

**“ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES MEXICANAS:
UN PUNTO DE VISTA PSICOANALÍTICO”**

Doctorante Ansberto Horacio Contreras Colín

(UAM-Xochimilco y Universidad de Buenos Aires)

I. INTRODUCCIÓN Y ALGUNAS GENERALIDADES

Sin importar los aspectos propiamente biológicos del tema, en esta investigación considero el acto de la alimentación como una actividad relacional del ser humano, de tipo simbólico, y no sólo como una fuente de nutrientes para la supervivencia del organismo.

No es casual que muchas religiones (tradicionales y modernas) mantienen una relación especial en cuanto a ciertos tabúes o prohibiciones, así como celebraciones o festejos ligados con la adopción de determinadas costumbres o tradiciones que impiden u obligan a la ingesta de productos no propiamente nutritivos, pero sí simbólicos que mostrarían a los otros la adscripción o un rechazo de la pertenencia a esa tradición religiosa.

Es posible que el valor simbólico de la comida se iniciara con el paso de la cultura nómada al sedentarismo, pues es a partir de que el ser humano ve satisfecha su necesidad inmediata de alimentarse, cuando puede empezar a almacenar e intercambiar (como valor de cambio o moneda) esos excedentes de cosechas, cabezas de ganado, y demás.

Como sea, habría que preguntarse “¿qué valor simbólico está en juego cuando hablamos de un rechazo voluntario del alimento?”, entre otras cuestiones que se abren al introducir el tema de la AN.

Tomamos como un hecho que la alimentación parece haber acompañado la aventura del ser humano en su vida sobre el planeta desde su existencia misma. Surge entonces la pregunta de ¿cuándo comienza la AN como tal en la historia humana?

Los primeros casos de que se tenga registro (incluyendo el de Santa Liberata y el de la famosa Santa Catalina de Siena) son básicamente mujeres que se aferran a no comer para contravenir los proyectos de sus padres o de autoridades sustitutas, casos que hoy podríamos juzgar como reivindicaciones místicas o religiosas.

Curiosamente, el primer caso registrado en la literatura médica es el de un hombre anoréxico: se trata de un joven príncipe iraní que se niega a comer en un contexto depresivo descrito por el médico-filósofo Avicena, en el siglo XI (Tinahones, 2003:5-6).

En 1613 se registró el caso de una joven de 14 años que se abstuvo de comer durante casi tres años. En 1667 se hizo famoso el caso de Marta Taylor, quien además de restricción alimentaria y vómitos presenta amenorrea, es decir, interrupción anormal o inesperada de la menstruación (*idem*).

Richard Morton, en 1689, describe el cuadro clínico típico de la anorexia, y atribuye su origen a la tristeza y preocupaciones de la paciente, sin encontrar una causa física precisa.

Con estos antecedentes, surge en el siglo XIX la primera formalización clínica del fenómeno conocido como AN. William Gull (en Londres) y Charles Lasègue (en París) son los primeros médicos que establecen descripciones completas y se proponen hacia 1873 investigar la naturaleza de estos procesos, que ellos atribuyen a factores más bien psicológicos. De ahí el adjetivo que califica este tipo de anorexia (“nerviosa”).

Hoy día, definimos la AN según los criterios del *DSM-IV-TR* (APA y López-Ibor, 2002:659-660):

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., menor a 85% del peso ideal).
- b) Miedo intenso a engordar.
- c) Alteración perceptiva del peso o de la silueta.
- d) En mujeres pospuberales, amenorrea (al menos 3 periodos menstruales consecutivos).

Para el caso de la Anorexia Nerviosa:

Síntomas conductuales

- Restricción voluntaria de alimentos de contenido calórico elevado, con la intención de bajar peso.
- Preparación de los alimentos mediante cocción o a la plancha.
- Disminución o ingesta excesiva de agua o líquidos.
- Conducta alimentaria extraña (p. ej., come de pie, corta el alimento en pequeños trozos, los estruja o lava y al terminar de comer, con cualquier pretexto, se pone en movimiento).

Síntomas cognitivos

- Preocupación obsesiva en cuanto al peso.
- Trastorno grave de la imagen corporal.
- Terror a subir de peso.
- Negación total o parcial de la enfermedad.
- Negación de sensaciones de hambre, sed, fatiga y sueño.
- Dificultades de concentración y de aprendizaje.
- Desinterés sexual.
- Desinterés por actividades lúdicas o recreativas.

- Aumento de la actividad física para aumentar el gasto energético. En ocasiones, ejercicio compulsivo.
 - Aumento de las horas de estudio y de actividades supuestamente útiles.
 - Disminución de las horas de sueño
 - Irritabilidad manifiesta.
 - Uso de laxantes, diuréticos y auto-provocación de vómitos (forma purgante de AN).
 - Sintomatología depresiva.
- Temor a perder el control.
 - Sensación de lucha interna entre aspectos contradictorios de sí misma.
 - Sintomatología obsesiva.
 - Dificultad en reconocer sus emociones.

Para el caso de la Bulimia Nerviosa:

Síntomas conductuales

- Atracciones de comida a escondidas, al menos dos veces a la semana, durante 3 meses seguidos.
- Restricción dietética en comidas normales.
- Almacenamiento de comida en diversos lugares de la casa.
- Ingestión de comidas de otros, sin preocupación aparente y negando la evidencia.
- Ingestión de grandes cantidades de agua, café, leche y bebidas «light».
- Consumo intensivo de chicles o “dulces” sin azúcar.

Síntomas cognitivos

- Terror a subir de peso y/o deseo compulsivo de perderlo,
- Trastorno grave de la imagen corporal.
- Negación total o parcial de la enfermedad.
- Persistente sensación de apetito voraz (ansiedad por la comida).
- Sueños sobre atracones.
- Razonamiento empobrecido, por su elección de todo o nada.
- Temor al descontrol y a dejarse llevar por sus “impulsos”.
- Sensación de ansiedad difusa y envolvente.
- Sentimientos e ideaciones depresivas con fuerte componente autopunitivo.

II. ALGUNAS CONSIDERACIONES TEÓRICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA DESDE UNA CLÍNICA PSICOANALÍTICA CONTEMPORÁNEA

Presento ahora las tesis más recientes que desde el psicoanálisis freudiano y lacaniano se han propuesto para el debate contemporáneo con miras a un abordaje clínico exitoso de los trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia, y que constituyen mi encuadre del problema.

No hay una "epidemia" de anorexia nerviosa en el mundo desarrollado

En términos estrictamente epidemiológicos, reportes recientes¹ revelan la falsedad del supuesto "incremento exponencial" de casos de anorexia en el mundo civilizado. Son datos que en verdad contradicen la opinión más generalizada y prejuiciosa de que el fenómeno de los trastornos alimentarios está incrementándose de manera alarmante en todo el mundo. Pero, de hecho, estos datos muestran incluso un leve decremento de la incidencia de anorexia y bulimia en países europeos.

Los trastornos alimenticios emergen distribuidos de manera no uniforme entre la población: en países desarrollados, del total de pacientes que acuden con síntomas de bulimia o anorexia hoy día, más de 90% son mujeres, casi todas son de raza blanca y 75% son adolescentes (Tinahones, 2003:9).

En países de Europa donde se ha investigado el fenómeno (Holanda, Dinamarca, Suecia, Inglaterra, Portugal, España, Hungría e Italia), los estudios en población abierta estiman una incidencia promedio de apenas 6 casos de anorexia por cada 100,000 habitantes, y de 10 casos de bulimia por cada 100 mil personas. Entre la población en riesgo, las cifras aumentan notablemente: entre 10 y 100 casos de anorexia por cada 100 mil adolescentes, y entre 5 y 65 casos de bulimia por cada 100 mil jóvenes (mujeres en su mayoría).² Por su parte, la prevalencia de anorexia es mínima, entre 0.1 y 0.26%, mientras que la bulimia aumenta entre 0.1 y 2.4% en población susceptible.

¹ Cf. Francisco J. Tinahones Madueño, "Epidemia de TCA: ¿mito o realidad?", en Tinahones, 2003, pp. 9-16 (en especial, las tablas comparativas de las pp. 11 y 13); también, Rojo Moreno, 2004, pp. 50-51.

² F. J. Tinahones, *op. cit.*, p. 11.

