tal de alcanzar esta exigencia de goce, es lo que se llama un goce desregulado; Recalcati (2004) dirá, en función de lo antes mencionado:

Antes las exigencias de la supervivencia se presenta esa atracción irresistible causada por el objeto petit (a) que, como tal, no puede ser jamás simbolizado en su totalidad, o sea integrado con las exigencias del principio de placer y del principio de realidad (P.42).

Con respecto al objeto control, es una forma de lidiar con la culpa y la ansiedad. De acuerdo con Recalcati (2001): La culpa, a menudo relacionada con expectativas internas y externas, juega un papel crucial en la perpetuación de estos trastornos. El superyó puede ser extremadamente crítico y castigador, llevando al individuo a buscar formas de expiación a través del control riguroso de su dieta y su peso (pág. 45). El control del cuerpo y la ingesta de alimentos se convierte en una forma de manejar y aliviar la angustia, una manera de transformar la ansiedad en una sensación de dominio. En este sentido, el "objeto control" no es solo una lucha contra la comida, sino que más bien es una lucha por mantener un sentido de identidad y estabilidad emocional.

Tomando en cuenta esto, podemos considerar que la anorexia y la bulimia representan dos caras de la misma moneda en términos de manejo del goce y el control, como se menciona anteriormente. La anorexia se caracteriza por la restricción extrema y la negación del goce asociado con la ingesta de alimentos, mientras que la bulimia implica episodios de ingesta descontrolada seguidos por conductas compensatorias para deshacerse del exceso consumido, los atracones. Ambos extremos reflejan una dificultad profunda para encontrar un equilibrio en la relación con el cuerpo y el deseo. Recalcati (2001) explica que la función del "objeto a" en estos trastornos muestra cómo el control de la comida se convierte en un sustituto del manejo de la falta en el ser. La comida y el cuerpo son utilizados para llenar un vacío, un intento desesperado por controlar algo que, en su esencia, es

incontrolable. La presencia constante del "objeto control" es un recordatorio de la falta, y el esfuerzo por controlar el cuerpo y la ingesta de alimentos es una manera de lidiar con esta falta, aunque de manera desadaptativa. (pág. 42-45). Basándonos en esto se da a entender que, tanto en la anorexia como en la bulimia, la comida se vuelve algo que está constantemente en la mente del sujeto. Se vuelve un control obsesivo de la ingesta, reflejando la presencia constante del objeto a, la cual al ser faltante de significaciones no puede ser simbolizado llevando al sujeto a la angustia, provocando la restricción de esta y los atracones. Este control excesivo puede que en el sujeto provoque una ilusión de dominio y seguridad ante este malestar, pero en realidad perpetúa el ciclo de desregulación y pone en riesgo la vida del individuo, mostrando la naturaleza compleja y paradójica del goce en estos trastornos alimenticios.

La relación de lo femenino con anorexia-bulimia

Se puede situar el fenómeno anoréxico-bulímico de lado de lo femenino, debido a que mayoritariamente aparece en mujeres, aquí se ve que este síntoma surge mayormente en la etapa de la pubertad y como se explicó en capítulos anteriores, el cuerpo está en un constante cambio; se mencionó los 2 aspectos importantes que ocurren en la pubertad, en donde uno de esos gira en torno al cuerpo, pues es en este cuerpo que aparecen nuevas sensaciones de placer y se dan los cambios a nivel físico. Esto lo que hace es irrumpir la imagen del cuerpo, por lo tanto, hay un exceso goce del cuerpo femenino, pues este está supliendo la falta del falo; es decir, en las mujeres no hay una significación fálica, por lo que todo el cuerpo suple el falo faltante y este cuerpo toma el valor fálico; lo que lleva a concluir que en la pubertad hay una irrupción fálica. Dentro de este cuerpo anoréxico se evidencia un goce desregulado y esto es porque el fantasma no logra regularlo; Previamente, en el Capítulo 1, se explicó que el fantasma será lo que le haga frente a lo Real, este será un Real que genera displacer en el sujeto, en este caso el displacer es develado por la presencia del síntoma anoréxico-bulímico.

Así, retomando lo antes dicho sobre el cuerpo, en el sujeto se presenta un momento en el que su propio cuerpo es tomado como ajeno o extraño a sí mismo,

ya que es un cuerpo que le perturba, ya no solo por la falta de amor, sino por el cambio a nivel físico que la mujer presenta, en donde, al pasar la pubertad y llegar a la adolescencia nota que la mirada de los hombres cambia al verla, pues hay algo nuevo en su cuerpo, algo que atrae la mirada ajena, pero que genera incomodidad, es a partir de estos acontecimientos, que la imagen del espejo se ve aún más perturbante y se intensifica este rechazo. Anteriormente, se mencionó que los fenómenos de anorexia y bulimia son presentados principalmente en las mujeres y esto es algo que se presenta aún más en la entrada de la adolescencia. García (2021) señala que:

La adolescencia es el tiempo lógico de la separación. Se trata de la separación del Otro que en la infancia quedaba a cargo de todo lo que sucedía. El adolescente se ve en la tesitura de tener que empezar a hacerse cargo de lo que siente, sin poder pedir al Otro que le resuelva todo. Las primeras experiencias amorosas y sexuales son el ejemplo más evidente de la necesidad de una separación del Otro (Parr.4).

La mujer, al entrar a la adolescencia se ve inmersa en un mundo donde todos se rigen por las apariencias y por las expectativas; al dejar la pubertad, la niña debe de asimilar que cuerpo se va a ver afectados por los cambios hormonales, el cual lleva a que su cuerpo se desarrolle, por ende, el busto crece, las caderas se ensanchan, aparece la menstruación, por lo que su aparato reproductor se desarrolla. Se vuelve difícil para esta mujer aceptar estos cambios, pues al ya existir un rechazo de su imagen, la entrada a la adolescencia se vuelve aún más difícil, pues se debe enfrentar a los comentarios de miembros de su familia, amigos y extraños, quienes, sin su permiso, opinaran sobre su cuerpo, llevándola así a generar un síntoma anoréxico-bulímico. Debe quedar claro que el psicoanálisis sólo habla de anorexia y bulimia, mientras que, para la psiquiatría contemporánea, estos pasaron a ser conocidos como Trastornos alimenticios, en donde anorexia y bulimia no son los únicos que existen, sino que aparecen aún más trastornos, los cuales son mencionados en el DSM-5. Aquí se los conoce como: Anorexia Nerviosa,

Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón, Pica, entre otros. Al comienzo del Capítulo, se mencionó sobre la Ortorexia, la Vigorexia y la Drunkorexia, estos son los nuevos Trastornos alimenticios de la época, los cuales no han sido oficialmente por el Manual de Trastornos Mentales, conocido comúnmente por sus siglas en inglés DSM-5, pese a que no se encuentran ahí, muchos psicólogos e investigadores, los reconocen actualmente como una nueva problemática, por lo que existen actualmente muchos estudios que los respaldan; es por ello, que se debe dar a conocer las nuevas manifestaciones de la anorexia y bulimia.

Las nuevas manifestaciones de la anorexia-bulimia en la contemporaneidad

Como se ha mencionado anteriormente, los trastornos alimenticios son una problemática transcultural que afecta tanto a adolescentes como a adultos en diversas partes del mundo, estos trastornos alimenticios han evolucionado con el tiempo, reflejando cambios en los contextos socioculturales, la sociedad está en constante cambio, haciendo así que los síntomas cambien en ella. Ya se mencionó sobre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; sin embargo, existen otros trastornos alimenticios que también presentan serias implicaciones para la salud física y mental de quienes los padecen.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013): Uno de estos es el Trastorno por Atracón, caracterizado por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos en un corto período, acompañado de una sensación de pérdida de control. A diferencia de la bulimia, no se realizan conductas compensatorias como purgas, lo que frecuentemente conduce a la obesidad y sus complicaciones asociadas. Este trastorno es el más común en los Estados Unidos, afectando al 2.8% de la población adulta (Párr. 4). La pica es otro trastorno alimenticio, caracterizado por la ingestión de sustancias no nutritivas como tierra, tiza o cabello. Este trastorno es más usual en niños y mujeres embarazadas y puede estar asociado con deficiencias nutricionales o problemas de salud mental. Aunque la pica es menos común que la anorexia y la bulimia, representa un riesgo significativo para la salud debido a la ingestión de materiales peligrosos. Según Bratman (2017):

Otro trastorno emergente hoy en día es la ortorexia, una obsesión patológica por consumir alimentos que la persona considera saludables. Aunque no está oficialmente reconocida como un trastorno alimenticio en el DSM-5, la ortorexia puede llevar a la malnutrición y problemas sociales debido a la estricta evitación de ciertos alimentos. Esta obsesión puede interferir significativamente en la vida diaria del individuo, reflejando un control extremo sobre su dieta (P. 3). Tomando en cuenta esto, existe un estudio de Koven & Abry (2015) del cual se estima que la ortorexia afecta al 7% de la población general y hasta al 58% de los atletas y personas con profesiones relacionadas con la salud y la alimentación.

Hoy en día existe un auge del ejercicio, vivimos en la época donde la salud corporal y la forma de como se ve nuestro cuerpo es fundamental para uno, claramente anexado el incremento de las redes sociales, entra aquí con esto un nuevo fenómeno llamado, la vigorexia, también conocida como dismorfia muscular. Según Murray (2017): se caracteriza por una obsesión con el desarrollo muscular y la imagen corporal. Este trastorno afecta principalmente a hombres jóvenes y puede llevar a problemas físicos debido al sobreentrenamiento y al uso de sustancias como esteroides, acompañado de dietas muy estrictas y varias horas de ejercicio diarias. La vigorexia tiene una prevalencia de aproximadamente el 10% en hombres jóvenes que asisten al gimnasio (Pág. 3). Según la APA (2013): La pica es otro trastorno alimenticio, caracterizado por la ingestión de sustancias no nutritivas como tierra, tiza, cabello, etc. Este trastorno es más común en niños y mujeres embarazadas y es probable que esté asociado con deficiencias nutricionales o problemas de salud mental (párr. 4). Aunque la pica es menos ordinaria que la anorexia y la bulimia y otros trastornos alimenticios, un estudio hecho por Sera L Young (2011): demuestra que la pica, aunque más difícil de cuantificar, afecta a un 10-32% de los niños de 1 a 6 años y a entre el 20 y 30% de las mujeres embarazadas en algunas poblaciones.

Con respecto a la Drunkorexia, Sánchez, Zaragoza y Ferrer (2016) comentan que: “La drunkorexia es un patrón de comportamiento caracterizado por la restricción del consumo de alimentos calóricos para compensar el exceso de

calorías proporcionado por la ingesta de alcohol” (P.2). El principal factor de riesgo del sujeto es la presión que genera la sociedad, sobre el cuerpo perfecto, en donde se considera un cuerpo ideal, el de las mujeres que aparecen en redes sociales, películas o series de televisión. Por esta causa, los jóvenes se restringen en el consumo de alimentos y calorías. Es común en estos sujetos pensar que las calorías no ingeridas por los alimentos tradicionales se compensarán con las calorías consumidas en las bebidas alcohólicas. Esta problemática afecta a muchos adolescentes, pues entre sus actividades sociales está el salir a consumir bebidas alcohólicas y para los sujetos que padecen de anorexia-bulimia, el ingerir alcohol es ingerir calorías vacías que pueden perjudicar el cuerpo “ideal”, por lo que, se privan aún más de la ingesta de comida, ya que tienen que compensar las calorías consumidas en la noche. Lo perjudicial de todos los trastornos alimenticios, es el daño a nivel de la salud que padecen, si bien, el padecer una anorexia y bulimia ya genera múltiples complicaciones en la salud; la drunkorexia afecta de mayor forma, pues lo único que recibe el cuerpo es una sustancia tóxica que agrava el cuadro anorexia-bulimia.

La función parental juega un papel fundamental en el desarrollo emocional y psicológico de los hijos, y este puede influir significativamente en la aparición de trastornos alimenticios. En el capítulo 1 se discutió la importancia de la pareja parental en la formación de la identidad y la estructura psíquica del niño. Las dinámicas parentales continúan afectando al sujeto durante la adolescencia, la cual es un período crítico para el desarrollo de la identidad, aquí las expectativas y comportamientos de los padres pueden imponer una presión considerable sobre los adolescentes, especialmente en relación con la imagen corporal y la alimentación. Un entorno familiar en el que se valora excesivamente la apariencia física o se manifiestan actitudes críticas hacia el peso y la alimentación puede predisponer a los adolescentes a desarrollar trastornos alimenticios. Además, la falta de comunicación y apoyo emocional en la familia puede llevar a los jóvenes a utilizar la comida como un medio para manejar sus emociones y conflictos internos.

Como se ha señalado anteriormente, la adolescencia es un tiempo en el cual se da la reestructuración fantasmática, a través de la reiteración y reconstitución de los significantes previamente impuestos en la infancia, no logran dar significado en la adolescencia. Se puede ver que la ansiedad y la angustia que se derivan de este proceso de reconstitución, estos son más bien como un retorno de todo, sobre todo de la identidad y el cuerpo. Regresando a lo que se habló en el Capítulo 2, entonces, esta reorganización tiene el potencial de generar nuevos síntomas y comportamientos, entre los cuales pueden ser los trastornos alimentarios, incluyendo la anorexia y la bulimia, que pueden considerarse productos de la crisis de la identidad. Esas estrategias de manejo de la ansiedad e inseguridades que vinieron con esta reorganización fueron la regulación de la comida y el cuerpo. Los adolescentes en estos casos usan el control de la comida y del cuerpo como los medios a través de los cuales desafiaron la ansiedad y la inseguridad que se desarrolló con esta reestructuración. Estos son una representación de los conflictos internos y, a la vez, un modo inconsciente de expresión. Como se estableció en el Capítulo 2, los síntomas son una exteriorización del deseo y el miedo de la persona que son reprimidos. El síntoma alimenticio puede ser parte de la forma en que el Yo se despliega y negocia las tensiones entre el Yo y el Otro, y en particular la figura de los padres. La anorexia, por ejemplo, puede ser un síntoma de negar el deseo del Otro, el deseo de Otro, o un síntoma de demandar autonomía. O, a la inversa, la bulimia puede ser un síntoma de luchar entre el deseo y el placer, en términos de la culpa que el deseo genera.

El entorno sociocultural y la presión de los compañeros son otros factores vitales en la formación de los trastornos alimentarios. Como se señaló en los capítulos anteriores, la forma en que los medios de comunicación y las redes sociales inculcan la imagen ideal del cuerpo pone una carga poco realista en el cuerpo. Cualquier presión similar que venga de las redes sociales puede intensificar el sentimiento de insatisfacción corporal y autoexigencia entre los adolescentes. Estos factores, así como el conflicto y la dinámica familiar, son también fuentes de riesgo de trastornos alimentarios. Aquí, tanto la comparación activa con un ideal

como el deseo de aprobación social conducen a que los adolescentes adopten comportamientos alimentarios riesgosos. La internalización de dichos ideales de belleza puede ser un factor subyacente en los comportamientos que conducen a la anorexia y la bulimia en el sentido de que la apariencia se instrumentaliza para obtener una cierta forma de validación y reconocimiento.

CAPÍTULO 4

Metodología

Enfoque

En el presente trabajo se usará el enfoque cualitativo, esto ayudará a poder ver si existe alguna incidencia con respecto a lo sintomático de la parental y la aparición de trastornos alimenticios. Según Lenys Senovia (2023):

La investigación cualitativa nos permite redescubrir al ser social como ser político e histórico, es decir nos conlleva a develar los sujetos con los que “construimos socialmente” nuestras prácticas. Es importante destacar que, dentro de las ciencias sociales, la investigación cualitativa aborda los significados, las acciones de los individuos y la manera en que estos se vinculan con otras conductas propias de la comunidad; además que conlleva a explicar los hechos sociales, buscando la manera de comprenderlos (pág. 2).

También tomando en cuenta lo que dice Hernández Sampieri (2014): “El método cualitativo se ha empleado más bien en disciplinas humanísticas como la Antropología, la Sociología y la Psicología social” (pág. 49). El enfoque cualitativo es importante para la presente investigación, debido a que permite estudiar los fenómenos de forma holística e incluso de instrumentar herramientas que interpreten debidamente determinados objetos de estudio. Ha sido de gran uso este enfoque porque se ha podido analizar las diferentes opiniones o creencias de cada sujeto entrevistado para esta investigación; este método permite ver lo subjetivo de cada sujeto, la experiencia propia de cada persona entrevistada y a través de esta, cada sujeto puede contar su propia historia, a partir de ello, se ha podido crear diferentes hipótesis de la información recolectada con respecto al fenómeno anorexia-bulimia, a través de las entrevistas a adolescentes.

Paradigma

Para esta investigación se emplea el paradigma interpretativo, Según Hernández Sampieri (2014): "El paradigma interpretativo se enfoca en la comprensión de los significados subjetivos y la interpretación del contexto en el que ocurre el fenómeno. Este enfoque se basa en la idea de que la realidad es construida socialmente y que los significados son creados por las personas a través de sus interacciones sociales" (p. 527). Esto es importante para esta investigación, dado que se ha considerado la singularidad del caso a caso y tomando en consideración el trastorno alimenticio del adolescente como fenómeno, se pudo explorar la relación con lo sintomático de la pareja parental. Es decir, este paradigma ayudó a poder interpretar los datos tomando en cuenta la posición subjetiva, revisando la incidencia entre sintomático de la pareja parental y los trastornos alimenticios, permitiendo ampliar el conocimiento de este fenómeno social.

Método

La metodología a usar para este trabajo será el descriptivo; como su propio nombre indica, busca describir el estado y comportamiento de las variables que tiene como objeto de estudio. De acuerdo con Hernández Sampieri (2014): "los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación" (p.125). Este método conviene para poder investigar en la población el contexto, la comunidad en la que se da esta problemática e incluso bajo qué situación se puede encontrar el sujeto o sujetos que se buscan analizar. El método descriptivo permitió detallar y documentar cómo se manifiesta lo sintomático de la pareja parental y cómo se relacionan con el desarrollo de trastornos alimenticios, también este método es esencial para poder entender la dinámica entre los miembros de la familia y proporciona la capacidad de generar una comprensión más amplia sobre los de los trastornos alimenticios según los entrevistados.

Técnicas de recolección de información e instrumentos

Para la recolección de información del presente trabajo se empleó la técnica de la teoría fundamentada y el uso de entrevistas estructuradas. Hernández Sampieri (2014): dirá que este método: “Las entrevistas, como herramientas para recolectar datos cualitativos, se emplean cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad” (p.404). Se han aplicado entrevistas estructuradas a adolescentes mujeres con trastornos alimenticios y adultas jóvenes que sufrieron de estos en tu adolescencia, las cuales han permitido enfocar la entrevista en sus experiencias con este fenómeno y así respetar la singularidad de cada caso. También se aplicó entrevistas estructuradas a psicólogas con experiencia en el campo, para poder obtener su punto de vista con respecto a este fenómeno desde su experiencia. Sampieri (2014) dirá también que en la teoría fundamentada: “El investigador produce una explicación general o teoría respecto a un fenómeno, proceso, acción o interacciones que se aplican a un contexto concreto y desde la perspectiva de diversos participantes”. Esto fue útil para la investigación debido a que, a partir de esta recolección de información basada en datos empíricos, se pudo sustentar desde la teoría como este fenómeno de los trastornos alimenticios puede llegar a verse afectado por el desborde de goce de la propia pareja parental. Esto ha permitido que se pueda investigar en mayor profundidad si esto tiene una correlación.

Las preguntas de entrevista a las adolescentes fueron las siguientes:

1. ¿Cómo fue para ti experimentar los cambios físicos de la adolescencia?
2. ¿Has tenido algún tipo de trastorno alimenticio?
3. ¿Cuándo comenzaste a experimentar problemas con la alimentación?
4. ¿Puedes describir los síntomas que has experimentado relacionados con tu trastorno alimenticio?
5. ¿Existe algún evento específico en tu vida que consideres haya desencadenado tu trastorno alimenticio?

6. ¿Cómo está conformada tu familia y como es la relación entre los miembros de la familia?
7. ¿Hubo alguna separación o divorcio entre tus padres? Si es así, ¿cuándo ocurrió, por qué motivo y cómo lo percibiste?
8. ¿Algo de la relación de tus familiares te generaba alguna preocupación o malestar?

Las preguntas de entrevista a los psicólogos clínicos fueron las siguientes:

1. ¿Cuáles son los trastornos alimenticios más comunes que ha tratado en su práctica?
2. ¿Podría describir brevemente los síntomas de los pacientes con Anorexia y Bulimia que ha tratado?
3. Desde el punto de vista etiológico, ¿Por qué se presentan los trastornos alimenticios?
4. ¿En tu experiencia qué pacientes sueles ver más con trastornos alimenticios, hombres o mujeres?
5. ¿Además de la Anorexia y Bulimia, ha tenido casos en donde se hayan presentado otros fenómenos de conducta alimentaria?
6. ¿Has tenido experiencia con fenómenos como la pica, la drunkorexia, vigorexia y ortorexia?
7. En su experiencia, ¿Encuentra alguna relación entre los conflictos parentales y la presencia de trastornos alimenticios en sus pacientes?
8. ¿Puede compartir algún caso en el que haya observado una clara relación entre problemas parentales y el desarrollo de trastornos alimenticios?
(Manteniendo la confidencialidad de los pacientes)

Población

Al hablar de población se refiere al conjunto de personas que serán el objetivo de esta investigación. Para dicho trabajo, se ha determinado trabajar con una población adolescente y adultas jóvenes que han sufrido de trastornos alimenticios

en la adolescencia, ya que dicha población es la que suele tener mayor incidencia de casos con trastornos alimenticios, especialmente en el género femenino. Por ello, queremos analizar el impacto o alcance que han tenido en los adolescentes y además, analizar si es que existe una relación entre la aparición de trastornos alimenticios y la presencia de conflictos parentales en los adolescentes. Se entrevistaron a 6 adolescentes mujeres y adultas jóvenes que sufrieron trastornos alimenticios durante la adolescencia, 1 de las entrevistas entrevistadas es una adolescente de 16 años, mientras que las otras 5 entrevistadas son adultas jóvenes de entre 22-24 años de edad, que presentaron trastornos alimenticios en la adolescencia. También se entrevistó a 5 psicólogas clínicas quienes, desde su experiencia, brindaron información sobre este fenómeno.

CAPÍTULO 5

Presentación y análisis de resultados

Tabla 1: Entrevistas a psicólogos clínicos

Análisis de entrevistas a psicólogos clínicos	
1. ¿Cuáles son los trastornos alimenticios más comunes que ha tratado en su práctica?	Todas las 5 psicólogas comentan que los trastornos más comunes que han tratado en su práctica son la anorexia y la bulimia. También 2 de ellas mencionan que existen casos comunes de atracones y de trastorno dismórfico corporal.
2. ¿Podría describir brevemente los síntomas de los pacientes con Anorexia y Bulimia que ha tratado?	Todas las psicólogas comparten diferentes síntomas, pero coinciden en que los pacientes con anorexia presentan un miedo a engordar, distorsión de la imagen corporal, pensamientos obsesivos, deseo de ser delgada, mientras que en la bulimia. Comentan que las pacientes experimentan mucha culpa por la ingesta de alimentos, se presentan episodios de vómito para eliminar todo lo que han ingerido y síntomas de ansiedad.
3. Desde el punto de vista etiológico, ¿Por qué se presentan los trastornos alimenticios?	Todas las psicólogas comparten que es multifactorial, no existe solo una causa única que detone estos. Los factores pueden ser tanto lo social, cultural, como familiar. Un factor que se repite también es

	<p>la exposición a las redes sociales que puede llegar a causar baja autoestima e inseguridad. También la presencia de factores emocionales y psicológicos, como sucesos en su infancia.</p>
<p>4. ¿En su experiencia qué pacientes sueles ver más con trastornos alimenticios, hombres o mujeres?</p>	<p>Todas las psicólogas refieren haber trabajado más con mujeres; sin embargo, 2 comentan que han trabajado trastornos alimenticios en hombres, sin embargo, hay una mayor incidencia en las mujeres.</p>
<p>5. ¿Además de la Anorexia y Bulimia, ha tenido casos en donde se hayan presentado otros fenómenos de conducta alimentaria?</p>	<p>Las psicólogas entrevistadas coinciden en que lo más común es anorexia y bulimia, sin embargo, tres psicólogas entrevistadas mencionan que han trabajado con Ortorexia, Trastorno por Atracón y Trastorno de restricción alimentaria selectiva.</p>
<p>6. ¿Has tenido experiencia con fenómenos como la pica, la drunkorexia, vigorexia y ortorexia?</p>	<p>Tres de las psicólogas entrevistadas afirman haber trabajado con otros fenómenos alimenticios, además de que han escuchado sobre estos nuevos Trastornos y mencionan que por ahora solo han trabajado con pacientes que presentan Ortorexia y Pica.</p>
<p>7. En su experiencia, ¿Encuentra alguna relación entre los conflictos parentales y la presencia de Trastornos alimenticios en sus pacientes?</p>	<p>Las 5 psicólogas comentan que sí existe una relación significativa, no solo el divorcio o la separación como tal sino también, las dinámicas familiares que</p>

	<p>pueden llegar a influir en problemas de los sujetos, los cuales pueden ser un factor en la incidencia de los trastornos alimenticios. Sin embargo, 3 de ellas también comentan que es importante recalcar que no suelen ser todos los casos.</p>
<p>8. ¿Puede compartir algún caso en el que haya observado una clara relación entre problemas parentales y el desarrollo de los Trastornos alimenticios? (Manteniendo la confidencialidad de los pacientes)</p>	<p>Las psicólogas desde su práctica comentan que las dinámicas parentales juegan un papel muy importante en la aparición de los Trastornos alimenticios, pueden ser comentarios dañinos, la falta de información por parte de los miembros de la familia, entre otros. Estos casos muestran cómo influyen estos factores familiares en los Trastornos alimenticios.</p>

Tabla 2: Entrevistas a pacientes

Análisis de entrevistas a Pacientes	
<p>1. ¿Cómo fue para ti experimentar los cambios físicos de la adolescencia?</p>	<p>Las 6 pacientes entrevistadas comentan que el inicio de la adolescencia fue difícil, antes de que los cambios físicos ocurrieran se sienten emocionadas por crecer, hasta que no supieron qué hacer con este nuevo cuerpo, lo cual conllevó el rechazo de este mismo.</p>
<p>2. ¿Has tenido algún tipo de trastorno</p>	<p>Las 6 pacientes entrevistadas presentaron</p>

alimenticio?	problemas alimenticios.
3. ¿Cuándo comenzaste a experimentar problemas con la alimentación?	La mayoría de las entrevistadas sufrieron de trastornos alimenticios durante su adolescencia, 3 de las entrevistadas comenzaron a los 12 años, 2 casos comenzando a los 17 aproximadamente y uno comenzando desde los 8 años. La mayoría desencadenadas por factores externos teniendo que ver con la familia, los amigos o situaciones de la vida que no se supieron lidiar.
4. ¿Puedes describir los síntomas que has experimentado relacionados con tu trastorno alimenticio?	Las 6 pacientes entrevistadas mencionan haber sentido, culpa, vergüenza, ansiedad, tristeza. 2 de las pacientes entrevistadas mencionan haber presentado autolesiones a causa de la culpa por haber ingerido algún alimento.
5. ¿Existe algún evento específico en tu vida que consideres haya desencadenado tu trastorno alimenticio?	En las 6 entrevistas, se puede ver que cada evento es diferente del otro, pero en todos los casos se puede ver la coincidencia en la acumulación de experiencias dolorosas, como comentarios dañinos por parte de familiares o amigos. En el caso de 2 de las entrevistas, la familia no tuvo nada que ver, sino que más bien está ligada totalmente a lo social.

<p>6. ¿Cómo está conformada tu familia y como es la relación entre los miembros de la familia?</p>	<p>La composición familiar de los pacientes varía, pero un patrón común en la mayoría son los conflictos entre uno o más miembros de la familia. En los casos se pueden ver familias muy unidas, padres ausentes, relación conflictiva, separación, divorcio, etc. 4 de los casos tienen padres casados y 2 tienen a sus padres divorciados.</p>
<p>7. ¿Hubo alguna separación o divorcio entre tus padres? Si es así, ¿cuándo ocurrió, por qué motivo y cómo lo percibiste?</p>	<p>De las 6 pacientes entrevistadas, 2 refieren que sus padres están divorciados, mientras que las otras 2 pacientes, mencionan que sus padres amenazaban con separarse por los conflictos que tenían entre ellos, ya que había problemas familiares. Las otras 2 pacientes mencionan que sus padres están juntos y no mencionan que hayan tenido algún tipo de conflicto.</p>
<p>8. ¿Algo de la relación de tus familiares te generaba alguna preocupación o malestar?</p>	<p>De las 6 pacientes entrevistadas, 4 comentan que sí experimentaron preocupación por la relación que tienen sus padres, ya que estos conflictos provocaron que algunos padres se desquiten con ellas; mientras que, 2 de estas pacientes comentan que el vomitar las ayudaba a lidiar con el malestar que estos conflictos les generaba.</p>

Análisis de resultados

Para el siguiente trabajo, se realizó una entrevista a 5 psicólogos clínicos y 6 mujeres que padecen y padecieron Trastornos alimenticios en la adolescencia, en donde se le entregó a cada paciente el formato de consentimiento informado, para que cada una firme el documento y se pueda realizar el análisis de resultado de la presente investigación.