Datos epidemiológicos para Europa:

Localidad	Edad	Año	Prevalencia ³		Incidencia ⁴	
			Bul.	AN	Bul.	AN
Holanda	Pob. abierta	1974-1982				5
Holanda	Pob. abierta	1985-1989			11.5	8.1
Holanda	Pob. abierta	1990			9.9	6.3
Londres	Pob. abierta	1993			12.2	4.2
Londres	15-29	1991-1992		0.1		2.7
Dinamarca	Pob. abierta	1970				0.42
Dinamarca	Pob. abierta	1988				1.36
Dinamarca	10-24	1977-1986	0.06	0.12	5.5	11
Dinamarca	10-24	1989	0.22	0.09	45	136
Suecia	Pob. abierta	1956-1958				0.38
Suecia	Pob. abierta	1973-1975				1.12
Suecia	12-25	1973-1985				1.12
Suecia	16-24	1986	0.47	0.26	65	43
Italia	16	1994	0.5	0		
Italia	13-19	1997	2.3	0.2		

Algunos investigadores (Nielsen, Lancet, Fomboonne, Tinahones, Rojo Moreno) opinan que no hay datos contundentes para suponer un incremento real de casos de anorexia/bulimia en el mundo (al menos en Europa), y que en algunos países se ha producido sólo en apariencia un incremento debido a: 1) mayor atención y difusión de parte de los medios de comunicación hacia el fenómeno; 2) mejoría en la detección oportuna debido en parte a mayor disponibilidad de los servicios médicos; 3) criterios diagnósticos más laxos, menos estrictos; 4) cambios en la pirámide sociodemográfica; 5) cambios migratorios.

En síntesis, se cuenta con la información suficiente para concluir que:

- 1.- No hay evidencia real de que exista un aumento en la incidencia de AN en la era moderna en países desarrollados.⁵
- 2.- La bulimia tiene levemente una mayor prevalencia que la anorexia, y se investiga si hay un incremento real de ese trastorno en los últimos años.

³ Proporción de personas que sufren anorexia respecto al total de la población estudiada.

⁴ Número de casos reportados por cada 100 mil habitantes.

⁵ Excepto quizás en Dinamarca, donde en dos investigaciones distintas se registró un incremento enorme en la incidencia de anorexia nerviosa entre 1986 (11 casos/100 mil) y 1989 (136 casos/100 mil), entre la población en riesgo (10-24 años). En 1988, otro autor reportó para ese mismo país una incidencia de 1.36 casos/100,000 habitantes - población abierta- (cf. Tinahones, 2003:11-13).

La anorexia y la bulimia no necesariamente son padecimientos "actuales" en el sentido de que surgieran apenas hace pocos años, pero sí lo son porque tienen peculiaridades que sólo en esta época se podrían presentar

Existen varias maneras de pensar la anorexia nerviosa. Una de ellas se basa en los hallazgos clínicos que reportan a unas pacientes absolutamente delgadas ("en los huesos"), quienes llegan a la consulta médica, nutriológica o psicológica, quejándose de que su cuerpo está gordo o que tiene exceso de peso. A pesar de la evidencia empírica, las pacientes se sienten "obesas". De hecho, esta queja constituye uno de los criterios diagnósticos que emplea la psiquiatría moderna para el caso de la AN.

El culto a la delgadez se revela como propio del Occidente/patriarcal, con un origen que acaso se remonte a los finales del siglo XIX europeo (la llamada época "Victoriana") y, más tarde, a la cinematografía del siglo XX (décadas de los treinta y cuarenta), la cual difundió modelos de una belleza ideal, absolutamente estilizada, reforzados por los dictados estéticos de entonces, así como por las prescripciones médicas y los avances científico-tecnológicos (p.e., la cirugía estética). Apenas en 1976, las revistas de moda hicieron circular la imagen de una mujer esquelética, exhibida como nuevo arquetipo de cuerpo femenino ideal. Desde unas formas voluptuosas amplias, "los gustos [de la cultura supuestamente masculina] se trasladaron a un cuerpo andrógino [...] claramente prepuberal" (Toro y Villardel, 1996:135).

Es posible que las anoréxicas consignadas en textos medievales tuvieran las mismas razones para no comer que las pacientes con anorexia de la actualidad. Es posible que las primeras anoréxicas descritas por la medicina desde el siglo XVII o por los primeros psiquiatras a fines del siglo XIX tuvieran los mismos síntomas y presentaran las mismas características que las mujeres anoréxicas de nuestros días. Pero un dato contradictorio o cuando menos llamativo, es que en ninguno de los casos de las anorexias reportadas ampliamente por Freud, aparece como síntoma concomitante la preocupación casi delirante por la imagen corporal distorsionada. Ni Freud ni sus pacientes tuvieron televisión o Internet. Las pacientes entonces no se quejaban de verse gordas a pesar de ser anoréxicas, ni querían ser como tal o cual modelo. Debemos pensar que algo del síntoma se ha modificado desde la época victoriana hasta ahora.⁶ Tal vez la moda no influya tanto como algunos piensan, pero es indudable que el deseo consciente y vehemente de ser delgada es un signo de actualidad en el padecimiento, y que seguramente obedece a la tecnología disponible apenas recientemente. Otro caso similar sería el de los implantes artificiales para moldear la figura deseada y el supuesto rejuvenecimiento mediante la cirugía

⁶ Artículo de Nieves Soria en Eidelberg et al., 2003, pp. 97-98.

estética o reconstructiva, las técnicas que aprovechan el láser, las sustancias químicas tipo "botox", el cambio de sexo con cirugía, etc. El ser humano ha desarrollado la tecnociencia necesaria para transformar dramáticamente el cuerpo, de manera performativa, aunque todavía no sabemos si esto sea benéfico o no. Nada de esto existía en la época de Freud, ni siquiera en la de Lacan. Nada de esto fue previsto por los fundadores del psicoanálisis (por más que Freud vislumbrara ya algunos avances de lo que hoy constituye el campo de las Neurociencias), pero es una realidad insoslayable a la que nos enfrentamos hoy día como sociedad.

El psicoanálisis no puede ni debe darle la espalda a la Historia

En el texto *Los complejos familiares en la formación del individuo*, J. Lacan debate en 1938 la cuestión edípica como un epifenómeno de la época que le tocó a Freud vivir; el Edipo es factible sólo dentro de un marco cultural cuyo referente sea la familia patriarcal. Freud planteó algo similar desde 1908 al denunciar que los accesos sublimatorios de la pulsión sexual en la mujer quedan restringidos por la sociedad a su papel de madres y esposas (a diferencia de los varones heterosexuales, quienes pueden más o menos libremente tener acceso al comercio sexual con prostitutas o concubinas). Años después, según refiere E. Laurent,⁷ Lacan lanza la pregunta ¿cómo se vive la pulsión, y cómo se vive en función de una época dada? ¿Es que acaso la pulsión es atemporal y no cambia con el tiempo sino que es la misma siempre?

Un ejemplo para la reflexión sería el de la pulsión escópica, es decir, lo que se juega en la mirada y el registro de todo lo que vemos. Si acaso esa pulsión existe y si el objeto mirada la satisface de algún modo, entonces esto explicaría el éxito de la proliferación de la imagen como signo de nuestros tiempos. Las imágenes de televisión, Internet, teléfonos móviles, etc., todas satisfaciendo una mundialización del objeto *a* en su modalidad de goce por ser mirado, pues la pantalla en la que se proyectan las imágenes es el lugar desde el cual el Otro de la cultura nos mira. El sujeto es mirado por el Otro y esto hace o puede llegar a formar un síntoma como la anorexia. Hay una incidencia de esa mirada que nos obliga a deleitarnos con una cierta estética corporal, que induce un modo de goce específico relativo al cuerpo. La imagen aporta esta modalidad de goce. Pero el goce tiene que pasar y suceder en un cuerpo, en los bordes del cuerpo, en los caracteres sexuales secundarios para el caso de las adolescentes, y son precisamente estos bordes o zonas erógenas lo que quedaría anulado o reducido a un mínimo en el caso de la existencia imaginaria y casi virtual que buscan como aspiración ideal las anoréxicas. Un cuerpo sin carne que es exaltado por el Otro de la cultura como ideal, en tanto se presenta al

⁷ Citado por Soria, *ibidem*, p. 98.

"espectador" como algo inmaterial, como una existencia imaginaria encerrada en el marco de la pantalla de plasma y de su famosa "realidad virtual".

La pulsión se basa en un doble movimiento que tiende hacia una meta: la satisfacción. El recorrido mismo que hace en torno al objeto del goce conlleva una forma de satisfacción, y el otro movimiento consiste en el retorno hacia un borde del cuerpo, en forma de pulsión autoerótica, cual boca que se besara a sí misma, según la metáfora freudiana. Pero este segundo goce se basa en el primero, esto es, en el discurso que proviene del Otro social con el que el síntoma hace lazo y gasta libido, por lo que no es posible pensar un goce autoerótico que prescindiera totalmente del Otro con mayúscula, del Otro cultural que limita con sus leyes y prohíbe gozar demasiado. Así que es el Otro el que dictamina y legisla las relaciones entre los cuerpos, por lo que al mutar el Otro habrá que pensar que también debe producirse allí una mutación artificiosa en el goce pulsional que cada época provee o impone. Esto significa que cuando el Otro de la cultura cambia, el síntoma/goce (anoréxico) también se modifica o adquiere nuevas presentaciones clínicas. Sería el caso del porqué en algunas anorexias actuales se manifiesta la preocupación obsesiva por mantener la delgadez y una imagen corporal ideal, mientras que en épocas pasadas tal vez eran otros los datos clínicos en juego que definían este padecimiento. Pero habría que confirmar esto más adelante.