Las entrevistas se realizaron a psicólogas clínicas, con el objetivo de analizar las diferentes concepciones y formas de trabajo que maneja cada profesional según el enfoque que ha escogido. El permitir que diferentes corrientes participen de esta investigación enriquece el trabajo porque se puede ver como cada profesional aporta desde su práctica. Cada una maneja conocimientos diferentes sobre los trastornos alimenticios, y aunque podían coincidir con ciertos conceptos generales de los trastornos alimenticios, cada uno abordó diferentes tipos de estos trastornos, donde otras Psicólogas no contaban con la experiencia o el conocimiento.

Por otro lado, las entrevistas realizadas a las mujeres buscaban analizar la experiencia de cada una, con respecto a su trastorno alimenticio. Cada mujer entrevistada contó su propia experiencia sobre lo que es vivir con este trastorno, además, el entrevistarlas aportó para contrastar la teoría previamente investigada y poder conocer si los resultados obtenidos, afirman o contradicen lo propuesto en el presente trabajo.

El enfoque cualitativo permitió poder analizar a fondo el discurso tanto de los profesionales como el de las adolescentes y adultas jóvenes que fueron entrevistas, donde los psicólogos pudieron brindar su información basada en su experiencia como profesionales y las adolescentes y adultas jóvenes, brindaron información de cómo es la vivencia de estos trastornos alimenticios. Por medio de las preguntas desarrolladas para las entrevistas se pudo conseguir información respecto al fenómeno en cuestión y complementándose con la teoría fundamentada y así tener mayor información, contrastando tanto la teoría como las entrevistas hechas. Las

entrevistas refuerzan en gran medida los modelos teóricos sobre la relación entre la disfunción parental y los trastornos alimenticios en adolescentes. Por ejemplo, varios entrevistados coincidieron en que el conflicto constante entre sus padres generaba malestar emocional, lo cual se reflejaba en problemas con la alimentación. Sin embargo, no en todos los casos dan esos mismos resultados. Esto sugiere que el conflicto parental, por sí solo, no es un factor absoluto de la aparición de trastornos alimenticios, y que factores como la resiliencia personal y la calidad de las relaciones individuales con los padres deben ser considerados como moderadores importantes.

La presente investigación indicaba que las mujeres son las más propensas a padecer trastornos alimenticios; al contrarrestar la teoría con lo obtenido en las entrevistas, se logró corroborar que el fenómeno anoréxico-bulímico ocurre mayormente en las mujeres, así como también podemos afirmar, que estos se presentan en la entrada de la adolescencia; cuando se presentan por primera vez los cambios físicos para la mujer.

Retomando lo que se habló previamente sobre el síntoma, se pudo ver, por medio de las entrevistas que estos síntomas pueden ser vistos como una forma en la que el sujeto busca expresar algo que no puede ser dicho por medio de las palabras. El síntoma se convierte en un deseo inconsciente poder expresar esto, en donde la palabra no ha sido suficiente, de esta manera el cuerpo es el que sufre, siendo el medio por el cual el sujeto revela su síntoma. También puede verse por lo hablado anteriormente de la importancia de la formación del ideal del yo en la adolescencia, se habla de como este es fundamental en la etapa de la adolescencia.

En los casos analizados, se pudo observar que en el momento donde comienzan estos trastornos alimenticios, no hay palabra que pueda llegar a suplir este nuevo significante de la adolescencia. Estos nuevos significantes pueden estar en el ámbito de social, como las amistades o inclusive estándares sociales por medio de las redes sociales, mencionado por los psicólogos en varias de las entrevistas, no les permite alcanzar una propia identificación. En otras palabras, al momento de afrontar la crisis de la adolescencia estos significantes no fueron

suficientes para poder suplir la falta. En las entrevistas se pudo observar como los Trastornos alimenticios aparecen como una manifestación del encuentro con lo real, donde no es posible el uso de las palabras y esto se convierte en una lucha por el control, llevando a las adolescentes a los trastornos alimenticios.

CONCLUSIONES

Para finalizar el presente trabajo, se expondrán los resultados obtenidos de esta investigación, los cuales se obtuvieron a partir de los objetivos establecidos, la aplicación metodológica y la recolección de datos; la cual contó con artículos científicos y fue contrastada con el resultado de las entrevistas realizadas, por lo que se concluye lo siguiente:

En el análisis de las entrevistas, se evidencia que las tensiones y conflictos entre los padres juegan un papel significativo en el desarrollo de los trastornos alimenticios. Aunque no todos los casos se deben únicamente a estos conflictos, una correlación significativa sugiere que lo sintomático de la pareja parental, puede llegar a tener incidencia en la aparición de síntomas, como los trastornos alimenticios en las adolescentes.

Un tercio de las entrevistas confirman lo discutido en el capítulo sobre la relación entre la madre y los trastornos alimenticios. La figura materna, especialmente en su vínculo simbólico con el adolescente, juega un rol en la aparición de síntomas en la adolescencia, propio del malestar producido por lo sintomático de la pareja parental, lo cual puede llevar a las adolescentes a responder con una negación del propio cuerpo o con la búsqueda compulsiva de control sobre el mismo, teniendo como posible consecuencia el síntoma anoréxico-bulímico.

Aunque los conflictos parentales son un factor importante, los resultados también apuntan a la complejidad multifactorial de estos trastornos alimenticios. Las dinámicas familiares, las expectativas sociales, y las vivencias subjetivas de las adolescentes se combinan en una red intrincada de factores que influyen en la aparición y evolución de los trastornos alimenticios.

Las entrevistas tanto a adolescentes y adultas jóvenes, como a psicólogas clínicas han permitido corroborar que los trastornos alimenticios, como la anorexia y la bulimia, son manifestaciones del síntoma que se presenta en la adolescencia. Según la teoría psicoanalítica que se desarrolla, estos trastornos pueden surgir cuando el sujeto busca expresar algo que no puede ser dicho con palabras, utilizando el cuerpo como medio de comunicación de ese malestar profundo. En muchos de los casos estudiados, los adolescentes no encuentran las palabras para expresar el malestar vinculado con la reorganización subjetiva que atraviesan. Los trastornos alimenticios emergen como una forma de manejar este vacío simbólico.

En referencia a la teoría del fantasma, los resultados muestran que durante la adolescencia se produce una resignificación del fantasma estructurado en la infancia. En las adolescentes y adultas jóvenes entrevistadas, se puede ver como en un principio estaban emocionadas por crecer, sin embargo, luego en el momento de este cambio se convierte en la manifestación de los síntomas que busca proteger al sujeto del horror de lo Real. Los trastornos alimenticios son una posible forma en la que el adolescente intenta lidiar con el goce desregulado que experimenta como incontrolable y que no puede ser simbolizado en palabras.

Tal como se menciona en la teoría y se refuerza con los datos obtenidos a partir de las entrevistas, las mujeres son más propensas a desarrollar trastornos alimenticios, especialmente durante la adolescencia. Esto se debe en gran parte a las expectativas sociales y los estándares de belleza, que muchos psicólogos aportaron que esto se da por medio del mal uso de la tecnología y la falta de supervisión por parte de los padres, el cual tienen un impacto en la imagen de sí mismo y la falta de control que pueden llegar a tener las adolescentes sobre su cuerpo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abinzano, R. (2018). *La anorexia mental en la obra de J. Lacan (1935-1958)*. Acta Académica. <https://www.aacademica.org/000-122/357.pdf>
- Abinzano, R. (2022, 05 07). ¿Qué es la bulimia para el psicoanálisis? [PDF]. Recuperado de: <https://doi.org/10.35305/rpu.v0i6.128>
- Abinzano, R., & Vargas, D. A. (2019). *De la angustia al dolor: acting-out, pasaje al acto y duelo en la clínica de la anorexia y bulimia*. Revista universitaria de psicoanálisis. https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista19/abinzano.pdf
- adolescencia | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE*. (n.d.). Diccionario de la lengua española. Recuperado de : <https://dle.rae.es/adolescencia>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. (5ta ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Attia, E., & Walsh, T. (2022, Julio). *Anorexia nerviosa - Anorexia nerviosa - Manual MSD versión para profesionales*. MSD Manuals. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiatricos/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/anorexia-nerviosa>
- Attia, E., & Walsh, T. (2022, Julio). *Bulimia nerviosa - Bulimia nerviosa - Manual MSD versión para público general*. MSD Manuals. <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/bulimia-nerviosa>
- Barral, E. (2015). *Lógica del síntoma*. Lacantera freudiana. Recuperado de : https://www.lacanterafreudiana.com.ar/Seminario_Clinica_del_sintoma_analitico_Clase2_Barral.pdf

- Bassols, M. (2012). Lo real del psicoanálisis. [PDF]. Extraído de: https://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/CTGU3i0zOGO6DV0e_qtxbB1ZRWCKPdjq4p0WEBDJJe.pdf
- Battista, G. (2001). *Una lectura de Nota sobre el niño*. Virtualia. <https://www.revistavirtualia.com/libros/13/una-lectura-de-nota-sobre-el-nino>
- Bratman, S. (1997). Health Food Junkie. Yoga Journal.
- Capistrós, A. B., & Frac, J. B. (n.d.). *Metamorfosis de la pubertad*. Aapipna. Recuperado de: <https://aapipna.es/Revista-5/Metamorfosis-de-la-Pubertad-Bailo-Capistros-Briz-Frac.pdf>
- Ceverino, A., & Rivas, E. (2019, November 6). *La concepción psicoanalítica de la estructura familiar en la época contemporánea*. Tienda AEN. Recuperado de: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2019/11/familia.pdf>
- Constitución de la República del Ecuador*. (2016). Corporación MYL.
- Cosenza, D. (2013). La anorexia en la última enseñanza de Lacan. [PDF]
- Diccionario de cáncer del NCI. (2011, febrero 2). Cancer.gov. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sintoma>
- Eidelsztein, A. (2009). *Los conceptos de alienación y separación de Jacques Lacan*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3807296>
- Evans, D. (2007). *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Fajnwaks, F. (2013). *Real, Simbólico e Imaginario de la familia*. Virtualia. <https://www.revistavirtualia.com/articulos/252/debates/real-simbolico-e-imaginario-de-la-familia>
- Fernandez, M., & Varela, J. (2012). Adolescencia, hipermodernidad y síntomas actuales.
- Freud, S. (1924). El sepultamiento del complejo de Edipo. [PDF]. Recuperado de: <https://teorias2centro.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/03/freud-tomo-xix-el-sepultamiento-del-complejo-de-edipo.pdf>
- Freud, S. (1886-1899). Tomo I. La Interpretación de los sueños. [PDF]. Recuperado de: <https://saberepsi.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/09/volumen->

[i-e28093-publicaciones-prepsicoanal3adticas-y-manuscritos-inc3a9ditos-en-vida-de-freud-1886-1899.pdf](https://www.psicopsi.com/wp-content/uploads/2021/05/Freud-Amorrortu-7-1.pdf)

Freud, S. (1901-1905). tomo VII . Tres ensayos de una teoría sexual. [PDF]. Recuperado de: <https://www.psicopsi.com/wp-content/uploads/2021/05/Freud-Amorrortu-7-1.pdf>

Freud, S. (1906-1908). tomo IX . La novela familiar de los neuróticos. [PDF]. Recuperado de: <https://www.psicopsi.com/wp-content/uploads/2021/05/Freud-Amorrortu-9.pdf>

Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. En Obras Completas, Vol. XIV. Madrid: Amorrortu.

Freud, S. (1916-17). Tomo XVI. Conferencia 23: Los caminos de la formación del síntoma [PDF]. Recuperado de: <https://haciaunaexperienciartelizante.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/01/16-tomo-xvi.pdf>

Freud, S. (1925-26). Tomo XX. Inhibición, síntoma y angustia. [PDF]. Recuperado de: <https://www.psicopsi.com/wp-content/uploads/2021/05/Freud-Amorrortu-20.pdf>

Fuentes Prieto, Jessica, Herrero-Martín, Griselda, Montes-Martínez, María Ángeles, & Jáuregui-Lobera, Ignacio. (2020). *Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria*. Journal of Negative and No Positive Results, 5(10), 1221-1244. Epub 28 de marzo de 2022. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3955>

Gamez, M. J. (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. Objetivos y metas de desarrollo sostenible - Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Garcia, A. (2022). El estadio del espejo: antecedentes y fenomenología. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v42n142/2340-2733-raen-42-142-0029.pdf>

Garcia, C. (2019). *Consecuencias de la separación de los padres y clima familiar en la salud de sus hijos*. [PDF]. Madrid

- Garcia, J. E., & Franco, D. M. (2018). *Reflexiones sobre el amor en psicoanálisis: una lectura a la enseñanza de Freud y Lacan*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6849779>
- García-Pérez, J. (2018). El hijo de padres separados o divorciados. Universidad de Pediatría Social. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. *Pediatría Integral* 2018, 22 (4):165-172.
- Gkintoni, E., Kourkoutas, E., Vassilopoulos, S. P., & Mousi, M. (2024). Clinical Intervention Strategies and Family Dynamics in Adolescent Eating Disorders: A Scoping Review for Enhancing Early Detection and Outcomes. *Journal of Clinical Medicine*, 13(14), 4084. <https://doi.org/10.3390/jcm13144084>
- Goldfield, G. S., Moore, C., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., & Flament, M. F. (2010). Body dissatisfaction, dietary restraint, depression, and weight status in adolescents. *Journal of School Health*, 80(4), 186-192.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (P. Baptista Lucio, Ed.). McGraw-Hill Education.
- Jardim, G. (2004). Del mito colectivo al mito individual: La reconstrucción del fantasma en la adolescencia. [PDF]. Recuperado de: <https://bibliotecadigital.academia.cl/server/api/core/bitstreams/39b70e87-00b3-4539-a8f3-c65c164a7f6c/content>
- Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385-394.
- Krauskopof, D. (1999). *El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios*. SciELO. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004
- Lacan, J. (1957-58). Seminario V. Las formaciones del inconsciente. [PDF]. Recuperado de: <https://www.psicopsi.com/wp-content/uploads/2021/06/Lacan-Seminario5.pdf>

- Lacan, J. (1964). Seminario IX. Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis. [PDF]
- Lacan, J. (1966). Escritos 1. [PDF]
- Lacan, J. (1966-67). Seminario XIV. La lógica del fantasma. [PDF]. Recuperado de: <https://seminarioslacan.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/02/17-seminario-14.pdf>
- Lacan, J. (1988). Intervenciones y Textos 2. Dos notas sobre el niño. [PDF]
- Laplanche, J. (2004). Diccionario de psicoanálisis. <https://teoriaspsicologicas2.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/02/diccionario-laplanche-pontalis.pdf>. Buenos Aires: Paidós.
- Lauru, D. (2004). La locura adolescente. Psicoanálisis de una edad en crisis. PDF. Recuperado de: <https://pdfcoffee.com/lauru-la-locura-adolescentepdf-pdf-free.html>
- Lijtinstens, C. (2006). *Conferencia sobre la familia*. Virtualia. <https://www.revistavirtualia.com/articulos/527/dossier-nuevas-ficciones-familiares/conferencia-sobre-la-familia>
- López, A. (2022). Conflictos parentales y su influencia en los adolescentes. Editorial Psique.
- Lora, M. E. (2003). *El niño y la familia desde el psicoanálisis. Una aproximación lacaniana*. SciELO Bolivia. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000200004
- Lutereau, L. (2022). *Posiciones subjetivas en la anorexia*. Psicoanálisis en la universidad, (6), 161–177. <https://doi.org/10.35305/rpu.v0i6.129>
- Márquez, V., & Stimolo, M. I. (2020). *Factores que influyen en las tasas de divorcios en Ecuador teniendo en cuenta su distribución espacial*. Universidad Nacional de Córdoba. <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/16887>
- Martinon, JM. Farina, F. Corras, T. Seijo, D. Souto, A. Novo, M. (2017). *Impacto de la ruptura de los progenitores en el estado de salud física de los hijos* [PDF]. Universidad de A Coruña, A Coruña, España

- Miller, J. A. (2006). *Introducción a la clínica lacaniana*. Barcelona: RBA Libros, S.A.
- Morosini, I. (2022). *Psicoanálisis e Intersubjetividad* Nº 10. Editorial: Ezequiel A. Jaroslavsky
- Murray, S. B., Rieger, E., Touyz, S. W., & De la Garza García, L. Y. (2017). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 140-145.
- Nasio, J. D. (2012, Septiembre). *Grassi- El estadio del espejo en el niño y el adolescente. Entrevista a J D Nasio - Elestadio de*. Studocu. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-de-buenos-aires/psicologia-evolutiva-ninez/grassi-el-estadio-del-espejo-en-el-nino-y-el-adolescente-entrevista-a-j-d-nasio/31674247>
- Negro, M. A. (2009, Junio 10). *Función del síntoma en la estructura psíquica*.
- Ochoa, D. Vaca, S & Sánchez, R. (2021). Factores de riesgo para el divorcio en Ecuador. *Identidades, segregación, vulnerabilidad hacia la construcción de sociedades inclusivas? Un reto pluridisciplinar*, 1617.
- Pérez, M. (2021). *Efectos de la dinámica familiar en la salud mental de los adolescentes*. Ediciones Psico.
- Recalcati, M. (2001). *Clínica del vacío: anorexia, bulimia y psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Recalcati, M. (2004). *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis* (M.^a S. Rodríguez Val, Trad.). Editorial Síntesis.
- Rodríguez, L. (2020, Agosto 15). *Marcos predicativos asociados al concepto signo y síntoma en textos sobre medicina en español*. SciELO Chile. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09342020000200392
- Roizblatt S., Arturo, Leiva F., Valentina M., & Maida S., Ana Margarita. (2018). *Separación o divorcio de los padres. Consecuencias en los hijos y recomendaciones a los padres y pediatras*. *Revista chilena de pediatría*, 89(2), 166-172. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018000200166>
- Ruesgas, D., & Soliz, D. (2005). *La imagen del cuerpo en la anorexia como síntoma histórico (un enfoque psicoanalítico)*. SciELO Bolivia.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612005000200005

Secretaría Nacional de Planificación. (2021). *Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 – Secretaría Nacional de Planificación*. Secretaría Nacional de Planificación. <https://www.planificacion.gob.ec/plan-de-creacion-de-oportunidades-2021-2025/>

Senovia, L. (2023). El enfoque cualitativo: Una alternativa compleja dentro del mundo de la investigación. [PDF]

Stevens, A. (2011). *Nuevos síntomas en la adolescencia*.

Stevens, A. (2012). *Clínica de la infancia y adolescencia*.

Torres, M. (2005). *Clínica de la neurosis*.

Tosi, M. (2013). *De la anorexia al Acting-Out, Cuerpo y pulsión*. Reunión Lacanoamericana de Psicoanálisis de Buenos Aires,. https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/9458.pdf

UCSG. (s.f). *Dominios institucionales – UCSG*. UCSG. <https://www.ucsg.edu.ec/institutos/dominios-institucionales/>

WHO. (2021, November 17). *Salud mental del adolescente*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

WHO. (s.f.). *Salud del adolescente*. World Health Organization (WHO). https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

ANEXOS

ENTREVISTA A PSICÓLOGOS #1

Información Personal y Profesional

Nombre: Ariadna Chiriboga Roldos

Título: Licenciada en Psicología Clínica y Máster en psicoterapia integradora

Años de experiencia en la práctica clínica: 6 años

Años de experiencia con adolescente: 3 años

1. ¿Cuáles son los trastornos alimenticios más comunes que ha tratado en su práctica?

En mi práctica con adolescentes ha sido anorexia principalmente, y más que atracones he tratado con bulimia.

2. ¿Podría describir brevemente los síntomas de los pacientes con Anorexia y Bulimia que ha tratado?

Hay un pensamiento excesivo y exagerado con respecto al tema de cambios en su físico, de subir de peso, de engordar. Suele haber una distorsión en la imagen corporal, nunca están del todo satisfechos con cómo se ven. Hay pensamientos obsesivos en torno a la comida y a la restricción alimentaria. Suelen tenerle miedo a los alimentos por la información nutricional que tiene, y están ligados a la idea de que van a engordar, entonces restringen la comida. Hay cambios físicos, una bajada de peso abrupta. Cuando existe un caso de gravedad, aparecen los padres y nos dicen que su hijo no es la misma persona que hace dos meses, pero claramente el paciente no comenzó hace dos meses sino antes, pero en dos meses experimentó una bajada abrupta de peso, eso quiere decir que está restringiendo la comida más de lo normal, por lo que ya hay instaurado un trastorno, ya hay instaurado una serie de pensamientos, emociones y conductas que hacen que la persona sea incapaz de darse cuenta que lo que está haciendo le va causar algo que le pueda afectar a su salud. Normalmente hay esta inconsciencia porque el paciente piensa que está haciendo algo bueno para

sí mismo, que se van a sentir mejor y no ven el peligro o el riesgo a su salud como algo importante, sino que eso pasa a un segundo plano y no se dan cuenta de que eso es algo muy importante. Suele haber casos de amenorrea en las mujeres, sin embargo, puede haber una anorexia que no presente una amenorrea y ser igual de grave. Lo que se suele ver bastante son síntomas de ansiedad, problemas para dormir en la noche asociados a la ansiedad, irritabilidad, tristeza, un vacío emocional que hace que sea el cultivo perfecto para que venga el trastorno de la conducta alimentaria.

3. Desde el punto de vista etiológico, ¿Por qué se presentan los trastornos alimenticios?

No hay un solo factor determinante, es una enfermedad mental multifactorial, los factores en común que yo más noto son una mezcla entre rasgos de personalidad, emociones no gestionadas por situaciones vitales o cambios importantes en la vida del adolescente, problemas que vienen arrastrándose de heridas que pudieron haber sido en la infancia o en la adolescencia, que, al no contar con herramientas, el trastorno de conducta alimentaria funciona como una forma de sobrellevar ese problema interno. Puede tener que ver también con el estilo de apego del individuo, por ejemplo, en pandemia tuve un caso en el que una paciente tenía ansiedad de separación con la mamá, y de repente la mamá tuvo que pasar mucho tiempo trabajando y ya no estaba tanto en la casa, y con toda esta información, a la niña le dio mucha ansiedad saber que la mamá se iba; muchos adolescentes sienten este vacío cuando hay alguna situación que hace que se desapeguen de la codependencia con la mamá y eso puede influir. Cuando hay rasgos impulsivos o controladores hacen un intento de controlar su imagen, el tema de las dietas, el tema de las redes sociales, la presión social, el estereotipo de belleza; por ejemplo, este año he tenido pacientes de 11 o 12 años con trastornos alimenticios porque les dieron el celular, todo ser humano tiene su familia, sus problemas, sus presiones sociales, etc., pero le dieron el celular y empezó el problema. En nuestra cultura hay mucho acceso al celular, a las redes sociales, a la información, e incluso las narrativas familiares con

respecto al cuerpo, la sobrevaloración de la imagen corporal, el tema de opinar de los cuerpos, los pensamientos y expectativas de las familias también influyen mucho. Retomo que no hay un solo factor, es multifactorial, pero estos que mencioné son los más comunes en la adolescencia. En tema de situaciones vitales como una mudanza, un divorcio, peleas con las amigas o bullying escolar, el sentimiento de ser excluido de un grupo, situaciones de alto estrés, todas esas situaciones pueden ser factores precipitantes que hagan que se desarrolle este tema emocional, y el cerebro al estar inseguro busque mecanismos para poder lidiar con eso, y el trastorno alimenticio es una parte de esa persona que tiene esa vulnerabilidad para poder enfrentar a esos problemas.

4. ¿En tu experiencia qué pacientes sueles ver más con trastornos alimenticios, hombres o mujeres?

En mujeres.

5. ¿Además de la Anorexia y Bulimia, ha tenido casos en donde se hayan presentado otros fenómenos de conducta alimentaria?

Si he tenido dos casos de pacientes con ARFID, un trastorno de restricción alimentaria selectiva. Son pacientes que tienen miedo a ciertos alimentos, no les tienen miedo a comer, solo les tienen miedo a ciertas comidas. Por ejemplo, le tienen miedo a los vegetales y proteínas, entonces es una restricción grave ya que los alimentos disponibles para comer no son nutritivos y esto va a afectar en nivel físico. Son casos diferentes que no están ligados al tema de engordar ni la imagen corporal, sino más una fobia a los alimentos, pero también es considerado un trastorno de conducta alimentaria.

6. ¿Has tenido experiencia con fenómenos como la pica, la drunkorexia, vigorexia y ortorexia?

De pica no, pero ortorexia es como una jaula más pequeña de la anorexia, hay una delgada línea entre que sea ortorexia y anorexia. La vigorexia está más ligada al tema del ejercicio físico, esta obsesión por definirse, por la musculatura y sobre todo la actividad física como un constante mecanismo

conductual de lidiar con la ansiedad y con las emociones. Se puede entrar por una vigorexia como un fenómeno algo más normalizado hoy en día con el tema del fitness, pero hay una delgada línea a convertirse en anorexia cuando se te va de las manos. He visto síntomas de estos fenómenos, pero lo resumo en anorexia porque es lo que ha terminado siendo, más bien yo lo veo como conductas compensatorias o como preferencias alimentarias.

7. En su experiencia, ¿Encuentra alguna relación entre los conflictos parentales y la presencia de trastornos alimenticios en sus pacientes?

Si he tenido ciertos casos donde hay esa relación de padres divorciados en donde se podría decir que los hijos están en estos cambios de hogares, podría incluso aproximar que el 40% de mis casos han sido con padres divorciados, pero más que el divorcio en sí, el tema es el conflicto parental, cuando hay un estilo de padre o madre que hace más difícil o con más tensiones su día a día en la adolescencia, si se divorcian, lo traumático no es el divorcio sino la relación que queda con el padre después de divorciarse y el trato que queda. En la mayoría de los casos el problema no está en el hecho de que los padres se hayan divorciado, sino en lo que pasa después del divorcio, y cómo ese cambio impactó emocionalmente al adolescente.

8. ¿Puede compartir algún caso en el que haya observado una clara relación entre problemas parentales y el desarrollo de trastornos alimenticios? (Manteniendo la confidencialidad de los pacientes)

Es una paciente a la cual ya le di de alta. Empezó más difícil de lo que pensábamos, pero todo terminó muy bien. Te comento mi caso con una paciente de 15 años que venía con problemas con su cuerpo y con la comida desde los 11 años, pero muy para ella misma, no lo comentaba a nivel familiar ni social. A los 11 años aproximadamente tuvo atracones, tuvo una etapa donde había más ansiedad por la comida, me imagino esto relacionado con un tema de tensión con los padres, los padres ya estaban divorciados pero la mamá tuvo varias relaciones, el papá también tuvo varias relaciones, entonces estas relaciones hacían que ella quede en un segundo plano, estaba prácticamente sola. Ella hacía gimnasia olímpica que eso entra en un

ambiente favorable para el tema de la exigencia corporal, el peso, etc. La mamá la pesaba y le buscó una nutricionista para que baje de peso entonces esto también fue un gatillador, y cuando ya estaba muy flaca la mamá le dijo que podía subir de peso, pero hasta tantas libras, ella llegó a subir hasta tal nivel y se volvió a descuidar y volvió a bajar. Yo le dije que, si es que en dos meses no veían una mejora, iba a buscar una alternativa clínica porque ella ya estaba muy desgastada físicamente, yo soy muy precavida en esos casos, cuando yo veo mucho desgaste físico a mi me da miedo que se desmaye o que pase algo y luego me echen la culpa. Le comenté a los papás que ella podría desmayarse o tener algún problema físico por su debilidad, así que les dije que íbamos a hacer el tratamiento y si en dos meses avanzamos en algo y veíamos ciertas mejoras, podemos mantenerlo en casa, y si no vemos ninguna mejora o sigue bajando de peso entonces tocaría estabilizar. El papá tiene un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo y la mamá tiene muchísima ansiedad con una personalidad muy impulsiva con rasgos narcisista, entonces estas dos personalidades de padres al estar separados ya no hacen un equipo sino van cada uno por su lado y queda esta hija sola, por lo que este es el cultivo de sus problemas. El tema de la edad, el celular, la presión, la mamá con la nutricionista y la importancia que le daba al cuerpo y a las dietas la abrumaba. Siempre había problemas de distintos tipos con la mamá y con el papá. La mamá cuando tenía problemas con su actual pareja le hablaba mal y ella se encerraba en su cuarto, y no le importaba cómo estaba ni qué hacía y no había un seguimiento del tema de la comida de importarle si estaba comiendo o no. Después de ciertas sesiones, a la quinta o sexta sesión, definimos que para avanzar ella necesitaba irse a vivir con la abuela, y luego de esto si avanzamos muchísimo porque la abuela si era un recurso de apego seguro con una personalidad estable y una presencia constante, colaboraba con el tema de la comida y la acompañaba en cada comida, la apoyaba emocionalmente y la paciente fue mejorando, esto alivió las tensiones con la mamá y con el papá. Luego siguen eventos propios de la historia de ella, pero en rasgos generales este fue el recorrido

del caso. Se trabajó con una nutricionista y una psiquiatra, porque en estos casos de etapa aguda yo intento apoyarme con todos los profesionales posibles en la parte nutricional, psiquiátrica, médica, ellos siempre tienen un médico general o un pediatra. Procuero revisar los chequeos y exámenes de sangre, se mantuvo un seguimiento de semana a semana que eso también es bueno y ayuda en el proceso.