La declinación del padre es una de las causas de la anorexia

Desde 1938, Lacan había hablado de la "declinación de la imago paterna" como una de las características caóticas de nuestra época. La "imago" puede entenderse en términos sociológicos, como un debilitamiento de la imagen autoritaria de un dictador, del Estado-nación, de un dirigente o líder social. Pero Lacan abandonó la noción de imago (más kleiniana) y la sustituyó por la "función paterna". Este sería propiamente el ámbito de intervención del psicoanálisis. Es menester aclarar que la "declinación" -entendida como "falla" o error de anudamiento- se puede producir en cualquiera de los tres registros, lo que exigiría sus reparaciones respectivas llamadas *sinthomes* (syntomas) las cuales pueden establecerse a distintos niveles. Por ejemplo, al hablar de una declinación de la imago paterna, es probable que Lacan aludiera a un debilitamiento de lo que hoy llamaríamos padre imaginario, es decir, habría una falla detectable en el anudamiento del registro imaginario, la cual tendría que "compensarse" con alguna suplencia en uno o más registros; con todo, esta falla paterna no implicaría la conformación de una psicosis. En cambio, una declinación de la función del padre simbólico es lo que conocemos como "forclusión del nombre del padre", lo que produciría una estructura psicótica en el bebé. Mientras que un defecto

en la función del padre real (como en el caso "Juanito" consignado por Freud), podría ocasionar un síntoma fóbico, auténtica suplencia metafórica.

¿Qué significa esta declinación o debilitamiento del padre? Quiere decir que antes, la gente se reunía en torno a un ideal. Hoy los individuos se reúnen en torno a una multiplicidad de formas de goce, pues el goce ha reemplazado a los ideales que hacían lazo social y daban cohesión a las instituciones. Hoy "se juntan los que gozan parecido. Es la nueva forma de fraternidad, con su contrapartida: la segregación" (Eidelberg, 2003:85).

La televisión, la moda, los divertimentos mediáticos aportan goce, mas no ideales. O en todo caso, como dicen J.-A. Miller y E. Laurent, el ideal está desconectado del goce, no se ocupa del goce que hay en juego. Es la razón por la cual una mujer anoréxica tiene un ideal de belleza que excluye lo real del cuerpo en tanto región de goce (sin zonas erógenas). Sí tiene un ideal, pero es puramente imaginario, especular, virtual. Esto también sería resultado de la caída o declinación de la función del padre, pues en principio debería unir el Ideal del yo con el Significante amo: I(A) con S1. Con su falla en la posmodernidad, ambos elementos quedan divorciados, cada uno corre paralelo al otro, con la diferencia de que ahora el Otro queda tachado (inconsistente) y el S1 se multiplica en muchos significantes que no hacen cadena entre sí.

Esta inconsistencia del Otro, esta declinación de la cultura produce el derrumbe de los emblemas fálicos: de la mascarada femenina y de la impostura masculina, pues ya no hay esquemas monolíticos "idóneos" que designen una forma simbólico-imaginaria de ser mujeres u hombres. Asistimos a una época en la que hay muchas maneras de ser mujer o de ser hombre; los ideales ya no orientan la sexuación. O en todo caso, los ideales están ahora comandados por el goce pulsional, hecho que orienta la unión de parejas o grupos sexuales conforme a modalidades muy variadas de goce. Este sería el "pastiche" de la posmodernidad (Jameson, Rorty).

En la mujer anoréxica habría una desmentida de la castración simbólica por la vía de la idealización del cuerpo (lo simbólico queda en continuidad con el registro imaginario ante el estallido del Nombre del Padre, que ahora se pluraliza y pierde consistencia, y ya no sirve para fijar lo real). Goce del cuerpo en tanto imaginario, sirviéndose de la falsa apología de la belleza como parapeto; o como fetiche, al estilo de las mujeres-muñecas *Barbie*.

La anorexia se parece a la psicosis, pero no lo es

La explicación lacaniana⁸ postula que un error o lapsus de anudamiento de los tres registros (R.S.I.), podría derivar en una anorexia como una de las tres respuestas posibles en términos de

⁸ Al final de su seminario número 22, R.S.I., 1974-1975.

un cuarto nudo que amarra a los otros tres e impide su dispersión, lo que recibe el nombre de *sinthome* (diferente de "síntoma")⁹ y que sería uno de los nombres del padre que sustituyen esa función incompleta o deficitaria por parte del "padre real" (la persona que ejerce la función de transmisión de la ley de prohibición del incesto) o de "lo real del padre" (el superyó imperativo de goce); a saber en cada caso. Para la anorexia, se postula una suplencia del nombre del padre llamada "nominación imaginaria", que sería equivalente al concepto de inhibición freudiano. Esta inhibición sería la responsable y correlativa de todas las experiencias de ausencia de vida sexual activa en estas pacientes (*sexless*). Esto se condice con la primera vía posible de tramitación del complejo de castración femenino postulada por Freud como abandono de la sexualidad, primera de tres orientaciones del desarrollo para arribar al Edipo.

En términos clínicos, es posible proponer que la anorexia es una función de *sinthome* que intenta reparar la falla estructural del padre, en cuanto nominación imaginaria, pero que también admite -al menos en teoría- la postulación de un "síntoma" que coexiste de modo paralelo (quizá como nominación simbólica). Lo paradójico es que, al menos en algunas anorexias, el síntoma es lo que desarma el *sinthome*, es decir, la articulación "armónica" de los tres registros que no lleva a una paciente a solicitar ayuda médica o psicológica, pues está a gusto con su anorexia como modo de ser/existir. Cuando surge el síntoma es cuando la cosa ya no marcha, y la mujer recurre al especialista para quejarse de un trastorno perceptivo más que alimentario: la distorsión preocupante de la imagen corporal frente al espejo (el síntoma que desestabiliza el *sinthome*) es lo que lleva a estas niñas a la consulta, angustiadas por el "sobrepeso" que sienten tener, un *exceso* de carne que el espejo les devuelve y que únicamente ellas perciben.

Diferencias con la psicosis melancólica

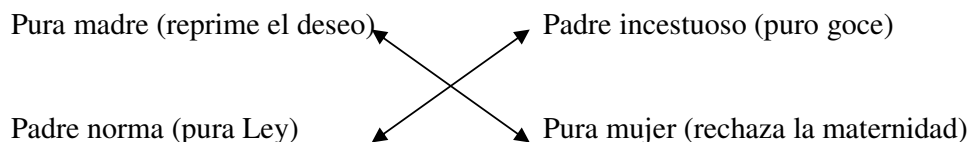
En ambas encontramos una identificación narcisista primaria, "anterior a toda carga de objeto"; esto es, identificación al lugar donde se concentran las pulsiones de muerte (tendencia a la autoagresión y a la autodestrucción), en forma de autorreproches conocidos como "delirio de indignidad" (Soria, 1993:157).

La melancolía rebasa el umbral de la "depresión" temporal. Constituye una abierta manía de autodenigración que raya en los extremos de tener la firme convicción de que todos los órganos internos están en estado de putrefacción y que poco a poco se van consumiendo. La anorexia melancólica, en cambio, sería una "psicosis sin desencadenamiento": la identificación a la condición cadavérica (espectral) sería una forma de *suplencia* imaginaria que protege al

⁹ El *sinthome* "no es, en sí mismo, ni imaginario, ni simbólico, ni real, sino lo que permite que los tres registros se enlacen" (Schejtman, 2004:144).

individuo en contra de la melancolía psicótica. (En la práctica clínica, podría suceder que al salir el sujeto de la identificación idealizante al cuerpo anoréxico, se desencadene la psicosis como tal.)¹⁰

Algunas tipologías que se presentan como constantes en las historias de esas familias



Hay en estas familias un funcionamiento perverso de la Ley, a consecuencia de la falla en la función simbólica del Nombre del Padre, cuya tarea no es únicamente la de impedir el incesto, prohibir el goce con la madre, sino que debe además proveer una enseña identificatoria capaz de sostener al sujeto en su relación con el deseo y con la Ley.

Al registrarse esta carencia simbólica, se produce un funcionamiento superyoico de la Ley, el cual aplasta al sujeto en una doble vía:

Ley contra deseo = “¡Debes!”

Deseo contra Ley = “¡Goza!”

Consideraciones teóricas, en resumen

-La anorexia no es una estructura freudiana al estilo de la neurosis o la psicosis, sino una forma de constitución subjetiva específica (Recalcati, 1997b:169).

-Teóricamente, se trata de sujetos atrapados entre las etapas lógicas de alienación y separación (Lacan, seminario 11).

-Forman una "holofrase" (el Sujeto queda enredado con el Otro, no hay espacio entre los significantes que representarían al sujeto, con lo cual queda coagulado el discurso del deseo) (Recalcati, 1997a:144 y 1997b:176-177).

-La AN se explicaría a partir de una falla en la función del padre. Habría un defecto en la articulación de la metáfora paterna, que al no lograr unir el deseo sexual inconsciente con la Ley,

¹⁰ El brote psicótico implica un retorno en lo real del significante forcluido del nombre del padre. "Lo que no ha llegado a la luz de lo simbólico aparece en lo real" (Lacan, 1954:373; curs. en el original).

no proporciona un emblema identificatorio ni controla o limita el deseo de la Madre (con mayúscula porque se vuelve así voraz, terrible). Algo de *esa metáfora se inscribe muy débilmente*.¹¹

-Otra forma de entender esa supuesta debilidad sería pensando¹² que la metáfora paterna no es del todo sólida sino que es más bien "porosa" (Gerez, 2005), permeable al retorno de lo real. Algo se filtra y retorna desde el goce materno que (*es*)traga a la hija o que la deja con serios estragos (uno de ellos, la anorexia como tal).

-La Ley queda anclada del lado del Otro materno (como imperativo de goce), que deviene entonces un cocodrilo con las fauces bien abiertas para tragar a la hija. En circunstancias *normales*, el falo paterno es lo que impide que las fauces se cierren, pero en la anorexia, al fallar dicha función, la muchacha misma es quien se convierte (literalmente) en un "palo" que impide que aquello la devore.

-El síntoma (es decir, la obsesión por adelgazar), constituye una suplencia de la metáfora paterna (llamada "nominación imaginaria", correlativa de la inhibición freudiana), en un intento desesperado por poner límite al goce de la madre. Sólo así, mediante la "identificación idealizante a la anorexia", la mujer mantiene una identidad propia: eliminando todo aquello que sobra en su cuerpo, aquello que mancha esa imagen ideal narcisística en la que habita un núcleo melancólico.

-Se ha planteado la hipótesis clínica de que tal vez¹³ habría que presuponer *siempre* una estructura psicótica en casos de anorexia (aun sin la presencia de delirios o alucinaciones), hasta que se demuestre lo contrario.

-Aparentemente, en países desarrollados y fuertemente influenciados por la moda y los medios de comunicación (como Italia), se está registrando un aumento de las anorexias psicóticas ("duras") y un decremento de las anorexias histéricas ("blandas") (Recalcati, 2003). La segunda variedad conlleva un rechazo del alimento como forma de preservación de un deseo propio, lo que constituiría un llamado al Otro. La anorexia psicótica, en cambio, busca reducir el deseo a una "nada", se identifica a un objeto desechado y residual. Su único "apetito" es de muerte, y a veces lo satisfacen.

¹¹ Esta es la tesis de Massimo Recalcati (*La última cena: anorexia y bulimia*, Buenos Aires, Ediciones del Cifrado, 2004), quien es apoyado por investigadores como Fabián Schejtman (*La trama del síntoma y el inconsciente*, Buenos Aires, Serie del Bucle, 2004, cap. 4), Graciela Strada (*El desafío de la anorexia*, Madrid, Ed. Síntesis, 2002, pp. 125-128) y Colette Soler (*La maldición sobre el sexo*, Buenos Aires, Manantial, 2000, pp. 158-160).

¹²

¹³ M. Recalcati, 1997b y 2003 (prólogo a la versión castellana).

III. ALGUNOS APUNTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mi investigación de tesis doctoral se inscribe en el universo de los estudios sobre las mujeres, desde una perspectiva de análisis psicosocial.

Defino la anorexia nerviosa como una forma peculiar de cristalización de la subjetividad femenina y de tramitación psíquica de la sexualidad, que ocurre únicamente en algunas mujeres.

El estudio como tal tuvo lugar en tres clínicas privadas, ubicadas en la ciudad de México, las cuales ofrecen tratamiento multidisciplinario para los trastornos de la alimentación y de la personalidad, principalmente a mujeres de estratos socioeconómicos altos y de diversas edades. Tales instituciones también reciben mujeres sin recursos financieros, bajo la modalidad de otorgarles alguna beca, aunque sólo abarcan una proporción de entre 5 y 10% de la población total de esas clínicas.

La investigación abarca un universo de poco más de 300 pacientes que fueron ingresadas en las clínicas (bajo las modalidades de hospital de día o internamiento completo), y que recibieron atención especializada por parte de equipos integrados por: médicos generales, médicos internistas, psiquiatras, nutriólogas, psicólogos, psicoterapeutas, psicoanalistas, trabajadores sociales y administrativos.

Cabe señalar que ese universo de trabajo comprende varias modalidades, debido a las dificultades propias del nivel de acceso que dieron las diversas instituciones, y de las facilidades que recibí para poder entrevistar a las pacientes. Por ello, el análisis de los 300 casos de trastornos de la alimentación abarcó distintas facetas: entrevistas cara a cara (con pacientes y/o familiares), entrevistas grabadas en medios audiovisuales (electrónicos o digitales), análisis de grabaciones magnetofónicas, revisión de expedientes clínicos, observación de entrevistas mediante cámara de Gesell, asistencia a reuniones grupales con pacientes y familiares, entrevistas a médicos y terapeutas de esas instituciones, entre otras.

La selección de la muestra la establecí con base en una aplicación estricta de los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR*. Esto redujo dramáticamente la cantidad de casos propicios para la indagación, a tan sólo 23 pacientes, cuyo tiempo de tratamiento y características propias del caso permitían aventurar algunas posibles formulaciones e inferencias psicoanalíticas respecto a la condición del estado de salud que guardaban, así como a un posible pronóstico y a un probable diagnóstico como tal, o al menos uno

provisional que me permitiera llegar a algunas conclusiones en cuanto al análisis de resultados.

SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVIOSA:

- 1) Mujeres que rechazan su cuerpo y no dejan su síntoma (vomitan, se ejercitan compulsivamente, etc.). Presentan un cuerpo involucionado, esquelético, infértil.
- 2) Mujeres que dejaron de comer para agradar o gustar, o para “ser aceptadas” o “ser amadas” (por sus padres u otras personas significativas en sus vidas). Ellas sí desean tener hijos en el futuro y formar una familia.
- 3) Mujeres que dejaron de comer por causas puramente coyunturales (falta de tiempo en su nuevo trabajo, malos hábitos alimenticios, etc.).
- 4) Mujeres que dejaron de comer por una pérdida amorosa o por interrupción de una relación significativa, incluyendo la muerte o separación de un ser querido.
- 5) Mujeres que presentan comportamientos adictivos o compulsiones en general, para quienes la AN/Bulimia es tan sólo uno más de los síntomas que enfrentan a diario.
- 6) Mujeres que dejaron de comer por depresión ante la separación o divorcio de sus padres, por cambiar de lugar de residencia, por pérdida de estabilidad en la dinámica familiar, o por cambios drásticos en su contexto cultural inmediato (p. ej., viajar al extranjero y perder todo contacto con sus amigas).
- 7) Mujeres adultas que dejaron de comer porque han sufrido de abuso sexual y no quieren parecer bonitas porque le temen a los hombres. Son mujeres sin relaciones heterosexuales.
- 8) Mujeres que ven la comida como un “pecado” y lo evitan.
- 9) Mujeres que no aceptan que su metabolismo está cambiando y que por lo tanto, ya no deben comer tanta comida chatarra como cuando eran niñas porque empezarán a engordar fácilmente, pero se resisten a modificar sus hábitos alimenticios.
- 10) Mujeres que engordaron mucho en la pubertad y ahora ya no quieren volver a estar así (mezcla de vanidad, orgullo, prejuicios y soberbia).
- 11) Mujeres que presentan AN/Bulimia por estrago materno (una pésima relación con la madre, quien no permite el crecimiento de la hija).
- 12) Mujeres enajenadas u obsesionadas con la idea de “Dios” (católicas), o por el contrario, mujeres ateas o no creyentes en una espiritualidad metafísica.

Para poder analizar las historias clínicas y la información compilada en las entrevistas con las pacientes, formulé once líneas de investigación que propongo como *categorías de análisis*, que son:

1. Actitud hacia la sexualidad y tipo de “goce sexual”¹⁴
2. Identificación con la madre
3. Identidad anoréxica
4. Amenorrea como síntoma concomitante a la anorexia
5. Actitud hacia el cuerpo y su femineidad
6. Imago cultural
7. Ámbito familiar: Deseo de la madre y Función del padre
8. Acontecimientos traumáticos
9. Autopercepción
10. Cuidado de sí (quién cuidó de ella cuando más lo necesitaba).
11. Sociabilidad
12. Proyecto de vida y capacidad de sublimación
13. El sentido del síntoma

EJEMPLOS CLÍNICOS:

PACIENTE 1.

Mujer de 25 años, soltera, con nivel licenciatura, empleada.
IMC = 16; Recibe Tx = 8 meses en internamiento.

1. ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD Y TIPO DE “GOCE SEXUAL”

-Se declara heterosexual. Desde niña buscaba agradar a los varones usando el ejercicio y la delgadez como sinónimo de aceptación, creyendo que esto le aportaría seguridad en sí misma, autoestimación y dignidad. De joven, soñaba con casarse y tener muchos hijos.

-Le gustan los hombres pero se siente con menos dignidad que otras mujeres para ser amada por alguno de ellos.

-Conserva su virginidad, no tiene experiencia sexual en pareja. Se siente inadecuada frente al otro sexo.

-Habría una cierta propensión hacia el misticismo y las formas de goce no sexual, con fuertes deseos (supuestamente propios) de preservar una vida regida por la aspiración a ser perfecta en todo; muy admiradora de íconos de la cultura popular que han trascendido precisamente por su vehemencia en la búsqueda de la perfección. De niña quiso ser monja, ser “como la

¹⁴ Defino esto último como “experiencia sexual y pulsional que involucra el circuito placer/displacer, además de implicar afectos y vínculos emocionales trascendentes, temporales o duraderos”.

Virgen María”, y gimnasta, como Nadia Comanecchi. Le impresionaba su deseo de ser perfecta.

2. IDENTIFICACIÓN CON LA MADRE

-Se identifica con la mamá en cuanto a su obsesión por el orden y el control. Paradójicamente, odia el sobreinvolucramiento de la madre, su continua manipulación hacia adentro de la dinámica familiar.

3. IDENTIDAD ANORÉXICA

-Se percibe a sí misma como alguien débil, incapaz de llenar las enormes expectativas de su entorno, no obstante sus múltiples logros intelectuales y de condiciones de género (profesión, viajes, empleo, independencia económica, entre otros). Insegura, introvertida, con una subjetividad perseguida constantemente por los sentimientos de minusvalía.

-Con antecedentes de trastornos alimenticios en familiares cercanos.

4. AMENORREA COMO SÍNTOMA CONCOMITANTE A LA ANOREXIA

-Presencia importante de periodos prolongados de suspensión de la regla.

-Formación de quistes en sus órganos reproductivos.

5. ACTITUD HACIA EL CUERPO Y SU FEMINEIDAD

-De niña, la mirada del padre la hacía sentirse muy mal, él casi la “mataba” con sólo mirarla. Ahora, su cuerpo atrae la mirada libidinosa del padre. Quizá por ello, la paciente intenta invisibilizar su cuerpo, borrar lo que de femenino hay en éste.

6. IMAGO CULTURAL

-Confusión de valores. Creció y se desarrolló en un contexto sumamente materialista, persecutorio, castigador, que atribuía mucho valor a un supuesto “cuerpo ideal”, que ejerce gran presión sobre hombres y mujeres por igual.

-Menospreciada continuamente por su madre y por una sociedad fuertemente clasista, racista y sexista donde vivía.

7. ÁMBITO FAMILIAR

-La paciente crece en el seno de una familia conservadora, donde el sexo es tema prohibido. No se nombran los órganos reproductivos ni temas asociados. “Sexo” es sinónimo de reproducción, no se considera fuente de gozo, placer o madurez psicológica.

-Nadie expresa sentimientos en general. Se rigen por el imperativo del “deber ser” (ser una dama recatada, no una mujer que revele sus deseos más íntimos).

-Historial de compulsiones, consideradas como algo habitual (alcohol, atracones...).

-Fobia a la obesidad. La paciente se ve reflejada en su hermana, siempre a dieta.

(A) RELACIÓN CON LA MADRE

-Invasión nociva del goce materno: una madre que todo lo ve, lo vigila y lo sanciona negativamente. Una madre que todo lo controla, que atosiga y no deja casi respirar a esta hija (ésta siente que la comida se le atraganta).

-Madre hipercrítica; compara a esta hija con la hermana pretendidamente “exitosa” (“ella sí, tú no”).

-Una madre que está siempre “encima” de la hija, no fácilmente ubicable, que excede el *locus* doméstico para entrometerse en asuntos que sólo debieran concernir a los hijos, y que impide con ello el desarrollo más o menos armónico de la individualidad.

-Una madre volcada a la atención de los demás, que no se ocupa de sí misma por considerar que su valor como mujer radica en la preocupación constante por los hijos, el esposo, el hogar, las tareas domésticas, sin reconocimiento de una posibilidad de goce propio de ella, de la propia madre en su calidad de mujer individual y digna de atenciones o cuidados por parte de aquellos a quienes usualmente atiende.

-Madre rígida, inflexible, perfeccionista; mujer que nunca muestra (al contrario de su hija) debilidad ni “defectos” en su hogar, que parece diseñado para comercial de televisión.

(B) FUNCIÓN DEL PADRE

-Por su parte, el padre no ocupa su lugar de autoridad *autónoma*, sino que funge sólo como aval de los dichos, descalificaciones y reproches de la madre. La voluntad del padre es controlada fácilmente por los deseos de la madre.

-Un padre que rescata a todo mundo de sus problemas, excepto a sus propios hijos del problema que significa la omnipresencia materna.

-La falla del padre en su función primordial se produce al ser percibido por la hija más como hombre lascivo que como padre protector, cuando él dirige su deseo sexual hacia el cuerpo en desarrollo de la hija (en vez de orientarlo hacia la madre). Al dirigir el padre la mirada libidinosa (incestuosa) hacia los signos del inequívoco crecimiento puberal de la hija, hace de ella “una mujer más”, una más de la serie; provoca así una confusión en cuanto a la filiación y a la transmisión generacional. A partir de darle un lugar como sustituta de la madre en las fantasías y en las palabras del padre, la hija ya no será alguien a quien cuidar para que sea ella misma quien en un momento dado tome la decisión de hacia dónde orientar su propio deseo sexual, y asuma entonces la responsabilidad que ello implica (pasar por la experiencia de la maternidad o no hacerlo, negarse al intercambio sexual con el otro sexo o con el mismo sexo, proceder por la vía autoerótica de la satisfacción sexual, etc.).

8. ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS

-Muerte de un hermano pequeño durante la infancia de ella.

-En la pubertad, al confrontarse con la diferencia sexual anatómica y genérica, cobra conciencia de la importancia que se atribuye al cuerpo y su ejercitación constante.

-De adulta, periodos significativos de residencia voluntaria en el extranjero (sentimientos de soledad y desamparo continuos).

9. AUTOPERCEPCIÓN

-Se define a sí misma como: insegura, mediocre (no exitosa), soberbia, envidiosa, sin carácter, en control, con mucha fuerza de voluntad, conformista, negativista, superficial, acartonada (no espontánea), incapaz de amar a otros y a ella misma, irracional, sin vida propia, muy resentida y culpabilizada.

10. CUIDADO DE SÍ

-Esto refiere a quién cuidó de ella cuando más lo necesitaba. En resumen, podría decirse que el padre la descuidó y la madre “la cuidó demasiado”, es decir, la vigilaba a toda hora.

11. SOCIABILIDAD

-Vida social muy limitada, cada vez más restringida y solitaria. No sale con amigos por temor a ir a cenar o a comer y no poder vomitar lo ingerido porque ellos la descubrirían y se burlarían de ella o la descalificarían.

12. PROYECTO DE VIDA Y CAPACIDAD DE SUBLIMACIÓN

-No se cuenta con datos suficientes para formar una opinión.

13. EL SENTIDO DEL SÍNTOMA

-Su consigna es no comer grasas, ser vegetariana, laxarse, vaciar el estómago, no sentirse inflamada del estómago, no sentirse ni verse obesa. No come nada o vomita cuando es imperioso comer o cuando le resulta imposible negarse a ingerir (para que los otros no sospechen de su padecimiento o de su comportamiento extraño).

-La comida le significa gozar de algo prohibido. A menor ingesta, mayor seguridad en sí misma. Ser gorda le resulta insoportable, es ser la mujer más fea del mundo.

-Para ella, la culpabilidad siempre está presente: si come, debe vomitar o realizar mucho ejercicio; si no come, aunque en principio se siente bien y con seguridad, le queda una clase de “remordimiento” porque siente que de todos modos está perjudicando su salud física cada vez más.

PACIENTE 2.

Mujer de 42 años, soltera, profesionalista exitosa.

IMC = 15 (desnutrición grave). Recibe Tx durante 4 meses.

1. ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD Y TIPO DE “GOCE SEXUAL”¹⁵

-Se declara heterosexual (acepta que se ha sentido atraída por algunos varones) pero conserva su virginidad y vive en abstinencia por creencias religiosas que son el centro de su vida diaria. Por ende, no tiene hijos ni piensa procrear.

2. IDENTIFICACIÓN CON LA MADRE

-Se describe mucha ambivalencia en cuanto a los sentimientos hacia la madre. En todo caso, rechaza el rol doméstico y sobre todo el papel reproductivo de la mujer. Sin embargo, acepta haberse sentido “enamorada del padre” (en su niñez) y haber querido ocupar el lugar vacante de la madre en los afectos del padre.