ENTREVISTA #2 PSICOLOGA CLÍNICA

Información Personal y Profesional

Nombre: Hellen Franco Montolla

Título: Psicóloga con mención clínica

Años de experiencia en la práctica clínica: 8 años

Años de experiencia con adolescente: 6 años

1. ¿Cuáles son los trastornos alimenticios más comunes que ha tratado en su práctica?

Ya, los más comunes son 2, que son los que más se ven, anorexia nerviosa y bulimia. Esos son los que más se ven dentro de la consulta externa del Hospital IESS y también en la hospitalización, aquí los 3 casos que tuvimos fueron de anorexia nerviosa y fueron, bueno no se si eso interese pero eran 2 niñas de 12 años y 1 niño de 11 años, esos son los 2 trastornos que más me han llegado a la consulta

2. ¿Podría describir brevemente los síntomas de los pacientes con Anorexia y Bulimia que ha tratado?

En cuanto el tema de la anorexia pues la mayoría de los pacientes tienen una distorsión de su imagen corporal, también tienen un miedo injustificado a subir de peso, la mayoría de estos niños, en cuanto a la anorexia no desean ingerir alimentos, se ven al espejo y como digo presencian un dismorfia, se ven por decir así, usando las palabras que ellos usan con “sobrepeso” o la que más usan que es “gordos. A pesar de que su contextura es bastante delgada, muy delgada al punto de ver sus vértebras o su columna, ya se ven

los huesos como tal; en la anorexia se ve mucho la limitación a no querer ingerir alimentos, desde líquidos hasta sólidos y la diferencia con la bulimia, pues son personas que a veces tienen atracones de comida o comen y de forma inmediata o después de minutos u horas tienen la necesidad de vomitar todo lo que ingieren, estos dos trastornos crean un desorden a nivel orgánico porque puede afectar la funcionalidad de otros sistemas u órganos, entonces esa es la diferencia, bulimia es netamente vomitar después de comer tus alimentos a pesar de que tienen las proporciones adecuadas, igual te sientes culpable e igual se provocan el vómito y en la anorexia es limitarte a comer alimentos, a veces hay personas que tienen anorexia y que también presentan bulimia, es decir que cuando se les exige comer, como no quiere ingerir alimentos se producen el vómito pero usualmente es cuando van disminuyendo sus porciones de comida o limitan totalmente, al punto en el que nos ha tocado en el hospital niños que no querían ni que les pongan la vía intravenosa porque decían que ese líquido o el agua con el que tomaban las pastillas los engordaban, esas son las características más predominantes en estos dos trastornos

3. Desde el punto de vista etiológico, ¿Por qué se presentan los trastornos alimenticios?

Bueno, dependiendo de los casos, porque actualmente de lo que yo me he podido percatar de lo que he hablado con cada uno de los pacientes, creo yo que uno, es el mal uso de la tecnología porque si te das cuenta los pacientes que llegaban a consulta de los que yo te he mencionado son niños de 11-12 años, niños que no tienen un control adecuado con el uso excesivo de la tecnología o el mal uso de la tecnología, porque los padres no tienen un control, no hay una relación adecuada con los padres, no hay un involucramiento y no quiere decir por si acaso que los padres se dediquen a trabajar y los chicos están solos en casa, no porque en algunas ocasiones los chicos pueden estar con sus padres dentro de casa pero los chicos tienen acceso a muy temprana edad a la tecnología y dentro de las redes sociales ahora pues hay información no oportuna o adecuada y accesible pues a

cualquier edad, yo creo que sobre todo esto, hay un tema también global de problemas de autoestima porque hay mucha comparación, de lo que tú ves en redes sociales y te digo esto porque la mayoría de los chicos que yo he visto, todos han radicado en cuanto a “he visto videos en tal plataforma” “estamos haciendo un challenge o un reto con mis compañeros y ya me quede engancha en esto” “mis padres me dejan estar mucho tiempo en el teléfono”, aparte porque tampoco hay un reforzamiento por parte de los padres con el autoestima, los principios o el tema de que los chicos o los adolescentes o los jóvenes tengan salud mental o llevarlos al psicólogo o ellos pues infundir como que están viendo o indagar si están sufriendo de bullying en el colegio, porque algunos también lo presentan por el tema del bullying, algunos compañeritos les dicen “como que estas muy delgada” o “estas muy gordita” y por eso han tomado la decisión radical de meterse como que ha buscar información no adecuada de como cambiar su alimentación para poder estar flaca, yo creo que en la actualidad radica mucho el tema del mal control de los padres, el no cuidar la salud mental y el tema del mal uso de la tecnología porque no le vamos a echar toda la culpa a la tecnología sino al mal control y al mal uso de la tecnología. Cabe recalcar que hay otros pacientes, ya al momento de que uno realiza una intervención más profunda que se da cuenta que conecta con problemas personales como separación de padres, o el hecho de que el paciente dice que no me quiero parecer a mi madre y cuando te das cuenta la mamá tiene una contextura un poco más llenita pero ya eso conforme va pasando el tiempo y vas avanzando a hacer la intervención que hay otros motivos por los cuales se desarrollan estos trastornos alimenticios dentro de casa.

4. ¿En su experiencia qué pacientes sueles ver más con trastornos alimenticios, hombres o mujeres?

Mmm mujeres, he visto más mujeres, definitivamente mujeres, varones he visto muy pocos pero si existen

5. ¿Además de la Anorexia y Bulimia, ha tenido casos en donde se hayan presentado otros fenómenos de conducta alimentaria?

No, solo me ha tocado estos dos tipos de trastornos

6. ¿Has tenido experiencia con fenómenos como la pica, la drunkorexia, vigorexia y ortorexia?

No

7. En su experiencia, ¿Encuentra alguna relación entre los conflictos parentales y la presencia de trastornos alimenticios en sus pacientes?

Definitivamente, en su mayoría tiene que ver mucho con los problemas familiares o de padres que hacen o no se si motivan a que muchos niños o adolescentes presenten este tipo de trastornos, por ejemplo hay niños que presentan problemas en la conducta pero también hay chicos que presentan trastornos alimenticios y es por comentarios de los padres, y como te dije anteriormente no hay un control adecuado por los mismo conflictos de los padres, no se ponen de acuerdo o uno desautoriza al otro, o los padres al momento de tener problemas emocionales o no tener un salud mental adecuada pues traspasan eso a sus hijos y te digo esto porque escucho muchos comentarios de estos chicos o a veces de los mismo padres que se refieren mal de sus hijos, por ejemplo en alguna ocasión me tocó una mamá que me dijo “mi hija no se da cuenta de que está esquelética” y la chica de 12 años obviamente se minimizaba o miraba hacia el suelo, en alguna otra ocasión me tocó al momento de ir entrando a la habitación escuchar a la mamá decirle a la niña “si tu no quieres vivir entonces bueno puedes morirte porque también tengo otros dos hijos”. En otra ocasión me tocó ver a un niño, de los pocos casos que me tocó ver de un varón, el papa tenía alcoholismo, padres separados y la madre había tenido un trastorno depresivo ya de tiempo atrás y tomaba medicación; entonces, siempre creo yo que para este tipo de trastornos alimenticios no siempre, pero creo que si en su mayoría de ocasiones, tiene que ver con un tema familiar o parental.

8. ¿Puede compartir algún caso en el que haya observado una clara relación entre problemas parentales y el desarrollo de trastornos alimenticios? (Manteniendo la confidencialidad de los pacientes)

Bueno, yo en el área de hospitalización tuve dos casos, uno de un niño y otro de una niña, entonces voy a tratar de darte de los dos. Con respecto al niño, es lo que te comentaba un padre alcohólico, una madre con un cuadro depresivo. El niño vivía con el padre y la abuela paterna debido a que sus padres estaban separados, cuando yo le consulte a la madre porque el niño no vivía con ella, me respondió porque el niño así lo había decidido, osea un niño de 11-12 años que dedica con quién vivir como que ya ahí algo me sonaba que no estaba bien, los padres eran de otra provincia y se notaba cuando estaban juntos que no tenían una buena relación, tenían discusiones en frente de el niño, además el niño mostraba una hostilidad frente al padre y la madre, era muy agresivo sobretodo enfrente de la madre. La madre misma lo llevaba al gimnasio, le había comprado un reloj inteligente para que pueda ver lo de las calorías, el padre no se había dado cuenta que estaba comiendo al día, solo una manzana y una gelatina, no se había percatado de la situación porque tampoco se involucraba en la escuela del niño, no había un control, solo peleaban en frente del niño y no iban a ver cómo le iba en la escuela, y el niño había tomado la decisión de disminuir sus comidas porque le hacian bullying en la escuela y también porque la madre, justo como lo llevaba al gimnasio le decía que estaba gordito, que tenía que bajar de peso porque estaba viviendo con la abuela paterna, había un conflicto con esta abuela y se notaba que el trastorno alimenticios del niño era netamente por los problemas de los padres, el control inadecuado con el uso de la tecnología, por no estar pendiente de él, por estar quizá más pendiente en las discusiones de ellos en vez de saber cómo se sentía su hijo, entonces ahí netamente se notaba por las hostilidad que había desde el niño hacia los padres, y de los padres hacia el niño, y era como un triángulo bastante tóxico, se notaba que era un tema parental. El niño antes de ingresar al hospital, estuvo 1 mes previamente en otro hospital cerca de su provincia en donde no sabían qué hacer porque los padres no ponían de su parte, era ya un caso en donde tenían que participar ya otras autoridades porque había como negligencia por parte de los padres, porque en algún momento me

comentaron los nutricionista que el niño ya estaba tomando el diben que es como un ensure, algo lleno de proteínas y vitaminas para el niño, a mi se me hacia raro porque el niño me había comentado que no quería ni que le pusieron la vía intravenosa porque eso lo engorda, entonces se me hacia raro que comenten eso y ya hablando un poco más con el niño me confesó que su papá se había estado tomando el diben y las vitaminas, eso podría ser porque el padre estaba pasando por un cuadro de abstinencia por el tema del alcohol y ya quería que lo den de alta al hijo y no se daba cuenta de la situación a la que la estaba llevando al hijo, porque el ya tenia una anorexia bastante severa, al punto que ninguna unidad de salud mental lo queria coger desde el cuarto nivel, porque estaba muy descompensado organicamente entonces no se puede derivar a una unidad que tengan mas experiencia en estos casos, mientarsel nino no este organizamente estable, lastimosamente el padre nos mentia y hacia que el nino nos mienta tambien, entonces ahi nos dimos cuenta que no podiamos contar ni con papa ni con mama, porque las pocas veces que estaban juntos los padres habian un ambiente hostil, que no ayudaba en nada al niño. El otro caso de la niña, así mismo eran padres separados, el padre violentaba a la madre cuando estaban juntos, la madre tenía una nueva pareja de la cual la niña siempre hablo muy bien, pero el padre tenía conflictos recurrentes con la madre y siempre que lo hablábamos con ellos, la madre hablaba mal del padre y el padre mal de la madre, a veces era enfrente de la paciente, entonces, era muy parecido al otro caso, con diferencia de que en este caso había un poco más de involucramiento por padre de los padres con su hija, buscaban que ella salga de esto, era evidente que se preocupaban de que la niña coma y de que avancen, pero no se daban que al pelear en frente de la niña, esto el afectaba más y evitaba que avanzara en su recuperación. Bueno estos son los dos casos que puedo acordarme en la hospitalización.

ENTREVISTA #3 PSICOLOGA CLÍNICA

Información Personal y Profesional

Nombre: Sandra Saltos Alarcon

Título: Psicóloga clínica

Años de experiencia en la práctica clínica: 25 años

Años de experiencia con adolescente: 25 años

1. ¿Cuáles son los trastornos alimenticios más comunes que ha tratado en su práctica?

Lo más común es la Anorexia y la Bulimia

2. ¿Podría describir brevemente los síntomas de los pacientes con Anorexia y Bulimia que ha tratado?

Claro, primero un miedo profundo a engordar, a subir de peso aunque tengan un peso normal, se sienten gordas y digo así porque por lo general yo he tratado más pacientes mujeres y hay una distorsión de la imagen corporal de la personas, además tienen ansiedad, depresión, angustia, sentimientos de culpa acompañados de ese sentimiento muy profundo de sentirse que son suficientes, baja autoestima, es lo que te podría nombrar así como lo síntomas más frecuentes, y muy acompañado del sentimiento de culpa, de pronto si hay muchos atracones hay el deseo de querer vomitar o querer utilizar algún diurético para poder botar el alimento que se han comido de una manera excesiva, pensamientos obsesivos, ideas obsesivas por la alimentación, estar constantemente mirando cuantas calorías tiene un alimento, no comer de pronto carbohidratos, lo eliminan totalmente o disminuyen la comida o hay ayunos, no comen nada, no se alimentan con ningún alimento porque sienten que se están engordando y por ende están gordas.

3. Desde el punto de vista etiológico, ¿Por qué se presentan los trastornos alimenticios?

No hay una causa específica, son muchas las causas que se podrían decir de la anorexia y la bulimia o de los trastornos alimenticios, entre ellos pueden mirar los factores genéticos, ambientales, familiares, sociales y culturales,

osea todo esto podríamos decir así en subconjunto aboga para que se desarrollen estos trastornos de la conducta alimentaria

4. **¿En su experiencia qué pacientes sueles ver más con trastornos alimenticios, hombres o mujeres?**

Mujeres

5. **¿Además de la Anorexia y Bulimia, ha tenido casos en donde se hayan presentado otros fenómenos de conducta alimentaria?**

Si, la cuestión esta de la obsesión por los alimentos saludables, que es la Ortorexia, eso de querer estar mirando qué alimentos es mejor, optar por alimentos saludables pero no hay un equilibrio, hay una obsesión por comer solamente estos alimentos que supuestamente son más saludables

6. **¿Has tenido experiencia con fenómenos como la pica, la drunkorexia, vigorexia y ortorexia?**

Solo con la ortorexia

7. **En su experiencia, ¿Encuentra alguna relación entre los conflictos parentales y la presencia de trastornos alimenticios en sus pacientes?**

Si, yo creería que casi todos, porque tiene que ver mucho con el ambiente familiar

8. **¿Puede compartir algún caso en el que haya observado una clara relación entre problemas parentales y el desarrollo de trastornos alimenticios? (Manteniendo la confidencialidad de los pacientes)**

Claro, como te decía son casi todos los pacientes que tienen problemas de trastornos alimentarios, tienen que ver mucho con el entorno familiar y te puedo mencionar el caso específico de una paciente, en donde desde pequeña tenía un peso mayor del normal, un poquito subido de peso y la mamá le decía que era un engorda, le guardaba los alimentos o le servía una ración pequeña de alimentos y el resto se la escondía, mi paciente me contaba que ella de pequeña se escondía cuando su mamá estaba dormida y se iba a la cocina para coger la comida y luego comérsela debajo de la mesa. Además, era muy constante el que la mamá le diga que estaba gorda y la comparaba con otras personas, le decía “mira a estas niñas como estan

bonitas”, “mira como le queda la ropa cuando están delgadas”, “tu estas gorda”, “no te queda nada bien”. Ese es un caso que te puedo nombrar específicamente, de ahí he tenido otros casos, por ejemplo tenía a tres pacientes de una misma familia, en este caso el que influye era el papá porque siempre decía “mira esa chica, está gorda” y se burlaba de estas personas, la paciente con la que primero trate fue la de en medio, ella tenía anorexia y bulimia y ella me contaba cómo su papá siempre se burlaba de las personas subidas de peso, entonces desde ahí empezó a desarrollar esta idea obsesiva de querer bajar de peso, ligado con los problemas familiares que había entre papa y mama, problemas de infidelidad, de maltrato, todo este entorno familiar como abono para que ella vaya desarrollando este trastorno de alimentación como las otras dos hermanas.