3. IDENTIDAD ANORÉXICA

-Al adelgazar, deja de “gustarle” al padre (quien frecuentemente se burlaba de sus grandes pechos y de su cuerpo cada vez más desarrollado conforme transcurría su adolescencia). Esta inconformidad del padre la decepciona mucho pues piensa que el padre no la acepta por cómo es (“anoréxica”) sino por cómo era antes de adelgazar (voluptuosa, femenina).

-Siente que ha sido usada por el padre como “tapadera” de los deslices amorosos que él cometió muchas veces, en los que la hija quedó colocada por la situación familiar como un recurso de ocultamiento ante las infidelidades del padre, como un objeto-tapón que iba y venía al ser ubicada y utilizada como “cómplice” por parte del padre en sus encuentros furtivos con algunas amantes.

4. AMENORREA COMO SÍNTOMA CONCOMITANTE A LA ANOREXIA

-Pérdida de sangrado menstrual durante varios años.

5. ACTITUD HACIA EL CUERPO Y SU FEMINEIDAD

¹⁵ Defino esto último como “experiencia sexual que involucra el circuito placer/displacer, además de implicar afectos y vínculos emocionales trascendentes, temporales o duraderos”.

-Un cuerpo *para el padre*, modelado para el disfrute del padre, quien destaca el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios de su hija y la pone en evidencia frente a familiares y amigos, cosa que le enoja mucho a ella. El padre la manosea, le da nalgadas, le da besos en los labios, la acaricia demasiado, lo cual la hace a ella sentirse “sucía” pues entiende que estas conductas resultan inapropiadas y deberían dirigirse hacia la esposa, aunque sabe que el deseo sexual del padre está depositado en “amantes” que ella misma ha visto y ha encubierto por conveniencia (para seguir siendo “la consentida” de su papá, obteniendo regalos, dulces, privilegios).

-A pesar de todo, se percibe a sí misma como “femenina, coqueta”, es decir, hubo una cierta transmisión de las nociones de femineidad y una cierta identificación con estos preceptos culturales (por enseñanzas de la madre).

6. IMAGO CULTURAL

-De niña, vivió en un ambiente de mucha presión de sus pares (no para gustar o agradar físicamente a los hombres, sino para ser aceptada y no sufrir tantas burlas por ser “gorda”. Para ella, haberse “desarrollado” durante la adolescencia fue sinónimo de obesidad y rechazo por parte de amigas y compañeros de escuela.

-Además, su trabajo era muy demandante en términos de horarios de comida y de aspecto físico “impecable”, lo cual se traduce en “una silueta delgada”.

7. ÁMBITO FAMILIAR

-Residió en varias partes del país e incluso vivió algún tiempo en el extranjero. Esto le produjo sentimientos de inestabilidad social y continuos duelos por las amistades y lugares que tenía que dejar atrás.

(A) RELACIÓN CON LA MADRE

-Su madre ha mantenido una relación tirante con ella, siempre percibida como descalificada y devaluada (en el sentido de no deseada o no atractiva sexualmente) por parte del esposo, es decir, el padre de la paciente. Una madre bastante restringida en su papel doméstico, sin desarrollo de potencialidades hacia el exterior de su hogar, y además, burlada por el esposo en deslices y engaños muy bien planeados y ejecutados con el silencio cómplice de la hija “preferida” del padre.

Por lo demás, una madre calificada como fría, distante, perfeccionista, exigente, controladora. Una madre que no revela su ser como mujer; que no manifiesta sus verdaderos deseos (hacia el esposo o hacia alguna otra pareja sexual); que no reclama la atención del esposo sino que acepta con abnegación o negligencia la infidelidad.

(B) FUNCIÓN DEL PADRE

-Un padre que no ejerce adecuadamente su función, sino que confunde a la hija a través de la puesta en marcha de sus propios deseos como hombre y con sus juegos erotizantes (toqueteos, comentarios y mensajes de doble sentido, etc.). Utiliza a su hija para tapar la verdad de sus infidelidades y engaños. -Siente que ha sido usada por el padre como “tapadera” de los deslices amorosos que él cometió muchas veces, en los que la hija quedó colocada por la situación familiar como un recurso de ocultamiento ante las infidelidades del padre, como un objeto-tapón que iba y venía al ser ubicada y utilizada como “cómplice” por parte del padre en sus encuentros furtivos con algunas amantes.

Soborna a la hija para que guarde el secreto frente a la madre, so pena de perder el supuesto amor del padre (amén de aceptar gustosa los obsequios de un padre dadivoso y chantajista).

8. EVENTOS SIGNIFICATIVOS

- Al final de la adolescencia, sus padres se divorcian. Poco después muere el padre.
- Al separarse los padres, tiene que actuar como intermediaria y decide “proteger” a la madre al desenmascarar a su padre por todas las cosas acaecidas en su niñez. La mamá la odia por haber ocultado esto durante tanto tiempo.
- Recibió atención psiquiátrica contra su voluntad, por decisión de su familia. Fue internada en condiciones indignantes para ella, pues los médicos trataron de convencerla de que estaba “loca”.

9. AUTOPERCEPCIÓN

- Se considera muy competente en lo que hace, con capacidad para salir delante de su problema de anorexia, con mucha fuerza de voluntad y alta autoestima, pero culpabilizada por haber sido intermediaria en los problemas maritales de sus padres. Siempre la pusieron “en medio” de ellos.

10. CUIDADO DE SÍ

- Nadie cuidó de ella. Se siente abandonada, sola, se “traga sus problemas” (las decepciones, las infidelidades que calló).

11. SOCIABILIDAD

- Antes era muy sociable y establecía nexos íntimos y duraderos. Recientemente, sus vínculos sociales han quedado casi totalmente restringidos al ámbito religioso en donde se desenvuelve y trabaja diariamente.

12. PROYECTO DE VIDA Y CAPACIDAD DE SUBLIMACIÓN

- Es una profesionista exitosa, bastante adaptada y contenta con sus actividades ligadas a su religiosidad. Muy entregada a una congregación católica donde prácticamente vive. Por tanto, es soltera y no pretende casarse ni desea formar una familia fuera del ámbito casi monástico en el que vive.
- Su objetivo en la vida es superar su condición anoréxica, poder trabajar en obras sociales y desarrollar al máximo una vida de servicio hacia los otros.

13. EL SENTIDO DEL SÍNTOMA

- Deja de comer ante los pleitos de sus padres y la separación marital posterior (tal vez por tristeza e inestabilidad emocional de ella). El síntoma se agudiza al morir el padre (tal vez un duelo mal elaborado, sintiéndose muy culpable por todo lo ocurrido con respecto a la mamá).
- A cierta edad, ya dentro de una comunidad religiosa, empieza a practicar el vómito en respuesta a la obligación que sufre de ingerir más alimentos por parte de las autoridades del lugar donde trabaja, y para lograr la aceptación de sus compañeras.

PACIENTE 3.

Mujer de 18 años, soltera, buena estudiante, muy activa y atlética.
IMC = 20 (normal). Ingresada por la familia y su psiquiatra.
Tx = 7 meses.

1. ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD Y TIPO DE “GOCE SEXUAL”

- Se declara heterosexual, *sexless*. Quiere llegar virgen al matrimonio.
- Tiene la fantasía y el anhelo de ser “inalcanzable” para los hombres.

-El autoerotismo y las prácticas de goce homosexual le parecen asquerosas (a partir de algunos juegos eróticos forzados con la hermana).

2. IDENTIFICACIÓN CON LA MADRE

-La madre tiene problemas gastrointestinales y preocupaciones alimentarias desde joven, por lo que mantiene hábitos frugales y come únicamente ensaladas, alimentos sin grasa, etc. Su hija también quiere comer sólo verduras, no engordar.

-Desearía formar una familia en el futuro, tener hijos, casarse y llegar virgen al matrimonio.

3. IDENTIDAD ANORÉXICA

-No le basta con ser delgada y muy atractiva; quiere ser “la más flaca de todas”, quedar “en los huesos” (para ser admirada por todos los hombres y ser envidiada por todas las mujeres)

-Identidad masculinizada.

4. AMENORREA COMO SÍNTOMA CONCOMITANTE A LA ANOREXIA

-Presencia de amenorrea frecuente, por periodos.

5. ACTITUD HACIA EL CUERPO Y SU FEMINEIDAD

-Se mira en el espejo. No acepta —por más que lo entienda— que su estructura ósea sea “ancha”, y se odia por esto.

-La madre no le transmitió el sentido de la vanidad (“verse al espejo”) como rasgo femenino. La regaña porque se mira “mucho tiempo” en el espejo.

-Casi todo le disgusta de su cuerpo; sólo su corazón y su cerebro le resultan “positivos”, valiosos. Querría ser sólo eso, “cerebro y corazón”.

-Rechaza su cuerpo femenino y su femineidad. Odia la grasa y las curvas de su cuerpo.

-No desarrollar un cuerpo de mujer, no “hincharse”, borrar prominencias, aplanar senos y glúteos.

-Estar hecha un palo y que todos la vean.

-Siente un “placer doloroso” cuando es golpeada, y busca situaciones para experimentar esto. Ella misma se golpea los huesos (pues piensa que “lo merece”).

-Anda como “drogada” todo el tiempo, mareada, obnubilada.

-Le repugna darse cuenta de que los hombres la buscan sólo por las formas voluptuosas de su cuerpo. Esto la hace sentirse “grasosa, gorda, asquerosa, sucia”.

-Quiere estar muy flaca... “No tener nada de nada” (desaparecer esas “piernotas”, esos senos “enormes”, sus glúteos grasosos. Porque “así no iba a estar sucia... así yo me iba a gustar... Sólo así sería feliz”.

6. IMAGO CULTURAL

-Católica pero sin fe en dios.

-Vive en un mundo materialista, clasista, rasista, sexista. Muy pendiente de la mirada de los otros, muy atenta a las críticas y los deseos de los demás.

-Su mundo se basa en “Tener que tener” (...las mejores calificaciones, tener a todos los galanes, la mejor actitud, las amigas más populares, el cuerpo más flaco, toda la envidia y aceptación, etc.).

-Debido a esas presiones socioculturales, empieza en la adolescencia su preocupación por el dinero, la buena ropa, las marcas publicitarias, el peso y la imagen corporal, las medidas de la cintura, etc.

7. ÁMBITO FAMILIAR

-La madre les prohibía las golosinas; el papá les daba dulces y comida chatarra.

- Nunca escuchó un “Te quiero” de sus padres, ni entre ellos ni hacia sus hijos.
- A veces una abuela sirve como puerto de rescate o punto de evasión frente a los golpes y maltratos maternos. La ternura y comprensión las encuentra ahí.

(A) RELACIÓN CON LA MADRE

- Una madre asfixiante, controladora, castigadora, pero amorosa y preocupada por el bienestar de sus hijas. Mantiene una rivalidad constante con la hija (quiere tener siempre la última palabra; su hija la odiaba por éso).
- Madre hipercrítica, perfeccionista. Siempre preocupada por la imagen de su hija; no toleraba que la hija se ensuciara la ropa; siempre la regaña, le grita.
- La hija está alienada a la mirada de la madre; sólo ella es válida, una mirada autoritaria, que causa estragos por su presencia omnipresente.
- Una madre excesivamente preocupada en su juventud por no verse “gorda”. Madre no amorosa, no cariñosa ni comprensiva con los hijos, descalificante, nunca reconoce logros, nunca recompensa o premia a la hija, sin expresarle ternura, con actitudes egoístas.

(B) FUNCIÓN DEL PADRE

- Un padre con la mirada dirigida hacia el trabajo, interesado sólo en el trabajo, constantemente ausente, nunca está en casa. Deja a sus hijos a merced de la voluntad materna.
- Un padre permisivo en lo alimenticio pero que no cumple su función con claridad: no rescata ni separa a la hija de su relación especular con la madre. La única vez que interviene es para golpear a la hija y “ponerla en su lugar”.
- Padre rígido, no cariñoso, que no expresa ternura ni deseo sexual hacia la esposa.

8. EVENTOS SIGNIFICATIVOS

- A los 11 años, el padre golpea a la hija para apoyar a la esposa. De ahí en adelante, padre temido por su violencia (reflejada o proyectada en la mirada).
- La madre (afectada por colitis, inflamación abdominal frecuente) es frugal y come únicamente ensaladas magras. “Ofende” a la hija un día al no querer compartirle su comida (por “egoísta”). A partir de ese evento, la hija decide entrar en competencia con la mamá (por razones de odio y resentimiento) tan sólo “para ver quién come menos”. Luego ve una película sobre anorexia, queda profundamente impactada y convierte esa imagen en su “sueño ideal” (al inicio de la adolescencia).

9. AUTOPERCEPCIÓN

- Se considera muy inteligente, hábil y capaz. Siempre fue la mejor en todas sus actividades escolares (música, matemáticas, idiomas, historia, danza, teatro, deportes) y fue la más “querida” por sus maestros. La más admirada por sus compañeros.
- Respecto a su físico, se siente “asquerosa, feísima, cucaracha”. Le repugna su ser (no poder ser flaca).
- Ella no logra darse cuenta de que ya está delgada por sus dietas. No comprende que *ya es “anoréxica”* porque deja de comer, usa laxantes y diuréticos para deshidratarse, etc.

10. CUIDADO DE SÍ

- Sus padres la llevan con médicos, psicólogos y psiquiatras, pero ella engaña a todos y se automedica (con diuréticos, laxantes, dietas).

11. SOCIABILIDAD

- Mantiene buena capacidad de socialización. Sale mucho con amigas y tiene varios pretendientes.

12. PROYECTO DE VIDA Y CAPACIDAD DE SUBLIMACIÓN

- Muy activa, se ejercita mucho.
- Es buena estudiante. Lee mucho; quiere ser escritora, aprovechar su intelecto.
- Casarse, tener hijos, formar una familia.
- Su aspiración máxima es “Ser *la anoréxica* o no ser nada”.

13. EL SENTIDO DEL SÍNTOMA

- Deshacerse de los signos femeninos que le dan asco.
- No soporta que *otra mujer* tenga menos cintura que ella. Se compara y, a partir de ese descubrimiento, decide que su ideal a lograr será mantener una identidad “anoréxica” (ser anoréxica, flaca, observada y envidiada por “las otras”).
- “Ese deseo monstruoso de estar raquítica, de gozar al ver la muerte en el espejo...” (*sic*). Estar flaca, sin cuerpo, sin busto, sin piernas, sin cintura.
- Inicia su aspiración anoréxica por quedar capturada en la rivalidad imaginaria con la madre, para ganar respeto a sus propios deseos. Que la madre se preocupara por ella, por su singularidad.
- Ser anoréxica para recibir cuidados, atención, amor. Porque creía que sólo así tendría valor, sólo así “era algo”, era excepcional e importante.
- Quiere “ser la *comidilla* de todo mundo”, recibir mucha atención por lo que ella llama su “enfermedad” (como si quisiera convertirse en el objeto tangible del que todos “comen” simbólicamente al estar hablando de ella).
- Desea que le digan “*La Anoréxica*” en lugar de llamarla por su nombre; que le digan que se ve “muy mal”, enferma, moribunda, flaquísima. Sólo al escuchar esto ella se siente “bien”, tranquila; de lo contrario, se siente gorda, “sucia”, “asquerosa”, indigna de vivir.
- La “Anorexia” (como *estilo de vida*) se convirtió en su “razón de ser y de vivir”; se vuelve su único “sueño”, su único motivo para seguir viva, y se lo quieren quitar al obligarla a comer. Por eso su cuerpo rechaza el alimento, lo vomita de forma “automática”, sin necesidad de provocárselo. No admite ningún alimento del “exterior” (sólo come dulces y toma poca agua).

PACIENTE 4.

Mujer de 21 años, soltera, muy creyente, estudiante.
IMC = 18 (peso bajo).

1. ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD Y TIPO DE GOCE SEXUAL

- Disfruta el contacto corporal erótico con sus “novios” (caricias, besos, frotamientos), siempre y cuando no la obliguen a llegar al coito ni se produzca demasiada “intimidad”.
- Rechaza los límites que intentan imponerle los preceptos religiosos del catolicismo (cuando le dicen “el *faje* es pecado”). No entiende por qué no puede disfrutar de estas conductas si le producen placer.
- Elige a una pareja heterosexual por su afinidad en cuanto al síntoma (su novio es alcohólico, igual que su padre).

2. IDENTIFICACIÓN CON LA MADRE

- Mantiene una relación ambivalente con la madre: la odia y la desprecia por ciertas actitudes, pero se identifica con ella en la misma sintomatología.
- Desplaza a la madre en sus roles domésticos (guiso, administra el gasto semanal, controla algunas conductas del padre, regaña a la mamá como si fuera su hija).

3. IDENTIDAD ANORÉXICA

-Su ideal es la delgadez, evitar las grasas, conservar un cuerpo infantilizado.

4. AMENORREA COMO SÍNTOMA CONCOMITANTE A LA ANOREXIA

-No se cuenta con información suficiente.

-Según parece, no perdió la menstruación, pero ésta disminuyó mucho y se volvió irregular.

5. ACTITUD HACIA EL CUERPO Y SU FEMINEIDAD

-Rechaza abiertamente su femineidad (quiere conservar su cuerpo de niña, sin curvas, sin senos ni caderas).

-Durante un largo viaje, se le forman los senos y esto le agrada mucho porque conserva su cuerpo delgado de niña, a pesar de comer muchas grasas y carbohidratos. En ese momento, recibe la admiración y halagos de sus compañeras, lo cual aumenta su autoestimación y la hace sentirse aceptada y "popular" entre sus pares.