ENTREVISTA #4 PSICOLOGA CLÍNICA

Información Personal y Profesional

Nombre: Ana Ricaurte Quevedo

Título: Licenciada en Psicología Clínica

Años de experiencia en la práctica clínica: 43 años

Años de experiencia con adolescente: 43 años

1. ¿Cuáles son los trastornos alimenticios más comunes que ha tratado en su práctica?

Pues, antes recibía varios casos de anorexia y bulimia, ahora no he vuelto a tener en mi práctica con adolescentes.

2. ¿Podría describir brevemente los síntomas de los pacientes con Anorexia y Bulimia que ha tratado?

En el fenómeno de la anorexia existe un comer nada, un nada que llena de cierta forma a el sujeto que lo presenta y en la bulimia pues también hay algo de la anorexia, un rechazo por su propia imagen y un deseo de ser delgada, con la diferencia que en el fenómeno de la bulimia, el sujeto busca botarlo todo por las vías del vómito, en ocasiones hay episodios donde el sujeto no

logra control este goce por la comida y lo ingiere todo, ahí se suscita la culpa, lo que la lleva a vaciar su estómago para no sentirse angustiada, sobre todo para eliminar la culpa.

3. Desde el punto de vista etiológico, ¿Por qué se presentan los trastornos alimenticios?

Mire, ahí hay algo muy específico de comentarle porque, quién busca a un psicoanalista, es decir, en las prácticas en el hospital por ejemplo, sí quizás era que el médico o el psiquiatra el que haya derivado mal una anorexia, más bien he tratado más anorexias que bulimia por qué, porque la bulimia ha llegado dentro de la consulta de otros temas, otros sufrimientos y de repente allí estaba también está conducta, la del atracón, la del vómito, pero sin ser lo principal entonces, generalmente se lo puede ver en el dolor por la falta de amor que puede ser por los padres o amor romántico de pareja, esas podrían ser mis consideraciones para la anorexia y bulimia.

4. ¿En su experiencia qué pacientes sueles ver más con trastornos alimenticios, hombres o mujeres?

En muy práctica he trabajado más con mujeres pero si me pregunta con respecto a los hombres, de lo que yo recuerdo haber trabajado fue en el hospital León Becerra, fue caso claramente de psicosis, porque uno pudiera decir la anorexia en el caso de la chica que le mencione, está el trastorno de fondo, está el problema central que es la relación con la madre tan distorsionada, además que esa niña está en un entorno social que privilegia la delgadez pero no al extremo de lo que ella llegó. Pero en el caso de la psicosis de este chico fue un tema delirante, el comienza ya desencadenando y eso es un dato importante porque él llega ya desencadenado.

5. ¿Además de la Anorexia y Bulimia, ha tenido casos en donde se hayan presentado otros fenómenos de conducta alimentaria?

Actualmente no he tenido más casos con trastornos alimenticios, entonces no he podido ver otro fenómeno diferente; mi práctica se ha ido más por la psicosis porque lo que más hay es psicosis no desencadenadas.

6. ¿Has tenido experiencia con fenómenos como la pica, la drunkorexia, vigorexia y ortorexia?

Por estas otras modalidades que usted dice pues bueno yo no trabajo con esas nomenclaturas , si veo chicos demasiado pendientes de su imagen que la resuelven con el fisicoculturismo con lo que esté más de moda, pero en mi práctica de lo que yo más recibo son las decepciones de amor, las quejas de amor, en donde se instalan diversos síntomas, pero ya le digo la eminencias de la psicosis ahora es muy alta.

7. En su experiencia, ¿Encuentra alguna relación entre los conflictos parentales y la presencia de trastornos alimenticios en sus pacientes?

Hay algo que influye si lo podemos decir de esa forma, quizá no es lo único pero si nos centramos en el caso que te plantee, puedes ver que se presentan conflictos y que además, hay un deseo profundo de la chica por recibir amor de esta madre

8. ¿Puede compartir algún caso en el que haya observado una clara relación entre problemas parentales y el desarrollo de trastornos alimenticios? (Manteniendo la confidencialidad de los pacientes)

En este caso de anorexia fue la derivación de un pediatra Que me conocía Porque era el pediatra de mis hijos también y le llega esta chica de 15 años y ya estaba en un cuadro muy severo de anorexia, había perdido peso, se le había suspendido la menstruación, el pelo se le estaba cayendo, es decir, con todas esas consecuencias ella llega con la mamá y ella viene y me dice que su hija tiene anorexia y más o menos como siempre hago yo recibo de los padres, pero en esta ocasión solo estaba la mamá, nunca llegué a conocer al papá. Bueno, cuando hay consentimiento, muchas veces yo hago entrar a los padres un rato. Esto depende si solo está el papá o la mamá y lo hago, porque me interesa ver esa interacción que se da en el momento. Una vez que pasa esa entrevista, yo les pido que ahora sí me dejen trabajar a solas. En esta segunda ocasión, ahí les pregunto: "Bueno, ¿por qué has venido, qué te pasa, qué te afecta?" Y la chica repitió: "Yo vine porque tengo anorexia" y yo le dije: no, no has venido por eso, cuéntame tú, qué sientes,

qué te pasa. Pregunto esto porque en la clínica psicoanalítica es tan importante el uso de los significantes, porque cuando usted pregunta por la génesis de esto, es el significante. Entonces ella me dice “ah bueno, yo soy una chica que está con problemas” yo continúo y le digo que problemas y me comienza a contar cosas, en ese rato podría decir que la relación con los chicos la estaba sosteniendo bien, en ese periodo que es difícil de la adolescencia, pero a ella le iba mal con las compañeras del colegio y esa niña era muy muy linda realmente, ella estaba muy flaquita y tenía unas dos amigas, pero en general no la trataban bien. Ahora, cuando eso pasa uno tiene también qué darle oportunidad a que la persona también, le estoy diciendo como si tuviera que ser, para mí, entonces yo le pregunto cosas para que ella vaya pudiendo ubicar cuál era la parte de ella también, porque por qué provoca a alguien el bullying también, si hay personas que son agresivas, pero hay algo del que también está visto como víctima, hay algo que también se presta a, y ella llega a decir “es que yo soy como un perrito, siempre ando atrás”. Se hace un trabajo para que ella también ubique Luego busco también ver qué pasa con los padres, efectivamente ahí hay una gran determinación de la vida familiar en el caso aunque en algún momento, no recuerdo bien, pero creo que hablé con el padre y ellos corroboran que son una familia sin problemas, pero luego ya en las entrevistas eso no es verdad, o sea no sé qué se llame familia sin problemas y comentan que a ellos les preocupaba el tener vacaciones juntos buscaban que existiera la figura del padre y la madre, pero ya para la chica estaba eso tergiversado porque se supone y ya no lo es en la actualidad con consecuencias que aceptan a los sujetos, el padre ya no es autoridad y si es importante esa función para dar ciertos parámetros también que van sosteniendo a un adolescente. Porque lo que ella había construido en la infancia se trastoca y tiene que volver a ver cómo se replantea eso. Y ella dice, en cambio, que su madre es infalible, ella es muy fuerte, hay se complica mucho las cosas porque la mamá si me había dicho que tenía una mala relación con la familia del esposo eran como muy elitistas y esa señora

muy guapa tenía una piel morena y ella sentía el rechazo de esa familia, ella decía que el esposo no la defendía porque era como el hijo menor que tenía una oración por la hermana que es la cuñada justo ella era la que más le hacía sentir mal a la mamá e incluso la suegra también y decía que nunca le dijeron de frente que no le gustaba que sea morena sino que a la niña que era levemente dorada digamos no era blanca como el padre siempre le decían por ejemplo si estaba en la piscina “cúbrete, cúbrete y ponte bloqueador” “pónganle algo para que no se quemé” entonces la mamá decía que eso le decían a su hija porque no querían que se parezca a ella, esos son elementos verdad de esta cuestión de qué posiblemente no estén hablando de ella todos los días, pero le significan resentimiento, discordia y el hecho de que la madre era muy fuerte y un poco corroborando esa debilidad que la madre ya había dicho la chica dice “adoro a mi papá él es mi osito de peluche”; la mamá le tenía más bien miedo, pero con lo que trae la chica uno puede ver que justamente un osito de peluche no logra defender a una hija que está tan tomada en las exigencias de la mamá, entonces la mamá decía cosas “pero a esta niña porque le pasa eso si yo renuncié a mi profesión”, “esa fue la niña de mis ojos” “yo renuncié a todo” “me dediqué a ella toda la vida” pero cuando nacen las otras hermanas la dejó de lado, la chica lo sufría y recuerdo que la mamá siempre era como brava y decía” es que yo ya le había enseñado, yo ya le había dado, ahora tenía que atender a las demás” pero ahí hubo está ruptura de lo que ella era la niña de sus ojos algo más idílico y a veces esos celos aunque se llevaba con la hermana resentía eso. Siempre eran las historias de la madre fuerte, la madre diciendo, sobre todo la exigencia que ella tenía y la chica decía “yo llego del colegio, quiero que ella me pregunté cómo me fue y lo que me esperaba era para contar calorías” y bueno en ella ya estaba instalado eso, pero esto luego me lleva a pensar ya como concepto, como los conceptos del psicoanálisis; cómo es que un niño de entrada nace a la vida en un llamado de amor, desde el primer llanto digamos y hay una madre que responde, bueno Freud nos explica eso, primero es como una necesidad porque el niño tiene hambre,

grita, llora, pero casi inmediatamente esa satisfacción que se produce en el orden de la necesidad, este ser recién nacido, dice así allí ya se instaura algo del orden del placer. Él pone el ejemplo que cuando ya el niño duerme y esta es succionando y uno lo ve como si estuviera mamando y está es como recreando dormido a un nivel como una fantasía inconsciente la importancia de la oralidad de la satisfacción oral que se instala allí entonces, se debe ver la satisfacción, pero también algún grado de frustración digamos porque la madre no es un robot ni una máquina que está allí cada vez que llora que a veces sucede eso y trae también trastornos y algo se vive en la relación de esta madre tan pendiente, en donde ella privilegia eso antes que lo que es el orden del deseo y la demanda de amor porque es lo que la chiquita decía "yo busco que ella quiera hablar conmigo no que me rete y que solo cuente las calorías, y que le descubren los engaños de qué escondía los alimentos", ese es el caso que he construido yo.

ENTREVISTA #5 PSICOLOGA CLÍNICA

Información Personal y Profesional

Nombre: Belen Illingworth

Título: Psicólogo clinica

Años de experiencia en la práctica clínica: 3 años

Años de experiencia con adolescente: 6 años

1. ¿Cuáles son los trastornos alimenticios más comunes que ha tratado en su práctica?

Anorexia es la que más veo probablemente, de ahí hay uno que no entra dentro de la categoría de trastornos alimenticios como tal pero es el trastorno dismórfico corporal, que está dentro de los obsesivos compulsivos, pero tiene mucho que ver debido a que entra la imagen corporal. Puede que no entre en la categoría de anorexia y bulimia pero está ahí. Y bueno de ahí los atracones también.

2. ¿Podría describir brevemente los síntomas de los pacientes con Anorexia y Bulimia que ha tratado?

En la anorexia bueno obviamente un bajo peso, que es la razón principal por las que suelen traerlas, distorsión de su imagen corporal, suele venir acompañado de restricciones, no es nada compensatorio sino mucho restricción y mucho perfeccionismo. En bulimia además de la conducta purgativa que es lo más evidente, aquí son muchos más síntomas ansiosos en la personalidad, donde también puede verse que la culpa va de la mano claramente.

3. Desde el punto de vista etiológico, ¿Por qué se presentan los trastornos alimenticios?

Bueno no hay una sola cosa por la cual se presenta, es algo multifactorial, pero algo que he podido ver es que viene dado en gran medida por factores que no necesariamente se controlan, es decir, factores sociales, una cultura familiar específica, el ambiente en el que te rodeas, las redes sociales que eso ya contribuye que si tu tienes ciertos rasgos de personalidad que pueden ser factores de riesgo para esto, claramente aumenta la probabilidad de la apariciones de estos. Generalmente son factores que una persona que suele tener un rasgo que la puede hacer más sensible, con un estímulo externo lo llegue a tomar de cierta manera, como el ejemplo de dos hermanas que viven casi la misma vida pero una llega a tenerlo y la otra no, ahí va mucho de la mano con la singularidad de la persona, pero todo suele desencadenar por cosas externas.

4. ¿En su experiencia qué pacientes sueles ver más con trastornos alimenticios, hombres o mujeres?

Mujeres definitivamente

5. ¿Además de la Anorexia y Bulimia, ha tenido casos en donde se hayan presentado otros fenómenos de conducta alimentaria?

Atracones creería que es lo que más suelo ver aparte de esas dos

6. ¿Has tenido experiencia con fenómenos como la pica, la drunkorexia, vigorexia y ortorexia?

La vigorexia si siento que es muy conocida, todavía no me ha tocado tratarla. Pero se que esta y la ortorexia suelen ir bastante de la mano y suele esconderse mucho debido a que está del lado de la salud a los ojos de cualquier persona. La pica suele venir asociada con los atracones así que si me ha tocado tener que diferenciar uno del otro, debido a que se puede estar confundiendo.

7. En su experiencia, ¿Encuentra alguna relación entre los conflictos parentales y la presencia de trastornos alimenticios en sus pacientes?

Casi siempre lo suelo ver, si he tenido casos en los que no, pero por lo general no siempre son problemas que se dan como conflictos entre ellos, sino más bien características individuales de cada uno. Más que nada se ve problema en la familia y en las relaciones individuales dentro de esta, por ejemplo cómo se tratan entre ellos, si es que están separados, peor si es que en ese caso no tienen una buena relación, dentro de una casa donde los padres están juntos lo que más he visto es el trato, un trato dañino que hay entre ellos o con otro familiar.

8. ¿Puede compartir algún caso en el que haya observado una clara relación entre problemas parentales y el desarrollo de trastornos alimenticios? (Manteniendo la confidencialidad de los pacientes)

Una chica llega a mi porque en el colegio, a los padres le dicen que la chica tiene anorexia. Cuando llegó la mamá a contarme, me di cuenta que esto era muchísimo más que solo eso, que había un trastorno más evidente de fondo, una depresión muy escondida detrás de esta anorexia. Lo que resaltaba ahí claramente era la anorexia por lo que la niña había dejado de comer y estaba muy delgada. Entonces el tema de la anorexia siempre es lo que llega primero porque es lo que se puede ver a simple vista de los padres, las personas se preocupan muy rápido por lo que ven y eso suele camuflar muchas cosas que están en verdad de fondo. Una vez que te adentras en el caso te das cuenta que no es una simple anorexia, sino es un trasfondo mucho más grande de lo que se creía tras esto. Lo que me llamó la atención de este caso fue lo explícito que estaba la anorexia, debido a que en su

depresión ella había dejado de salir, había tenido intentos de suicidio, autolesiones y todo esto me sorprendió como no era evidente para los padres. Lo evidente era la comida, también porque en su casa a la comida era a lo que se le prestaba mucha atención, el tema de estar flaca, de comer o no comer y para ella su problema era no me quiero engordar. Entonces me pareció muy curioso ese caso por como se camufla mucho esta cultura familiar, de estas distorsiones cognitivas, características personales detrás de esta anorexia. En estos casos siempre hay que tener mucho cuidado y ver todo con pinzas.

ENTREVISTA PACIENTE #1

Parte 1: Información del paciente

Edad: 22

Género: Femenino

Nivel educativo: Educación superior

Situación familiar actual: Padres divorciados

1. ¿Cómo fue para ti experimentar los cambios físicos de la adolescencia?

Yo creo que tengo literalmente una imagen grabada en mi cabeza, cuando era niña, ya sabes te salen chichis y todo eso, yo me acuerdo verme al espejo y ver que me estaban creciendo las chichis y ver que me salieron estrias y en serio sentí un rechazo total por eso; como que sentí que no quería que suceda, no quería experimentar cambios, de por si yo ya tenía una imagen corporal grande, yo decía si me salen chichis me voy a ver mas gorda

2. ¿Has tenido algún tipo de trastorno alimenticio?

no he tenido un trastorno detectado, pero en su momento sí tuve un periodo en donde experimentaba episodios de bulimia, por así decirlo

3. ¿Cuándo comenzaste a experimentar problemas con la alimentación?

cuando comenzaron los cambios físicos, cuando comenzó todo este periodo como de preadolescencia, tipo 12-13 años

4. ¿Puedes describir los síntomas que has experimentado relacionados con tu trastorno alimenticio?

Mm, pues lo que recuerdo, es que un día lo que hice fue buscar en internet y por eso lo hice, al inicio no sentía una necesidad de hacerlo, al inicio no sentía que yo me desahogaba haciéndolo pero luego ya cuando alguien me decía algo, empecé a sentir que esta sería la única forma de liberar esa tristeza o el enojo. Otra de las situaciones que yo sentía, era que yo sentía ansiedad, sobre todo cuando pasaba mucho tiempo fuera de casa o salía a comer, como no encontraba como vomitar , me ponía de un humor muy malo, esto logró definir mi emoción del día.

5. ¿Existe algún evento específico en tu vida que consideres haya desencadenado tu trastorno alimenticio?

Considero que más que un evento en específico, fueron los comentarios de las personas que yo quería y que eran mi pilar, ya que al ser una niña tu te apoyas en los más grandes, entonces era super feo recibir cada vez que veía a un ser querido recibir criticas, yo me emocionaba al verlos y era super feo porque era lo único que recibía

6. ¿Cómo está conformada tu familia y como es la relación entre los miembros de la familia?

Mm bueno, en este momento yo vivo con mis abuelos y con mi mamá, perdón, con mis abuelos y con mi hermano. Realmente con ellos tengo un ambiente bien sano, antes si estaba viviendo con mi mama y tenia muchas discusiones con ella, con respecto a mi papá, pues él realmente no es una persona muy presente en mi vida y tampoco tengo una muy buena relación con mis hermanos

7. ¿Hubo alguna separación o divorcio entre tus padres? Si es así, ¿cuándo ocurrió, por qué motivo y cómo lo percibiste?

yo no pude percibirlo porque fue justamente cuando yo tenía 2 años, no yendo un recuerdo de mis padres juntos por lo que creo que lo tome muy bien ya que yo no siento que en algún momento haya pensado o anhelado verlos juntos

8. ¿Algo de la relación de tus familiares te generaba alguna preocupación o malestar?

Si había conflictos, aunque el divorcio no me afectó si veía muchas peleas entre ellos y eso sí me chocaba, porque por ejemplo, tenía que tolerar que mi mamá me digas cosas tipo “Voy a meter a tu papá a la cárcel porque no me ha pagado la pensión” o sea, si había problemas económicos fuertes entre ellos y a parte de los sentimentales; a raíz de eso mi mamá tuvo una depresión muy fuerte y se desquitaba conmigo y con mi hermana. Cuando mi mamá me decía cosas directamente a mí que no me gustaba me sentía mal, digamos no afectaba escuchar que mi mamá tenga problemas con mi papá directamente pero sí me afectaba cuando se desquitaba conmigo y eso me llevaba a vomitar, cuando experimentaba algún sentimiento malo hacia mí yo sentía que lo podía liberar con eso

ENTREVISTA PACIENTE #2

Parte 1: Información del paciente

Edad: 22

Género: Femenino

Nivel educativo: Educación superior

Situación familiar actual: Padres Casados

1. ¿Cómo fue para ti experimentar los cambios físicos de la adolescencia?

Al inicio estaba emocionada por crecer, pero eso fue antes de siquiera ver un cambio físico en mí, lo vi en personas a mi alrededor, en mis amistades. Cuando ya llegó esta etapa, lo único que empecé a recibir eran comentarios de crítica hacia mi cuerpo, entonces el cambio comenzó a ser negativo.

2. ¿Has tenido algún tipo de trastorno alimenticio?

Sí, bulimia pero no anorexia

3. ¿Cuándo comenzaste a experimentar problemas con la alimentación?

Cuando tenía 12 años intenté vomitar por primera vez, pero dejé de hacerlo porque se sintió fea la experiencia, luego me volví a motivar por el vómito

cuando tenía casi 14 años, pero nuevamente lo dejé de hacer. Cuando estaba en primero de bachillerato escuché las historias de dos amigas a las que les había funcionado vomitar, incluso me mostraron fotos, y eso me motivó más. Sentí un rechazo hacia mí que venía hace tiempo por los constantes comentarios, y no hubo un diagnóstico clínico en su momento hasta que empecé a ir al psicólogo, donde no me diagnosticaron anorexia, pero sí bulimia.

4. ¿Puedes describir los síntomas que has experimentado relacionados con tu trastorno alimenticio?

Lo principal siempre fue la culpa, al inicio era cuando me permitía comer algo y siempre estaba con constante culpa, luego me ponía a llorar, trataba de ir manejando qué tipo de alimentos permitía en mi cuerpo. Al inicio comencé prohibiendo todos los alimentos, luego me calmaba y me permitía al menos desayunar porque pasaba muchas horas fuera de casa. Sentía constante enojo, sobre todo si comía algo en el colegio porque sabía que era muy difícil ir a vomitar en los baños porque siempre había alguna encargada de limpieza, y vomitar es una acción que causa ruido, por lo que varias ocasiones me cortaba las muñecas para liberar el enojo que sentía por haber comido en el colegio, y bueno, no solo ocurrían los cortes en el colegio, sino también cuando estaba en mi casa. Pasé mucho tiempo deprimida e incluso creé una rutina con respecto al tiempo que tenía libre en casa y el tiempo que sabía que no estaban mis papás, por lo que se volvió constante comer y vomitar en esos horarios, y era importante vomitar varias veces en el día para mi, porque me di cuenta que entre más frecuente lo hacía, mas rápido bajaba de peso, llegando a vomitar por lo menos unas 7 veces al día.

5. ¿Existe algún evento específico en tu vida que consideres haya desencadenado tu trastorno alimenticio?

Hay múltiples, pero de los que me marcaron y todavía tengo presente era cuando discutía con mis papás, de alguna forma necesitaba liberar el enojo y sentía que a través del vómito me desquitaba con los dos. Otro caso que recuerdo fue haberme topado con un amigo el cual me comentó que antes

estaba más flaca y que en ese momento estaba gorda, asimismo eran los comentarios de mi familia recordándome que estaba gorda. Otro evento que me marcó fue de mi papá viéndome pasar a mi cuarto, y se tomó la molestia de pararse de la silla, venir hacia mi cuarto, alzarme la blusa y decirme “te has engordado”.

6. ¿Cómo está conformada tu familia y como es la relación entre los miembros de la familia?

En ese tiempo, mi familia está conformada por mi hermano, mi mamá, mi papá, mi abuela que vive con nosotros y yo. La relación con mis papás en ese entonces no era de las mejores, porque definitivamente me aislé de ellos un montón. Mi mejor relación siempre fue con mi abuela, pero con mi hermano nunca tuve un tipo de relación, ni siquiera nos saludábamos. Mis papás no pasaban mucho tiempo en casa y por eso no había un vínculo, y con mi hermano siempre había conflictos de por medio ya fueran gritos o golpes.

7. ¿Hubo alguna separación o divorcio entre tus padres? Si es así, ¿cuándo ocurrió, por qué motivo y cómo lo percibiste?

En ese momento no, siempre buscaron estar bien, pero había muchos conflictos por mi hermano, siempre se terminaban peleando mi mamá y mi papá. Si hubo un punto en el que mencionaron divorciarse, actualmente lo siguen mencionando, pero siguen juntos. Cuando surgían estas ideas siempre era por los desacuerdos que tenían con mi hermano, siempre era en función de que pagaban un montón en cómo eran los castigos o los llamados de atención que le hacían a mi hermano. Mi mamá era un poco dócil con mi papá o también mi papá era demasiado extremista, y de alguna forma me acostumbré a ver este tipo de escenas desde que soy pequeña y por más que en algún momento me sorprendió la violencia, crecí y me acostumbré y me di cuenta de que mi papá tenía cierto carácter y lo único que aspiraba era que no sea así conmigo, siempre me sentía muy triste por mi hermano a pesar de no tener una relación con él, porque igualmente quería ayudarlo de alguna manera, pero no sabía cómo. Llegué a pensar en que no quisiera que

esta sea la vida de él para siempre, vivir en peleas y conflictos donde él se quebraba y mi mamá se quebraba, deseaba que él tuviese algo más positivo.

8. ¿Algo de la relación de tus familiares te generaba alguna preocupación o malestar?

Más que preocupación, era malestar. Sabía que no debía repetir las mismas acciones negativas de mi familia, tenía presente que no podía cometer los mismos errores que mi hermano y tenía muy poca tolerancia cuando cometía este tipo de errores porque sabía que la presión de mi papá se me iba a venir encima, de por sí eso ya me generaba mucha ansiedad y terminaba comiendo demasiadas cosas y tenía que si o si vomitarlo para calmarme, incluso lo hacía dos o tres veces antes de que esa conversación con mi papá llegue, porque de alguna manera tenía que calmar todo ese malestar que sentía.

ENTREVISTA #3

Parte 1: Información del paciente

Edad: 16

Género: Femenino

Nivel educativo: Bachillerato

Situación familiar actual: Padres Casados

1. ¿Cómo fue para ti experimentar los cambios físicos de la adolescencia?

Fue difícil porque uno no está preparado para eso, para tener cambios a nivel físico, o sea en su cuerpo como que te aparezcan granos, que seas mas alta o como yo que engorde un poco mas, asi que fue difícil y me negaba a aceptarlo

2. ¿Has tenido algún tipo de trastorno alimenticio?

Si, no se como llamarlo, pero no comía o comía en muy pocas porciones, o estaba hasta 3 días sin comer, solo me tomaba un jugo, un sporade y esa era mi comida de 2-3 días

3. ¿Cuándo comenzaste a experimentar problemas con la alimentación?

A los 12

4. ¿Puedes describir los síntomas que has experimentado relacionados con tu trastorno alimenticio?

Pues me veía al espejo y no me gustaba lo que veía, no me gustaba como era yo físicamente entonces comencé a dejar de comer y como es normal me daba hambre ya después de 2-3 días, entonces me daban atracones de comida por lo que me encerraba con las luces apagadas en la cocina y de ahí me sentí culpable y vomitaba luego me sentía aún más culpable y me autolesionaba

5. ¿Existe algún evento específico en tu vida que consideres haya desencadenado tu trastorno alimenticio?

Que mi familia se haya burlado de mi peso

6. ¿Cómo está conformada tu familia y como es la relación entre los miembros de la familia?

Mi familia está conformada por mi mamá, papá y mis dos hermanas, tengo otra hermana pero no vive en mi casa y pues es rara la convivencia porque en ratos se llevan bien, en ratos se llevan mal y cuando se pelean, mayormente se desquitan con sus hijas o sea nosotras o ellos mismo agarran y se dicen comentarios hirientes

7. ¿Hubo alguna separación o divorcio entre tus padres? Si es así, ¿cuándo ocurrió, por qué motivo y cómo lo percibiste?

Se han separado muchas veces, mi mamá se ha ido de la casa y ha sido feo porque uno no se espera eso de sus papás, tras que se pelean en la cara de nosotras, ha sido horrible para mí porque eran por engaños, mentiras y cosas así. La última vez que pasó esto fue hace 3-4 meses que mi mamá se quería ir de la casa e incluso me botó de la casa.

8. ¿Algo de la relación de tus familiares te generaba alguna preocupación o malestar?

Los comportamientos de mi mamá, porque ya no nos quería, ella decía que ya no nos quería y entonces eso me dolió mucho

ENTREVISTA #4 PACIENTE

Parte 1: Información del paciente

Edad: 24

Género: Femenino

Nivel educativo: Tecnóloga

Situación familiar actual: Padres divorciados

1. ¿Cómo fue para ti experimentar los cambios físicos de la adolescencia?

Si creo que fue un punto importante, sobre todo siendo mujer, capaz a los hombres les pase diferente, no sé, pero siendo mujer si siente mucho ese desarrollo ese cambio, te das cuenta de cosas distintas que tiene tu misma. Cosas que te podrias decir como “Tapate esto” “Se te ve mejor asi”, etc. Son cosas que desde muy temprana edad como niña te vas dando cuenta. Fue difícil vivir eso para mí, más que nada porque son una persona que se compara demasiado, entonces verme a mi, versus mi hermana, mis amigas, con cualquier persona, entonces ahí es cuando empecé a ser muy consciente de mi cuerpo y de como se ve

2. ¿Has tenido algún tipo de trastorno alimenticio?

Si, anorexia y bulimia

3. ¿Cuándo comenzaste a experimentar problemas con la alimentación?