-Quiere tener un cuerpo flaco, sin nada en el estómago (vaciarlo de todo su contenido).

6. IMAGO CULTURAL

-Familia adinerada, con gran influencia de los programas de TV y películas procedentes de los Estados Unidos.

7. ÁMBITO FAMILIAR

-Un ambiente lleno de prejuicios religiosos, de conductas compulsivas de los padres y de roles familiares trastocados o subvertidos.

(A) RELACIÓN CON LA MADRE

-Odia a su madre por tener un cuerpo "esbelto" y no habérselo heredado, pues dice que heredó el cuerpo "obeso" del padre (lo único "bonito" de su mamá, según la hija, es "su cuerpo").

-Una madre adicta al alcohol, a las medicinas, con varias compulsiones. Permanece en cama durmiendo todo el día, bebiendo; no sale a la calle, miente a quienes le llaman por teléfono. Su hija la desprecia y la descalifica como mujer. La hija no tolera que engañe al esposo (al padre).

-La transmisión de la femineidad por parte de la madre queda ligada a una noción primitiva del "pecado" (un dios castigador-sádico que todo lo ve y que no tolera los placeres del cuerpo), así como a la hipocresía respecto a supuestos "valores religiosos" y al tema de la fidelidad en el matrimonio. La hija reniega de la forma en que su mamá "se pinta y se arregla a la hora de ir a ver a sus amantes", ya que la considera "una puta" y no desea verse como ella (como su madre a la hora de "engañar" al papá).

-Madre descolocada por la hija y no *reclamada* por el padre (éste no *la requiere*, no requiere de sus servicios sexuales ni domésticos).

-La madre no se coloca en un rol doméstico claro, pues de hecho "no sirve para nada... ni siquiera para sacarle el gasto a su esposo", según la hija. La hija desplaza y sustituye a la madre en cuanto al desempeño de las labores domésticas básicas, y esto es apoyado (en vez de censurado) por el padre, quien al final queda complacido por las tareas de «esposa sustituta» que realiza su hija.

(B) FUNCIÓN DEL PADRE

-Un padre que "no pone a cada quien en su lugar".

-El no muestra deseo sexual por la esposa. Según parece, tolera de buena gana los engaños de ésta. Y por conveniencia, permite que la hija usurpe el lugar de *madre* que queda vacante.

-Un padre contento con su verdadera compañera, la botella de alcohol.

8. ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS

-Cuenta que, en su infancia, se sentía inferior por no saber leer ni comprender las cuestiones numéricas (su madre la llevó con un especialista para que evaluara su "capacidad mental", y esto la hizo sentirse muy mal, observada e inútil).

9. AUTOPERCEPCIÓN

-Antes tenía muy buena opinión de sí misma. Ahora se siente inútil, muy cansada, incapaz de pensar con claridad y rapidez, sufriente y adolorida, repugnante a los ojos de los otros.

10. CUIDADO DE SÍ

-Ella misma adopta dietas que elige o crea (con base en la información que tiene o que ha investigado).

-Sus padres se preocupan por ella, pero la hija considera que esta preocupación no tiene intenciones legítimas sino que se siente agredida por los comentarios que le hacen y por el control que intenta ejercer sobre ella su familia.

-Mantiene una actitud opositora, indócil, de rechazo generalizado hacia la autoridad (de padres, sacerdotes, médicos, maestros).

11. SOCIABILIDAD

-Deja de reunirse con amigos para evitar que la juzguen por sus hábitos alimenticios. No disfruta la convivencia por estarse comparando con los cuerpos que ve a su alrededor.

-Su vida consiste en (y se reduce a) no comer e ir al baño a expulsar lo poco que hay en su estómago.

12. PROYECTO DE VIDA Y CAPACIDAD DE SUBLIMACIÓN

-Perdió el sentido de la vida. Nada le complace. Sólo piensa en bajar de peso y en ir al baño. Su vida es un sufrimiento constante (diarreas permanentes, flatulencia, gastritis, inflamación abdominal, cólicos intestinales, etc.).

-Ha perdido el interés en sus estudios y por la vida en general. Se la pasa dormida u obnubilada todo el tiempo.

13. EL SENTIDO DEL SÍNTOMA

-Lograr que la admiren, ser querida y aceptada por su cuerpo flaco. Quiere tener la máxima atención de todos (padres, amigos, etc.).

-No come para así gustarle a los hombres, ni por presiones socioculturales.

-Deja de comer y se laxa por sentimientos de culpa (de niña, su padre le decía que debía restringir la cantidad de alimento que comía, pues "algún día empezaría a engordar" ya que comía demasiado).

-Le teme a la comida (su dilema es "Comer o no comer...") porque una vez que la prueba, pierde el control y devora todo para llenar el vacío interno que siente, ligado a una intensa culpabilidad, y que es la verdadera fuente de su angustia.

-Proyecta su culpa: culpa al padre por su alcoholismo, y a la madre por ser infiel.

-Agredía verbalmente a sus familiares y después se sentía culpable por haber lastimado sus sentimientos, y por ello se iba a comer (dándose atracones solitarios durante la noche). Luego se agredía verbalmente a sí misma ("estás gorda, fea") y para tranquilizarse usaba laxantes, dejaba de comer, hacía ejercicio de manera compulsiva.

-El objetivo de su síntoma es *arrancar* la mirada del padre (que está puesta en sus propias adicciones) y atraer el cariño narcisista de la madre (que está depositado en ella misma —dormida todo el día— y fuera del hogar —en supuestos "amantes"—).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA) y Juan J. López-Ibor Aliño (dir. de la ed. española) (2003), *DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado)*, Barcelona, Masson, 2003.

Eidelberg, Alejandra, Fabián Schejtman, Nieves Soria Dafunchio y Juan Ventoso (2003), *Anorexia y bulimia. Síntomas actuales de lo femenino*, Buenos Aires, Serie del Bucle 1.

Gerez Ambertín, Marta (2005), curso "(Pé)versiones del padre y desamparo. Nuevos giros de la paternidad en tiempos de tecnociencia", Ciudad de México, 3-5 de febrero.

Gómez Pérez-Mitre, Gilda (1993), "Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso", *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 3, pp. 95-112.

Gremillion, Helen (2003), *Feeding anorexia. Gender and power at a treatment center*, Durham y Londres, Duke University Press.

Herscovici, Rausch Cecile y Luisa Bay (1990), *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*, Buenos Aires, Paidós.

Lacan, Jacques (1954), "Respuesta al comentario de Jean Hyppolite sobre la *Verneinung* de Freud", en J. Lacan (1966), *Escritos I*, México, Siglo XXI, decimosexta edición, 1990, pp. 366-383.

Lock, James *et al.* (2001), *Treatment manual for anorexia nervosa. A family-based approach*, Nueva York y Londres, The Guilford Press.

Moreno Domínguez, Silvia y Sonia Villar Rodríguez (2001), Cap. 9: "Características clínicas y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria", en *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos generales*, Madrid, Ediciones Pirámide.

Pearce, John (1993), *Comer: manías y caprichos*, Barcelona, Paidós, col. Guías para padres, núm. 11.

Recalcati, Massimo (1997a), "Anorexia-bulimia: entre depresión y melancolía", en Vera Goralí (comp.), *Estudios de anorexia y bulimia*, Buenos Aires, ATUEL/CAP, 2000, pp. 139-147.

_____ (1997b), *La última cena: anorexia y bulimia*, Buenos Aires, Ediciones del Cifrado, 2004.

_____ (2002), *La clínica del vacío: anorexia, dependencias y psicosis*, Madrid, Síntesis, 2003.

Riobó, Pilar (2001), *La alimentación y sus trastornos*, Madrid, Cooperación editorial.

Rojo Moreno, Luis (2004), *Anorexia nerviosa*, Buenos Aires, Ariel.

Schejtman, Fabián (2000), "El padre-actual, la repetición-femenina y la imagen-síntoma", en Alejandra Eidelberg *et al.*, *Anorexia y bulimia. Síntomas actuales de lo femenino*, Buenos Aires, Serie del Bucle 1, 2003, pp. 118-123.

_____ (2004), *La trama del síntoma y el inconsciente*, Buenos Aires, Serie del Bucle 2.

Soria, Nieves (1993), "Acerca de la anorexia melancólica", en Vera Gorali (comp.), *Estudios de anorexia y bulimia*, Buenos Aires, ATUEL/CAP, 2000, pp. 155-161.

Tinahones Madueño, Francisco J. (2003), *Anorexia y bulimia. Una experiencia clínica*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos.

Toro, Josep y Enric Vilardell (1996), *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cuerpo y sociedad*, Barcelona, Ariel.

World Federation for Mental Health (WFMH) (2004), *La relación entre la salud física y la salud mental: Trastornos concurrentes* (Informe especial con motivo del día mundial de la salud mental, 10 de octubre), Virginia, Estados Unidos, WFMH (traducción disponible en <http://www.wfmh.org/wmhdday/WMHD2004Spanish.pdf>).