Comencé con anorexia a los 17, el cual duró aproximadamente de 6 meses a 1 año, y a partir de ahí por bastante tiempo recaí en unos atracones post anorexia lo cual conlleva a la bulimia.

4. ¿Puedes describir los síntomas que has experimentado relacionados con tu trastorno alimenticio?

En anorexia fue un poco más de ansiedad y mucha disociación, fue más que nada eso de ser muy metódica, muy precisa y con todo estaba a punto de reventar. En la bulimia era muchísima vergüenza y más como este sentimiento de querer esconderme. La anorexia sentía que era un inconsciente llamado de atención porque siempre quería estar presente en todo pero no podía. Yo quería poder vivir así, mi meta era esa, yo no quería

ni más ni menos, quería poder resistir esto y quedarme así para siempre. Sentía que estaba en una competencia conmigo misma, tratando de ver hasta cuando podría aguantar, trataba de hacer todo y todo perfecto al mismo tiempo. En cambio en la bulimia sentía que era algo de esconderme, de vergüenza y siempre pensaba este “ya no doy”.

5. ¿Existe algún evento específico en tu vida que consideres haya desencadenado tu trastorno alimenticio?

Si, fue mas que nada una serie de momentos pero me acuerdo de el momento particular donde siento que todo comenzó ya de verdad. Fue cuando mi mejor amigo de ese tiempo del colegio, de un día para otro puntualmente después de mi cumpleaños, me paro de hablar. Yo no entendía y le preguntaba constantemente y solo no me queria hablar, ni siquiera me quería ver a los ojos, hasta que llegó un punto donde me dice que no quiere que le pregunte más y que me aleje de él y de ahí se desencadenó esto de me estoy quedando sola, ya que todos eran más amigos de el. Me hice de otro grupo y de paso en ese otro grupo hago otra amiga la cual se hizo muy cercana a mi y cuando le conté que la estaba pasando muy mal y a partir de eso tambien se alejo de mi, me decía que ella tambien tenia problemas y que por su paz mental no podíamos seguir siendo amigas. Por eso mencionaba lo del llamado de atención anteriormente sentía que fue por eso.

6. ¿Cómo está conformada tu familia y como es la relación entre los miembros de la familia?

Yo vivo con mi mamá y mi hermana, mi papá aparte. Pero siempre se ha sentido que mi mama y yo somos muy unidas y del otro lado esta como que mi papá y mi hermana. Mi mamá y yo somos bastante parecidas y nos apoyamos mucho, con mi hermana las dos discutimos bastante, solemos tener muchos problemas con ella. Siempre han sido problemas que ella no aporta en la casa o no cumple ese rol que le pedimos, y nos molesta mucho. Para este punto mi mamá y yo llegamos a esa conclusión de “somos tu y yo” y mi hermana en cambio es mucho más cercana a mi papa.

7. ¿Hubo alguna separación o divorcio entre tus padres? Si es así, ¿cuándo ocurrió, por qué motivo y cómo lo percibiste?

Ocurrió cuando yo tenía 10 años. En ese momento yo creo que no lo había terminado de comprender muy bien la verdad, yo pensaba que todavía mi papa regrese a la casa pero si me costo cuando nos tuvieron que explicar de que lamentablemente eso no iba a pasar, pero que aun asi igual lo íbamos a ver. A partir de ahí me volví bastante una persona individual, sentía que estaba yo y mis cosas. Por eso creo que no me afectó tanto porque hice eso, pero también sabía que mi papá iba a estar ahí, solo no en mi casa, no sentí que lo perdí. Sin embargo tampoco me acerqué ni sentí que él se acercó. Yo sabía que él iba a estar ahí, que él era mi papá pero no era de mi mayor interés tratar de estar con él constantemente a diferencia de mi hermana.

8. ¿Algo de la relación de tus familiares te generaba alguna preocupación o malestar?

Siento que claramente el hecho de que no era tan unida a mi papá ni a mi hermana afectó un poco, sin embargo también sentí que eso hizo que exista una mejor unión. Sin querer se fortaleció la relación con mi papá, sentí que donde más estuvo presente fue ahí. Siempre estuvo muy pendiente de eso, pero de ahí creo que no afectó mucho esta relación como tal.

ENTREVISTA #5 PACIENTE

Parte 1: Información del paciente

Edad: 23

Género: Femenino

Nivel educativo: Educación superior

Situación familiar actual: Padres Casados

1. ¿Cómo fue para ti experimentar los cambios físicos de la adolescencia?

¿Te refieres a la pubertad, al crecer? Si fue un poco impactante pero, yo siempre desde niña era alguien que preguntaba bastante y preguntaba cómo funcionaban las cosas, entonces no era algo realmente nuevo en sí, porque

ya sabía lo que me iba a esperar pero si fue medio feo, sobretodo por la llegada del periodo

2. ¿Has tenido algún tipo de trastorno alimenticio?

Si, desde chiquita iba al psicólogo y me diagnosticaron trastorno de atracón

3. ¿Cuándo comenzaste a experimentar problemas con la alimentación?

Uhh, desde los 8 años, si no me equivoco

4. ¿Puedes describir los síntomas que has experimentado relacionados con tu trastorno alimenticio?

Si, haber yo tenía mucha ansiedad, y al momento que me daban esos ataques, que me ponía así nerviosa o sudorosa, lo que hacía era comer y eso me relajaba, me tranquilizaba por un momento

5. ¿Existe algún evento específico en tu vida que consideres haya desencadenado tu trastorno alimenticio?

Yo creo que si, ahora evaluandolo con mi psicóloga me di cuenta que mis papas, no es que ellos tenían peleas pero, en ese momento ellos tenían muchos problemas en la cantera, en el trabajo, entonces mis papas trabajan casi hasta las 10pm y también los fines de semana y yo me quedaba con mi abuelita, pero después ella también se fue a trabajar y yo me quede solita, y recuerdo que yo le cogí un resentimiento horrible a mi abuela porque yo sentía que era un abandono de parte de ella, recuerdo que también me chupaba el dedo y cuando deje de chuparme el dedo fue cuando comencé a tener estos episodios. Recuerdo que de niña yo lloraba mucho, siempre he sido muy llorona y siempre he tenido mamitis, yo no dormía sola, recién dormí sola a los 11 años, me costaba estar sin mi mamá porque era muy pegada a ella, recuerdo que ella venía a almorzar a la casa porque no le quedaba tan lejos del trabajo, y cuando ya terminaba de comer le rogaba que me llevara con ella al trabajo, pero bueno nunca lo hizo y lo entiendo, qué iba a hacer conmigo ahí

6. ¿Cómo está conformada tu familia y como es la relación entre los miembros de la familia?

Vivo con mi papá y mi mamá, tengo dos hermanos varones y bueno, en mi casa siempre hemos vivido con mis abuelos. Realmente siempre hemos sido muy unidos cualquier cosa nos pasa siempre nos contamos, ahora más que nada ya nos hemos distanciado un poco, pero es porque cada uno ya tiene su trabajo o sus estudios, lo que sea, pero siempre hemos sido muy unidos.

7. ¿Hubo alguna separación o divorcio entre tus padres? Si es así, ¿cuándo ocurrió, por qué motivo y cómo lo percibiste?

No hubo ninguna separación y por ahora siguen casados.

8. ¿Algo de la relación de tus familiares te generaba alguna preocupación o malestar?

Si, hay algo que hasta ahora también pasa, como te conté nosotros siempre hemos vivido con mis abuelos, siempre ha sido muy pendiente de ellos, incluso en un punto nos descuidaba a nosotros un poco por estar pendiente de ellos, ella se consumía por el trabajo y por mis abuelos, ella le costaba separar las cosas y hasta el día de hoy eso me provoca ansiedad.

ENTREVISTA PACIENTE #6

Parte 1: Información del paciente

Edad: 22

Género: Femenino

Nivel educativo: Educación superior

Situación familiar actual: Padres Casados

1. ¿Cómo fue para ti experimentar los cambios físicos de la adolescencia?

En la adolescencia creo yo, ahora que ya viví eso, los cambios me afectaron mucho. Siento que desde que era muy pequeña tuve conductas de trastornos alimenticios pero no lo sabía. Los cambios fueron muy fuertes, no fui tan tan exigente conmigo, si comía algo o algo así, pero siempre estuve metida en la mentalidad de "tengo que hacer ejercicio y tener buen cuerpo, tengo que estar en constante movimiento, si no hago ejercicio valí", nunca me exigí para hacer de más pero si me retaba por no lograr alguna meta diaria que me

ponía. Constantemente me chequeaba en el espejo, me comparaba con mis amigas y en casos donde no me quedaba la ropa me saturaba y me sentía mal, esos cambios si me costaron bastantes, pero no sabia que era algo más que el querer ser saludable y tener un buen cuerpo.

2. ¿Has tenido algún tipo de trastorno alimenticio?

Si, tuve anorexia y bulimia

3. ¿Cuándo comenzaste a experimentar problemas con la alimentación?

Comencé a experimentar esto después de la pandemia. Como en la pandemia no había nada más que hacer me pasaba haciendo ejercicio todo el día, si es posible hasta me dormía haciendo ejercicio. No tuve un trastorno alimenticio como tal porque nunca hubo restricción de comida ni conducta purgativas, sin embargo si estuve demasiado metida de una mala manera en el ejercicio. Después de la pandemia empezó todo creo que igual se dio más que nada a partir del fallecimiento de una amiga mía y no supe como manejar ese duelo. Solía hacerme daño a mi misma como tratar de controlar todo con la comida vomitar, me veo gorda, me pasaba haciendo ejercicio, me restringía de todo, en mi boca no entraba ni un pedazo de arroz, solo comía ensalada y a duras penas atún. Si me invitaban a salir a comer planeaba alguna excusa para no ir o trataba de antemano ir viendo el menú si había algo de lo cual si podría comer

4. ¿Puedes describir los síntomas que has experimentado relacionados con tu trastorno alimenticio?

Aislamiento social, ansiedad, depresión, dolores musculares, tuve hasta una lesión, problemas digestivos y hubo muchas más pero ahora no me acuerdo

5. ¿Existe algún evento específico en tu vida que consideres haya desencadenado tu trastorno alimenticio?

Comenzó primero con un problema con mis amigas donde me sentía excluida por ciertas cosas que habían pasado y luego también pasó lo que te comente antes del fallecimiento de una amiga, ese duelo lo transforme en esto. Por tratar de controlar lo que yo sentía en ese duelo trataba de controlarlo en la

comida, fue como mi forma de pasar esto que me hacía sentir mal al otro lado. Ya que el duelo sentía que no lo podía controlar pero esto si

6. ¿Cómo está conformada tu familia y como es la relación entre los miembros de la familia?

Tengo una familia muy buena, siempre estuvieron súper pendientes de mí, por mas de que yo sabia de que ellos se las olían cuando ya estaba muy flaca, siento que supieron manejarlo muy bien porque nunca me obligaron a comer, sino mas bien me alentaban de diferentes maneras para que lo haga. Trabajan mucho para que mi comida esté perfecta, es decir si yo veía una gota de aceite en mi comida no me la comía así que siempre hacían el esfuerzo para que eso no pasara y pueda comer.

7. ¿Hubo alguna separación o divorcio entre tus padres? Si es así, ¿cuándo ocurrió, por qué motivo y cómo lo percibiste?

No, nunca hubo una separación en mi familia

8. ¿Algo de la relación de tus familiares te generaba alguna preocupación o malestar?

No, la verdad es que no.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es dirigida por la (escriba sus nombres y apellidos) de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El objetivo general de la investigación es: Explorar la incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes. A través de la teoría fundamentada, con el fin de dar a conocer las estrategias subjetivas de afrontamiento de adolescentes frente al conflicto parental.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá la participación (en una entrevista estructurada o grupo focal). Esto tomará aproximadamente entre 15 a 30 minutos de su tiempo. Lo que se converse o discuta durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado y se tomará una foto para evidencia.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las intervenciones, las grabaciones serán borradas

Si tiene alguna duda puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Si alguna de las preguntas (de la entrevista estructurada o grupo focal) le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Consentimiento Informado para participantes de la Investigación

Yo _____ con C.I# _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación: La incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes.

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es: Explorar la incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes. A través de la teoría fundamentada, con el fin de dar a conocer las estrategias subjetivas de afrontamiento de adolescentes frente al conflicto parental.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista semidirigida la cual tomará aproximadamente entre 15 y 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: xx de Agosto del 2024

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Bloise Vélez, Ornella Francesca** con C.C: #**0931322416**; **Vanoni Ycaza, Franco**, con C.C: # **0927075101**, autores del trabajo de titulación: **La incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes**, previo a la obtención del título de **Licenciados En Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1. Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 9 de **Septiembre** de **2024**



f. _____
Bloise Vélez, Ornella Francesca
C.C: 0931322416



f. _____
Vanoni Ycaza, Franco
C.C: 0927075101

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	La incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes		
AUTOR(ES)	Bloise Vélez, Ornella Francesca Vanoni Ycaza, Franco		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Rosa Irene Gómez Aguayo, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Psicología, Comunicación y Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TITULO OBTENIDO:	Licenciados en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	9 de Septiembre de 2024	No. DE PÁGINAS:	120
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicoanálisis; Psicología Clínica; Trastornos Alimenticios		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Adolescencia; pareja parental; síntoma; anorexia y bulimia		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La presente investigación tuvo como objeto de estudio la relación de lo sintomático de la pareja parental y la presencia de trastornos alimenticios en adolescentes. La importancia de esta investigación radicó en la necesidad de comprender lo sintomático de la pareja parental y cómo esta incide en la aparición de trastornos alimenticios, específicamente en la adolescencia. El objetivo principal de este estudio fue explorar la incidencia de lo sintomático de la pareja parental y la aparición de anorexia y bulimia en adolescentes, a través de diferentes corrientes como enfoque psicoanalítico, el discurso médico y la psicología social, las cuales que permitieron profundizar el tema. El trabajo contó con el enfoque cualitativo y una metodología descriptiva, lo que ayudó a entender respecto al síntoma de la pareja parental y la aparición de trastornos alimenticios. Los métodos empleados incluyeron entrevistas estructuradas a adolescentes y adultas jóvenes quienes presentaron cuadros de trastornos alimenticios durante la adolescencia, además de psicólogos clínicos, con las cuales se hizo hacer un análisis cualitativo de los datos obtenidos. Los resultados de la investigación revelaron una correlación significativa de lo sintomático de la pareja parental y la manifestación de trastornos alimenticios en adolescentes. Estos resultados corroboran la presencia de lo sintomático de la pareja parental en los trastornos alimenticios, sin embargo, no es concluyente como el único factor para la presencia de los trastornos alimenticios.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: +593992466564 +593994854611	E-mail: ornella.bloise@cu.ucsq.edu.ec franco.vanoni@cu.ucsq.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: tatiana.torres@cu.ucsq.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			